

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIÓN EN JARDÍN DE INFANTES

Deben proporcionarse **TODOS** los siguientes documentos durante el proceso de inscripción.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL (o Certificado de Nacimiento Certificado)

PRUEBA DE TUTELA (Prueba de que el adulto que inscribe al niño es el padre/tutor legal)

El nombre en el certificado de nacimiento debe coincidir con la imagen del ID o los documentos de la corte para la custodia legal.

COPIA DEL BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE LA ESCUELA ANTERIOR (Si corresponde)

INFORME DE EXAMEN FÍSICO (a la disponibilidad por parte del proveedor de cuidados salud)

- La ley estatal (Ref. Código de Virginia § 22.1-270) exige que su hijo reciba un examen físico completo y se vacune en los Estados Unidos antes de ingresar a kindergarten o a la escuela primaria estatal. El examen físico debe realizarse dentro de un año antes de la fecha de ingreso a kindergarten.
- Según lo que se establece anteriormente, los estudiantes que actualmente participan en un programa de pre-jardín de infantes de ACPS deben entregar el certificado de inmunización y examen físico antes de ingresar en jardín de infantes, aunque dichos documentos se hayan entregado antes de ingresar en pre-jardín de infantes.
- Para que quede claro, "escuela primaria" significa 1º a 5º grado.

CERTIFICADO DE INMUNIZACIÓN (Documentando mes, día y año en que se administraron)

- **Evaluación negativa de riesgo de tuberculosis, prueba cutánea de tuberculina PPD o una radiografía del tórax hecha en los Estados Unidos** Deben administrarse dentro de los 12 meses previos al primer día de clases del niño. Es obligatorio para todos los niños que ingresan en ACPS.
- **Hepatitis B:** Serie completa de tres dosis de vacuna contra Hepatitis B requerida para todos los niños.
- **Difteria, Tétanos, Tos Ferina (Dtap, DTP o Tdap):** Un mínimo de cuatro dosis, con una dosis administrada al o después del cumpleaños cuatro.
- **Polio (OPV o IPV):** Un mínimo de cuatro dosis, con una dosis administrada al o después del cumpleaños cuatro.
- **Sarampión, Paperas & Rubeola (MMR):** Todos los niños deben tener al menos dos dosis contra Sarampión, dos contra Paperas y una contra Rubeola. La primera dosis debe administrarse a los 12 meses de edad o más.
- **Hepatitis A (HAV):** Se requiere un mínimo de dos dosis de la vacuna de Hepatitis A para los alumnos que ingresan al kínder.
- **Varicela (Chicken Pox):** Todos los niños deben tener las dos dosis para la varicela o documentación médica que certifique que han tenido varicela.

IMPORTANTE SI NO SE CUMPLE CON LAS DOSIS: Si se acaban de administrar las nuevas vacunas, un proveedor de atención médica matriculado debe indicar por escrito la fecha de la próxima visita programada para administrar las otras vacunas. Además, deben respetarse los períodos entre dosis. Cuando se reciben vacunas adicionales, deben acercarse a la enfermera de la escuela la documentación escrita. Los alumnos que no logren completar las inmunizaciones a la fecha asignada serán excluidos de la escuela.

PRUEBA DE RESIDENCIA (3 documentos requeridos en total)

TRES verificaciones de ser residente de la Ciudad de Alexandria, fechadas en los últimos 60 días. Solo originales (no copias) que indiquen el nombre y la dirección del padre, madre o tutor legal que hace la inscripción.

Debe traer UNO (1) de los siguientes:

- Contrato de alquiler
- Título
- Contrato o declaración hipotecaria

Y DOS (2) documentos de respaldo:

- Factura de servicios públicos: agua, gas, electricidad, cable o teléfono fijo (con fecha de menos de 60 días)
- Factura o recibo actual de impuestos a la propiedad de Alexandria
- Carta enviada por correo regular de una agencia gubernamental (TANIF, HUD, IRS, etc.)
- Talonario actual de pago (indicando la retención de impuestos de Virginia)
- Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal más reciente
- 2 balances bancarios consecutivos
- Póliza de seguro actual del propietario o inquilino

Si vive con otra persona, el padre, madre o tutor legal debe completar un Formulario A / B de Vivienda Compartida (PDF) notariado, y proporcionar una copia original de la hipoteca, del título (con una factura de impuestos) o una copia original del contrato de arrendamiento de la persona con quien viven el padre, madre o tutor legal y los niños. Además, se le pedirá al padre, madre o tutor legal que proporcione dos documentos de respaldo (a nombre del padre, madre o tutor legal) como se indica anteriormente. **NOTA: Una licencia de conducir o una identificación emitida por el estado NO sirve como prueba válida de residencia.**

Home Language Survey

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre o tutor legal: Las leyes federales requieren que los sistemas escolares encuesten al inscribirse a todos los alumnos sobre el idioma que se habla en el hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar los alumnos. Con base en la información proporcionada a continuación, el alumno pudiera ser evaluado para determinar su competencia en el idioma inglés tal como lo exigen las normas federales. Con base en los resultados de la evaluación, el alumno pudiera ser elegible para recibir instrucción suplementaria mediante el programa de Aprendizaje del Idioma Inglés (EL). Se informará a los padres o tutores legales sobre los resultados de la evaluación y si el alumno es elegible para recibir servicios suplementarios, los padres tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar los servicios suplementarios de EL.

ወላጅ/አሳዳጊ፤ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌዴራል ስነ ምግባር መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌዴራል ስነ ምግባር መረጃ ላይ የተመሰረተ የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ. ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/ አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሳቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪነት የሚሰጠውን የኢ. ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።

ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي: تتطلب اللوائح الفيدرالية قيام الأنظمة التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطلاب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة أدناه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستنادًا إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج تعليمي اللغة الإنجليزية (EL). سيتم إبلاغ أولياء الأمور/ الأوصياء الشرعيين بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre del alumno
 የተማሪው ስም
 أسم الطالب

Fecha de nacimiento
 የትውልድ ቀን፤
 تأريخ الميلاد

Parent/Guardian Name: _____ Telephone: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal
 የወላጅ/አሳዳጊ ስም
 أسم ولي الأمر / الوصي الشرعي

Teléfono
 ስልክ
 رقم الهاتف

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student? _____

¿Cuál es el idioma principalmente utilizado en el hogar, independientemente del idioma que el alumno hable?

በቤት ውስጥ የሚነገር የመጀመሪያ ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም አንኹ?
 ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟

2. What is the language most often spoken by the student? _____

¿Cuál es el idioma que el alumno habla con más frecuencia?

ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟

3. What is the language that the student first acquired? _____

¿Cuál es el idioma que el alumno aprendió primero?

የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية

¿En qué idioma prefiere recibir comunicación de la escuela?

ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
 ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟

Other: _____

Otro
 ሌላ
 أخرى

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Firma del padre, madre o tutor legal
 የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ
 توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي

Fecha
 ቀን
 التاريخ

ACPS Staff Members: This form must be completed for all students registering in Alexandria City Public Schools. It should be the first document provided to the parent/guardian during the registration process. Please ensure that all questions are answered completely.

If a language other than, or in addition to, English is listed in response to question 1, 2, or 3, the student should be referred to the Office of English Learner Services (EL Office) for registration and assessment. Families and staff can contact the EL Office at 703-619-8022 with any questions.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección del estudiante y del padre/tutor principal: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ País de Origen: _____ Grado: _____

Género: Masculino Femenino Identidad de Género: Masculino Femenino Other Nombre de preferencia: _____

(Para aquellos alumnos cuyo nombre legal no refleja su Identidad de Género. No para apodos.)

¿Es este estudiante Hispánico o Latino? (elijá sólo uno)

- No, ni Hispánico ni Latino Sí, Hispánico o Latino (persona de origen Cubano, Mexicano, Portorriqueño, Sudamericano, Centroamericano, o de otro origen o cultura Española sin importar la raza)

¿De qué raza es el estudiante? (elijá uno o más)

- Nativo Americano/de Alaska Negro o Afroamericano Blanco (personas con origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Cercano Oriente o del Norte de África)
 Asiático Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Última escuela a la que concurrió: _____ Pública Privada

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Si no fue una escuela de la Ciudad de Alexandria, ¿alguna vez asistió a una Escuela Pública de la C. de Alexandria? Sí No

Si respondió SI, escriba lo siguiente: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor Principal:

Es el padre/tutor legal con quien vive el estudiante la mayor parte de la semana, y el principal contacto relacionado con el estudiante.

¿Vive/reside usted en la ciudad de Alexandria? Sí No Si No, ¿tiene una excepción aprobada a la política? Sí No

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padreastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Teléfono del hogar: (____) _____-____ ¿Es el teléfono eléfono del Sí hogar un teléfono celular? No

Celular: (____) _____-____

Dirección Email: _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono laboral: (____) _____-____ Ext: _____

¿Idioma de comunicación preferido del padre/tutor?

- Inglés Español Amhárico Árabe Otro (por favor especifique) _____

Padre/Tutor #2:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padreastro Tutor legal
 Madre Madrastra Padre sustituto

Otro (por favor indique la relación): _____

Dirección: La dirección es la misma del estudiante y la dirección del padre/tutor principal que figura arriba.

Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: (____) _____-____ ¿Es el teléfono eléfono del Sí hogar un teléfono celular? No

Celular: (____) _____-____ Dirección Email: _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono laboral: (____) _____-____ Ext: _____

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo actualmente IEP para Servicios de Educación Especial o Plan 504? Sí No

Si Sí, ¿ha entregado documentación en la escuela? Sí No

¿Ha sido su hijo expulsado de una escuela privada o pública en Virginia o en algún otro estado por una infracción en violación a las políticas del consejo escolar relacionado con armas, alcohol o drogas o por haber causado intencionalmente lesiones a otra persona? Sí No

HERMANOS DEL ESTUDIANTE

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Indique al menos dos personas a las que podamos llamar para que tomen decisiones de emergencia y/o recojan a su hijo de la escuela si no podemos comunicarnos con los padres/tutores ante una emergencia:

Contacto de Emergencia #1 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de Emergencia #2 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de Emergencia #3 (Distinto del Padre/Tutor):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____

Teléfono laboral: _____ Relación con el estudiante: _____

EXPERIENCIA PRE-KINDERGARTEN

Sólo para los estudiantes inscribirse en kindergarten

Durante el año escolar anterior a kindergarten, mi hijo asistió (elija uno):

Programa Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI) para niños de 4 años en:

- Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS)
- Centro Campagna
- Centro Red del Niño y la Familia (CFNC)
- Centro de Desarrollo del Niño
- Creative Play School (Escuela del Juego Creativo)

Otros programas de pre-K:

- Educación Especial para Párvulos
- Preschoolers Learning Together (PLT) (Niños de preescolar que aprenden juntos)
- Head Start
- Día completo de preescolar privado/ Guardería
- Medio día preescolar privado
- Proveedor de Cuidado Infantil de Hogar Familiar con licencia
- Programa de Desarrollo Infantil del Departamento de la Defensa

Otro:

- Padre o pariente
- Proveedor de cuidado infantil en mi casa (*au pair*, niñera, etc.)
- Otro:
Especifique: _____

Al firmar este formulario afirmo que la información contenida es correcta.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Student ID	School ID	Sch/Res	Att/Permit Code	Address/Transfer Permit Verified	Grade	Entry Code	Entry Date	Office Verification/Signature

Verificación de Residencia y Formulario de Inscripción



Parte I: Información del alumno y de la familia

Por favor complete las secciones A, B o C.

- A. Yo soy el padre o madre que está inscribiendo a _____ en la escuela.
(Nombre completo del alumno)
- B. Yo soy el tutor legal/cuidador primario que está inscribiendo a _____
en la escuela (debe proporcionar documentación oficial). (Nombre completo del alumno)
- C. Soy un estudiante adulto (18 años o más), _____ inscribiéndome yo mismo
en la escuela. (Nombre completo del alumno)

Yo, padre, madre, tutor legal, cuidador o estudiante adulto, afirmo que residimos en el siguiente domicilio*:

Dirección completa:

Nombre de la calle Apto. N° Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Parte II: Declaración jurada del padre, madre, tutor, cuidador o estudiante adulto

Entiendo que la inscripción del alumno en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria se basa en mi afirmación de que soy (Parte I) el padre, madre o tutor legal del alumno y residente de la Ciudad de Alexandria, (Parte II) en esta declaración jurada de residencia en la Ciudad de Alexandria y (Parte III) en mi presentación de documentación de verificación de residencia (ver la página 3 - categorías A, B o C). Yo afirmo que resido con el alumno en la dirección indicada en este documento. Si esta declaración jurada es falsa, entiendo que puedo ser responsable del pago retroactivo de la matrícula del alumno, y que el alumno será retirado de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. Por favor tenga en cuenta que según el Código de Virginia § 22.1-264.1, es un delito menor de Clase 4 tergiversar a sabiendas la residencia a efectos de la inscripción en una escuela fuera de la zona de asistencia en la que reside el alumno. Por la presente renuncio a mis derechos a la confidencialidad de la información relativa a mi residencia y entiendo que las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria utilizarán cualquier medio legal a su disposición para verificar mi residencia. También estoy de acuerdo en notificar a la escuela de cualquier cambio de residencia mía o del alumno en tres (3) días hábiles de tal cambio.

Nombre impreso del padre, madre, tutor legal, cuidador o del estudiante adulto

Teléfono

Firma del padre, madre, tutor legal, cuidador o del estudiante adulto

Fecha

*Un domicilio o residencia bona fide (de buena fe) se define como el lugar donde una persona recuesta su cabeza todas las noches. Poseer o alquilar una propiedad no es suficiente para reclamar residencia en la Ciudad de Alexandria. El alumno y el tutor legal deben dormir por las noches en la Ciudad de Alexandria.

Parte III: Verificación de Residencia

El adulto que realiza la inscripción debe proporcionar un documento de identificación con foto, la partida de nacimiento del alumno y los siguientes tres (3) documentos: Todos los documentos deben ser de copia original (actualizada en los últimos 60 días) y señalar claramente el nombre del padre, madre, tutor legal o del estudiante adulto y la dirección en la Ciudad de Alexandria. Consulte el reverso para obtener más explicaciones sobre los documentos.

Categoría A: un (1) documento:

- Contrato de arrendamiento
- Título propietario de la vivienda (con copia del impuesto sobre la propiedad)
- Contrato hipotecario

Categoría C:

- Carece de vivienda
- DSS/Servicios de adopción provisional (*foster care*)

Categoría B: dos (2) documentos de apoyo:

- Factura de servicio (agua, gas, electricidad, cable o teléfono fijo)
- Recibo o factura de impuestos a la propiedad personal de la Ciudad de Alexandria
- Carta enviada por correo postal desde una agencia del gobierno (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- Talón de pago actual (señalando la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- 2 estados de cuenta bancarios consecutivos (enviados por correo postal)
- Última declaración federal o estatal de impuestos sobre los ingresos que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- Póliza actual de seguro de la vivienda del propietario o del inquilino que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- La familia es nueva (menos de 30 días) en la Ciudad de Alexandria. Fecha de cumplimiento _____

Residentes en viviendas compartidas: Si el padre, madre o tutor legal vive en una vivienda compartida, se requiere llenar un formulario A/B notariado y proveer una copia de la hipoteca del propietario, el título o una copia del contrato de arrendamiento de quien está viviendo con el alumno y los padres. Además, deberá proporcionar dos documentos de apoyo (a nombre del padre, madre o tutor legal) como los indicados anteriormente. Se puede llevar a cabo una visita a la casa en casos de dudosa residencia. **FORMULARIO A/B DE CADUCIDAD:** _____ (*Registrar - enter date into PowerSchool*).

I certify that I personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true and factual to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that copies of all required documentation will be attached to this document and placed in the student's file.

School Official Name (Print)

School Official (Signature)

Date

Lista de documentos aceptables para verificar la residencia

Todos los documentos deben indicar el nombre completo del padre, madre, tutor legal o del estudiante adulto y la dirección en la Ciudad de Alexandria

Categoría A: (Un documento de esta lista para comprobar la residencia)

- Contrato de arrendamiento o de alquiler: El contrato original debe ser actual (no caducado), indicando las fechas, nombres y direcciones de la propiedad para el padre, madre o tutor legal que está inscribiendo al alumno. Si el arrendamiento es un acuerdo privado con el arrendador, el acuerdo debe ser notariado.
- Título: El título de la propiedad debe estar acompañado por una copia de la declaración de impuestos a la propiedad personal del propietario. Esto se puede obtener (gratis) en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. El título debe estar a nombre del padre, madre o tutor legal
- Hipoteca: El residente puede presentar una factura de la hipoteca preparada por el ente prestamista (que incluya fecha, dirección en Alexandria y nombre del ente prestamista) dentro de los 60 días después de la inscripción, o el contrato de hipoteca inicial con copia actual del impuesto a la propiedad del titular. Esto se puede obtener (gratis) en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
- Vivo en una vivienda compartida y el contrato de arrendamiento, el título o la hipoteca no están a mi nombre. Por favor, llene un formulario de vivienda compartida (A/B) y adjunte el contrato de arrendamiento, el título o la hipoteca de la persona con quien usted reside.

Y

Categoría B: (Dos documentos de esta lista para comprobar la residencia)

- Factura de servicio (agua, gas, electricidad, cable o teléfono fijo). La factura debe estar fechada en los últimos 30 días. Si todos los servicios están incluidos en su contrato de arrendamiento y no tiene otras facturas, por favor proporcione una carta del gerente de la propiedad, con membrete de la compañía, que indique que el agua, gas, drenajes y electricidad están incluidos en el alquiler mensual.
- Impuestos actuales a la propiedad personal (vehículo, RV, bote) de la Ciudad de Alexandria. Por favor tenga en cuenta lo siguiente: El Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia exige que todos los bienes personales deben ser registrados con la dirección actual en 60 días a partir de la mudanza.
- Carta enviada por correo postal desde una agencia del gobierno (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.). La carta debe estar dirigida al padre, madre, tutor legal o estudiante adulto.
- Talón de pago actual (con la dirección en la Ciudad de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- Última declaración federal o estatal de impuestos sobre los ingresos que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria
- 2 estados de cuenta consecutivos del banco enviados por correo postal a la dirección de la Ciudad de Alexandria.
- Póliza actual de seguros de la vivienda del propietario o del inquilino que indique la dirección en la Ciudad de Alexandria

O

Categoría C: Por favor, reúname con el registrador de la escuela si aplica cualquiera de las siguientes situaciones.

- Carecen de vivienda, en transición o están experimentando carencia de vivienda o desamparo.
- Adopción temporal/DSS: Provea verificación de que el alumno está bajo la custodia del Departamento de Servicios Sociales, en la forma de una orden judicial o documentación oficial del Departamento de Servicios Sociales.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria PÁGINA 1 DE 2



Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Año Escolar: _____

AFECCIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Marque todos los casilleros que correspondan al estudiante.

ALERGIAS Sí No

Tipo de alergia:

- Alimentos Indique los alimentos: _____
- Medicamentos Indique los medicamentos: _____
- Picaduras de abejas o insectos
- Otro: _____

Fecha de la última reacción grave: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia por alergias: _____

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para alergias:

- Antihistamina oral (Benadryl, etc.)
- Epinefrina Tiene inyector de Epi-Pen
- Otro: _____

RESTRICCIONES DE ALIMENTOS Sí No

- Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos: _____
- Por preferencias religiosas o de otra índole Indique los alimentos: _____

ASMA Sí No

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para el asma:

- Medicamento de control diario (prevención)
- Medicamento según necesidad (rescate)

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido al asma: _____

DIABETES Sí No

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la diabetes: _____

¿Requiere la diabetes del estudiante que se administren medicamentos y/o análisis de sangre EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

TRASTORNO POR CONVULSIONES Sí No

¿Requiere el trastorno por convulsiones del estudiante que se administren medicamentos EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

Fecha de la última convulsión: _____

Fecha de la última visita al hospital o a la sala de emergencia debido a la convulsión: _____

OTRAS AFECCIONES DE SALUD Sí No

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastornos nutricionales | <input type="checkbox"/> Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos/cromosómicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Depresión |

Otras afecciones de la salud física o mental: _____

¿Requiere la afección del estudiante que SE UTILICE lo siguiente EN LA ESCUELA?

Medicamentos: No Sí Indique los medicamentos: _____

Procedimientos especiales: No Sí Indique los procedimientos: _____

Equipo especial: No Sí Indique el equipo: _____

AFECCIONES DE LA VISTA Sí No

- Anteojos
- Lentes de contacto
- Irreversibles
- Otro: _____

AFECCIONES AUDITIVAS Sí No

- Audífonos
- Irreversibles
- Otro: _____

COBERTURA DE SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Tiene el estudiante seguro de salud? No Sí Nombre de la compañía del seguro de salud: _____

Nombre del médico de atención primaria del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el estudiante seguro dental? No Sí Nombre de la compañía del seguro dental: _____

Nombre del odontólogo del estudiante: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Ante una emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se realizarán todos los intentos para comunicarnos con un padre, tutor legal o contacto de emergencia. Los alumnos serán transportados a la sala de emergencias más cercana, a menos que el padre esté en las instalaciones escolares para asumir la responsabilidad del niño.

El padre o tutor legal es responsable de proveer a la escuela cualquier medicamento, alimento especial, suministros o equipo que el alumno requiera durante el día lectivo. Verifique con el enfermero o la secretaria de admisiones de la escuela para obtener los formularios de procedimientos y medicamentos correctos. Si se indica un plan de atención médica individual en la escuela, el padre/tutor es responsable de brindarle al enfermero de la escuela la información médica necesaria, los formularios de autorización correspondientes y el consentimiento escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, _____ (sí ___) (no ___) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en la escuela para que analicen asuntos relacionados con la salud de mi hijo y/o intercambien información verídica en este formulario. Esta autorización estará vigente hasta o a menos que usted la retire. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento si se comunica con la escuela de su hijo. Cuando se publica información del registro de su hijo, la documentación de la publicación se conserva en el registro de salud y escolar de su hijo.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
FORMULARIO DE SALUD PARA EL INGRESO ESCOLAR
Formulario de información médica/Informe de examen físico integral/Certificación de vacunación

Parte I – FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La ley estatal (Código de Virginia Ref. § 22.1-270) requiere que su hijo esté vacunado y reciba un examen físico integral antes de ingresar al kínder o escuela primaria pública. **El padre/madre o tutor completa esta página (Parte I) del formulario.** El proveedor médico completa la Parte II y la Parte III del formulario. Este formulario debe completarse no más de un año antes del ingreso de su hijo a la escuela.

Nombre de la escuela: _____ Grado actual: _____

Nombre del estudiante: _____
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha nacimiento del estudiante: ___/___/___ Sexo: _____ Estado o país de nacimiento: _____ Idioma principal que habla: _____

Dirección del estudiante _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del padre/madre o tutor legal 1: _____ Teléfono: _____ - _____ Trabajo/celular: _____ - _____

Nombre del padre/madre o tutor legal 2: _____ Teléfono: _____ - _____ Trabajo/celular: _____ - _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ - _____ Trabajo/celular: _____ - _____

Preferencia de hospital: _____

Seguro médico del niño: Ninguno FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS Privado/comercial/patrocinado por el empleador _____

Cuadro 1. Afecciones preexistentes

Afección	Sí	Comentarios	Afección	Sí	Comentarios
Alergias (alimentos, insectos, medicamentos, látex). Indique alergias potencialmente mortales:	<input type="checkbox"/>		Diabetes: Tipo 1	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		Diabetes: Tipo 2	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		Bomba de insulina	<input type="checkbox"/>	
Alergias (estacionales)	<input type="checkbox"/>		Traumatismo craneal, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	
Asma o afecciones respiratorias	<input type="checkbox"/>		Afecciones auditivas o sordera	<input type="checkbox"/>	
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>		Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	
Afecciones conductuales/psíquicas/sociales	<input type="checkbox"/>		Intoxicación con plomo	<input type="checkbox"/>	
Afecciones del desarrollo	<input type="checkbox"/>		Afecciones musculares	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>		Convulsiones	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de sangrado	<input type="checkbox"/>		Anemia de células falciformes (no trazas)	<input type="checkbox"/>	
Afecciones intestinales	<input type="checkbox"/>		Afecciones del habla	<input type="checkbox"/>	
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>		Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/>	
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>		Cirugía	<input type="checkbox"/>	
Afecciones de la salud dental	<input type="checkbox"/>		Afecciones de la vista	<input type="checkbox"/>	

Describa cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo (Sonda de alimentación, Traqueostomía, Aporte suplementario de oxígeno, Audífonos, Aparato dental, Silla de ruedas, Hospitalizaciones, etc.):

Cuadro 2. Medicamentos

Enumere todos los medicamentos recetados, de emergencia, de venta libre y hierbas medicinales que su hijo toma con regularidad (hogar/escuela):

Nombre del medicamento	Dosis	Hora de administración (hogar/escuela)	Notas
1.			
2.			
3.			
4.			

Medicamentos adicionales (nombre, dosis, hora de administración, notas)

Marque aquí si desea discutir información confidencial con la enfermera de la escuela u otra autoridad escolar. Sí No Proporcione la siguiente información:

	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
Pediatra/proveedor de atención primaria			
Especialista			
Dentista			
Trabajador del caso (si corresponde)			

Yo _____ (autorizo) (no autorizo) al proveedor de atención de salud de mi hijo y al proveedor de atención de salud designado en el entorno escolar para discutir las preocupaciones de salud de mi hijo o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización estará vigente hasta que usted la retire. Puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, la documentación de la divulgación se mantiene en el expediente académico o de salud de su hijo.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del intérprete: _____ Fecha: ___/___/___

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM**
Health Information Form/Comprehensive Physical Examination Report/Certification of Immunization

Part I – HEALTH INFORMATION FORM

State law (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requires that your child is immunized and receives a comprehensive physical examination before entering public kindergarten or elementary school. **The parent or guardian completes this page (Part I) of the form.** The Medical Provider completes Part II and Part III of the form. This form must be completed no earlier than one year before your child's entry into school.

Name of School: _____ Current Grade: _____

Student's Name: _____
Last First Middle

Student's Date of Birth: ___/___/___ Sex: _____ State or Country of Birth: _____ Main Language Spoken: _____

Student's Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Name of Parent or Legal Guardian 1: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Name of Parent or Legal Guardian 2: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Emergency Contact: _____ Phone: _____ - _____ - _____ Work or Cell: _____ - _____ - _____

Hospital Preference: _____

Child's Health Insurance: None FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS Private/Commercial/ Employer Sponsored _____

Box 1. Pre-Existing Conditions					
Condition	Yes	Comments	Condition	Yes	Comments
Allergies (food, insects, drugs, latex) Please list Life Threatening Allergies:			Diabetes: Type 1		
			Diabetes: Type 2		
			Insulin pump		
Allergies (seasonal)			Head injury, concussion		
Asthma or breathing conditions			Hearing conditions or deafness		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder			Heart conditions		
Behavioral/Psych/ Social conditions			Lead poisoning		
Developmental conditions			Muscle conditions		
Bladder conditions			Seizures		
Bleeding conditions			Sickle Cell Disease (not trait)		
Bowel conditions			Speech conditions		
Cerebral Palsy			Spinal injury		
Cystic fibrosis			Surgery		
Dental Health conditions			Vision conditions		
Describe any other important health-related information about your child (<input type="checkbox"/> Feeding tube , <input type="checkbox"/> Trach , <input type="checkbox"/> Oxygen support, <input type="checkbox"/> Hearing aids, <input type="checkbox"/> Dental appliance, <input type="checkbox"/> Wheelchair, Hospitalizations, etc.):					

Box 2. Medications			
List all prescription, emergency, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly (Home/ School):			
Medication Name	Dosage	Time Administered (Home/School)	Notes
1.			
2.			
3.			
4.			
Additional Medications (Name, Dose, Time Administered, Notes)			

Check here if you want to discuss confidential information with the school nurse or other school authority. Yes No Please provide the following information:

	Name	Phone	Date of Last Appointment
Pediatrician/primary care provider			
Specialist			
Dentist			
Case Worker (if applicable)			

I _____ (do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

Signature of Parent or Legal Guardian: _____ Date: ___/___/___

Signature of Interpreter: _____ Date ___/___/___

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization**

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name: _____ **Date of Birth :** / / **Sex:** _____
Race (Optional): _____ **Ethnicity:** **Hispanic** **Non-Hispanic**

IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)					
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)					
Tdap Vaccine booster					
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)					
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age					
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age					
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age					
Varicella Vaccine			Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)					
Measles Vaccine (Rubeola)			Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine			Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine			Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis B Vaccine (HBV) <input type="checkbox"/> Merck adult formulation used					
Hepatitis A Vaccine					
Meningococcal ACWY Vaccine					
Meningococcal B Vaccine					
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)					
Influenza (Yearly)					
Other					
Other					

Certification of Immunization

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (Mo., Day, Yr.):** ___/___/___

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date.
This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: |____|____|____|
Parent or Legal Guardian Name: _____
Parent or Legal Guardian Name: _____
Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

DTP/DTaP/Tdap : [____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; Measles :[____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [] , or temporary [] and expected to preclude immunizations until: Date (Mo., Day, Yr.): |____|____|____|.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (Mo., Day, Yr.):** __/__/__

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on _____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official: _____ **Date (Mo., Day, Yr.):** |____|____|____|

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at
<http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).

(Requirements are subject to change.)

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Sex: M F

Health Assessment	Date of Assessment: ____/____/____ Weight: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in. Body Mass Index (BMI): _____ BP _____ <input type="checkbox"/> Age / gender appropriate history completed <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided	Physical Examination 1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment											
			1	2	3		1	2	3				
		HEENT				Neurological				Skin			
		Lungs				Abdomen				Genital			
	Heart				Extremities				Urinary				
Tuberculosis Screening													
Check the box that applies:													
<input type="checkbox"/> No risk for TB infection identified				<input type="checkbox"/> No symptoms compatible with active TB disease				<input type="checkbox"/> Risk for TB infection or symptoms identified					
Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading _____ mm TST/IGRA Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal													
EPSDT Screens <u>Required</u> for Head Start – include specific results and date:													
Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____													

Developmental Screen	Assessed for:	Assessment Method:	<i>Within normal</i>	<i>Concern identified:</i>	<i>Referred for Evaluation</i>	
	Emotional/Social					
	Problem Solving					
	Language/Communication					
	Fine Motor Skills					
	Gross Motor Skills					
Hearing Screen	<input type="checkbox"/> Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. <input type="checkbox"/> Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred		<input type="checkbox"/> Referred to Audiologist/ENT <input type="checkbox"/> Unable to test – needs rescreen <input type="checkbox"/> Permanent Hearing Loss Previously identified: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Hearing aid or another assistive device			
		1000	2000	4000		
	R					
	L					

Vision Screen	<input type="checkbox"/> With Corrective Lenses (Check if yes)					
	Stereopsis <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not tested				Dental Screen <input type="checkbox"/> Problems Identified: Referred for Treatment <input type="checkbox"/> No Problem: Referred for prevention <input type="checkbox"/> No Referral: Already receiving dental care <input type="checkbox"/> Unable to perform	
	Distance	Both	R	L		Test used:
	20/	20/	20/			
<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Referred to eye doctor <input type="checkbox"/> Unable to test-needs rescreen						

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel	Summary of Findings (check one):	
	<input type="checkbox"/> Well child; no conditions identified of concern to school program activities	
	<input type="checkbox"/> Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):	
	Allergy: <input type="checkbox"/> food: _____ <input type="checkbox"/> insect: _____ <input type="checkbox"/> medicine: _____ <input type="checkbox"/> other: _____ Type of allergic reaction: <input type="checkbox"/> anaphylaxis <input type="checkbox"/> local reaction Response required: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> epinephrine auto-injector <input type="checkbox"/> other:: _____ Individualized Health Care Plan needed (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)	
	Restricted Activity Specify: _____	
	Developmental Evaluation <input type="checkbox"/> Has IEP <input type="checkbox"/> Further evaluation needed for: _____	
	Medication. Child takes medicine for specific health condition(s). <input type="checkbox"/> Medication must be given and/or available at school.	
	Special Diet Specify: _____	
	Special Needs Specify: _____	
	Other Comments: _____	

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) <input type="checkbox"/> By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).			
Name: _____	Signature: _____	Date: _____	
Practice/Clinic Name: _____	Address: _____		
Phone: _____ - _____ - _____	Fax: _____ - _____ - _____	Email: _____	



Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria • Departamento de Transporte

Personas autorizadas alternas para la salida del kínder y educación especial

Fecha: _____

Nombre del alumno: _____ N° de Identif. del alumno: _____

Dirección de casa: : _____ Apto.: _____ Código postal: _____

Padre, madre o tutor legal Nombre(s): _____

Idioma que habla el padre, madre o tutor legal: _____

Números de teléfono

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Escuela: _____

Personas autorizadas para recoger en la escuela (aparte de los tutores legales y un hermano mayor puede estar indicado).

Se permiten sólo 3 nombres autorizados.

Nombres de las personas autorizadas	Relación	Número(s) de Teléfono

Padre, madre o tutor legal Firma: _____ Fecha: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO OFICIAL: : _____ Fecha: _____

Received by: _____ Date: _____ Time: _____

Por favor tenga en cuenta lo siguiente: Este formulario debe ser entregado antes de las 12 p.m., a fin de que se haga efectivo inmediatamente. Si se entrega después de las 12 p.m., el cambio tendrá efecto el día siguiente. Los directores DEBEN dar su aprobación para que sea procesado.



ENCUESTA PARA PADRES-HIJOS

Fecha de la encuesta 30/10/2024

Cada sección DEBE ser completada en su totalidad dónde aplique

ACPS puede recibir donaciones de fondos federales por la inscripción de alumnos que tienen conexión con el gobierno federal. Si ningún padre o tutor legal en su hogar vive o trabaja en una propiedad federal, complete la sección 1 y firme e indique la fecha en la parte inferior del formulario.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Nombre del/de la estudiante: Apellido	Nombre	Inicial	Identificación del/de la estudiante	
Dirección: Número y calle		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Teléfono de la casa	

Si la dirección provista arriba es propiedad del gobierno federal, por favor anote el nombre de la propiedad

Sección 2: INFORMACIÓN LABORAL: SOLO PARA CIVILES que trabajan en propiedades del gobierno federal

Padre, madre o tutor/a: Apellido	Nombre	Inicial	Nombre del empleador	
Lugar de trabajo (dirección física)		Número del edificio y calle	Ciudad	Estado Código postal
Nombre de la propiedad federal (vea al dorso para una lista de las propiedades federales elegibles)				
Dirección de la propiedad federal		Número y calle	Ciudad	Estado Código postal

Sección 3 – INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A: PADRE, MADRE O TUTOR/A EN LAS FUERZAS UNIFORMADAS

Anote la información del padre, madre o tutor/a que está en el servicio activo en las fuerzas uniformadas de los Estados Unidos en esta sección a la fecha de la encuesta. (Si ambos padres en el hogar están en la milicia a la fecha de la encuesta, por favor, llene un segundo formulario).

El/la estudiante no tiene conexiones con la milicia – (No complete más información de la Sección 3)

Rama del servicio activo:

- Air Force (Fuerza Aérea)
- Army (Ejército)
- Coast Guard (Guardia Costera)
- Marine Corps (Cuerpo de Marines)
- Navy (Marina)
- Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica – NOAA
- Cuerpo Comisionado de la Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos – USPHS
- Guardia Nacional o Reserva movilizada por la Orden Ejecutiva 13223 de 14/09/2001 y el Título de del Código Federal de los Estados Unidos (Title 10 USC) (Incluya una copia de las órdenes de movilización)
- Guardia Nacional; Reserva
- Reserva; el/la estudiante es dependiente de un miembro de las fuerzas de reserva (Army, Navy, Air Force, Marine Corp o Coast Guard).

Padre, madre o tutor/a (Apellido, nombre, inicial)
Rango militar/Grado

Sección 4 – INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A: MILICIA EXTRANJERA

Anote la información en esta sección si el padre, madre o tutor/a estuvo en servicio activo en la fecha de la encuesta. Si no, omita esta sección.

Nombre del padre/madre/tutor(a) (apellido, nombre e inicial)	Nombre del gobierno extranjero
Rango/Grado	Rama de servicio

Esta información se usa para apoyar nuestra solicitud para fondos del gobierno federal bajo el programa Impact Aid (Título VIII de la Ley de la Educación Primaria y Secundaria). Esta información puede ser provista al Departamento de Educación de los Estados Unidos si nuestra solicitud para fondos federales es auditada. Este formulario debe ser firmado y fechado para que ACPS participe de manera equitativa de los fondos federales.

Al firmar este formulario, certifico que toda la información incluida escrita a máquina o a mano es correcta y está completa a la fecha de la encuesta.

Firma del padre, madre o tutor/a

Fecha [día/mes/año]

Propiedades federales elegibles

- Albert V Bryan Federal Courthouse, 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- Mt. Weather EOC, 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- Arlington National Cemetery, Arlington, VA 22211
- MVB Bostetter, Courthouse, 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- CIA Langley Campus, 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- Naval Surface Warfare Center, 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- CIA NRO, 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- NOAA NWS, 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- Dulles International Airport, 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- Pentagon [include bldg location in street address], Arlington, VA 22202
- FAA Air Route Traffic Control Center, 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- Ronald Reagan National Airport, 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- FAA Potomac TRACON, 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- Ronald Reagan National Airport, 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- FBI Academy & Laboratory, 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- Steven F Udvar Hazy Ctr, 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- Fort Belvoir 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- Turner-Fairbank HRC, 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- Fort Belvoir North (NGA), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- US Army National Guard, 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- Franconia GSA LOC 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- US Army Reserve Center, 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- George P Schulz NFATC, 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- US Attorney's Office (USDOJ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- George Washington Memorial Parkway, 700 GW Pw, VA 22101
- US Coast Guard Radio Station, 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Henderson Hall, 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- US Geological Survey, 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- Humphreys Engineer Center, 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Warrenton Training Center – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- Hybla Valley Office Bldg, 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- Warrenton Training Center – Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- Joint Base Myer-Henderson Hall, Fort Myer, VA 22211
- Warrenton Training Center – Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- Marine Corps Base Quantico, 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- Warrenton Training Center – Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- Mark Center Federal Office Bldg, 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- Wolf Trap Farm Park, 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182



Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Nombre del padre/madre o tutor: _____ Fecha en que se completó el formulario: _____

Cada una de las secciones siguientes se refiere a materiales citados en este formulario, en el Manual de la Familia de ACPS (www.acps.k12.va.us/familyhandbook), o en el Código de Conducta del Estudiante de ACPS (www.acps.k12.va.us/codeofconduct). Después de firmar, por favor devuélvalo al inscribirse a la escuela del alumno o dentro de dos semanas después del primer día de clases del alumno en ACPS. Este formulario debe ser completado cada año escolar.

Sección A: El Código de Conducta Estudiantil

El **Código de Conducta del Estudiante se pone a disposición de cada familia cada año escolar**. El firmar esta sección y enviar de regreso este formulario, no se considera una renuncia por parte de los padre(s)/tutor(es) no renuncian, sino que se reservan expresamente, sus derechos protegidos por la Constitución o las leyes de los Estados Unidos y/o la Commonwealth de Virginia, y tendrán el derecho a expresar su inconformidad con las políticas y/o las decisiones de la división escolar. El Código de Conducta Estudiantil, el cual es exigido por ley, contiene las pautas y reglas de la Política para el Uso Responsable de los Sistemas de Cómputo para Estudiantes; de Asistencia Obligatoria a la Escuela; la Política de Estándares de Equidad de Conducta Estudiantil y Excelencia; el Formulario para la Denuncia de Acoso Escolar; y el Código de Honor. Los padres tienen el deber de ayudar a las escuelas de ACPS en hacer cumplir las normas de conducta estudiantil y la asistencia escolar obligatoria. Los padres tienen la responsabilidad de entender el Código de Conducta, promover la conducta adecuada del estudiante, ayudar a la escuela a disciplinar al estudiante, y reunirse con el personal escolar si se lo solicita para analizar cuestiones relacionadas con la disciplina y la asistencia escolar. La ley también requiere que los padres firmen una declaración en la que manifiestan conocer sus responsabilidades.

Firma del padre/tutor: _____

Firma del estudiante: _____

Sección B1: Información del Directorio del Estudiante (Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia / FERPA)

La información de directorio incluye el nombre del alumno, la dirección, la escuela, fotografía, premios y honores, etc. (no incluye el número de seguro social del alumno). El uso principal de la información de directorio es publicar información del alumno en publicaciones afiliadas a la escuela. Una lista completa de información de directorio está disponible en el Manual de la Familia de ACPS. ACPS podrá revelar la información de directorio sin consentimiento por escrito, a menos que el padre, madre o tutor legal indiquen a continuación que la información del alumno no puede ser revelada.

_____ **NO** revele información de directorio del alumno, excepto cuando sea requerido por ley federal o estatal, desde la fecha en que fue firmado este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024. **Entiendo que esto significa que la información y las fotografías que expongan al alumno serán excluidas de publicaciones escolares como los anuarios, las listas de honor y de los programas impresos de graduación, deportes y teatrales.**

Sección B2: Directorios de la PTA y organizaciones relacionadas con la escuela

Muchas Asociaciones de Padres y Profesores (PTA, por sus siglas en inglés) escolares (y otras organizaciones relacionadas con la escuela) producen un directorio anual para las familias. Los estudiantes y las familias usan dichos directorios para comunicarse entre sí sobre las actividades de clases/escolares o para organizar transportes compartidos, etc. Al compartir su información de contacto, también podrá recibir actualizaciones sobre eventos y programas asociados por mensaje de texto o correo electrónico. Todas las PTA y otras organizaciones relacionadas con la escuela han acordado en compartir la información únicamente con aquellas personas que están en el directorio y que no divulguen esta información a empresas ni a ningún otro tercero.

_____ **SÍ, ACPS puede** revelar el **número de teléfono** del alumno o de la familia y la dirección de correo electrónico, a las PTA, a organizaciones recaudadoras de fondos y otras organizaciones relacionadas con la escuela desde la fecha en que fue firmado este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Sección C: La participación en medios

En el transcurso del año escolar, la escuela de su hijo, o las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS) pueden querer compartir fotografías o videos de su hijo, imágenes de sus trabajos artísticos o de clase, textos escritos por su hijo o citas de discusiones en clase o presentaciones educativas. Esto incluye imágenes en la página web de ACPS, en videos de ACPS, en las redes sociales, en publicaciones escolares (incluidos anuarios y programas) o compartirlas con terceros, incluido pero no limitado a los medios de comunicación locales o nacionales (televisión, internet y publicaciones impresas).

_____ **NO** utilice la foto, imagen, voz, escritos, trabajos en clase o artísticos de mi hijo en cualquiera de las formas descritas anteriormente desde la fecha en que se firmó este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Sección D: Uso Responsable de la Tecnología y Redes Sociales

Las políticas del uso responsable de la tecnología y las redes sociales están disponibles en el Código de Conducta Estudiantil. Por favor, revise estas políticas y firme abajo.

Firma del padre/tutor: _____

Como estudiante, acepto cumplir con las pautas sobre la tecnología y el Internet según están escritas en el Código de Conducta Estudiantil.

Firma del estudiante: _____

Sección E: El Expediente del Estudiante

(Para los padres de estudiantes en la escuela secundaria – grados 11 y 12 ÚNICAMENTE)

La sección 9528 de la Ley de Que Ningún Niño Se Quede Atrás de 2001 requiere que los sistemas educativos provean a los reclutadores militares y las instituciones de enseñanza superior los nombres, direcciones y datos telefónicos de los estudiantes de secundaria cuando sean solicitados. Sin embargo, los padres (o un estudiante, si tiene 18 años o si es un menor legalmente emancipado) puede solicitar que el nombre, la dirección y los datos telefónicos no sean divulgados sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le está notificando de su derecho a solicitar que la información de su hijo(a) no sea divulgada. Si **NO** marca ninguna de la opción a continuación, para el año escolar de 2023-24 se divulgará la información de su hijo(a) cuando sea solicitada por un reclutador militar, posibles empleadores o una institución de enseñanza superior.

Por favor, marque cualquiera de estos grupos si **NO** quiere que reciban la información de su hijo(a):

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Reclutadores Militares**

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Universidades/otras Instituciones de Enseñanza**

_____ **NO** divulguen la información de mi hijo(a) a **Posibles Empleadores**

Sección F: Contrato sobre los libros

Por el presente, acepto reemplazar o pagar por cualquier o todos los libros de texto o los libros de la biblioteca que puedan ser retenidos, destruidos, perdidos o mal usados, así como pagar por todos los daños causados por el desgaste o el uso extraordinario, según lo determine la escuela.

Firma del padre/tutor: _____

Sección G: Reglamentos de los Autobuses Escolares

Los reglamentos del uso del autobús escolar están en el Manual de la Familia de ACPS. He leído y entiendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto asumir la plena responsabilidad de la conducta de mi hijo(a) en el autobús.

Firma del padre/tutor: _____

He leído y entiendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto, como pasajero, atenerme a estos reglamentos.

Firma del estudiante: _____

Sección H: Educación para la Vida Familiar

Los reglamentos de ACPS permiten que un estudiante sea excluido de recibir el material que se enseña en el programa de Educación para la Vida Familiar (FLE) durante el curso del año escolar. Las lecciones que se utilizarán en el programa FLE están disponibles para su revisión en el centro de información de la biblioteca en la escuela de su hijo y en la Biblioteca Central Charles E. Beatley, Jr., ubicada en 5005 Duke Street. Todos nuestros recursos de la escuela secundaria asociados a este plan de estudios se mantienen en el campus de la escuela secundaria. Para revisar estos recursos, por favor, comuníquese con el Departamento de Educación para la Vida Familiar (Family Life Department). Si usted desea que su hijo participe en el programa FLE, no tiene que tomar ninguna acción.

Por favor, haga una marca en el espacio a continuación si usted **NO** desea que su hijo participe del material de FLE:

_____ Favor de **eximir a mi hijo** de participar del material de Educación para la Vida Familiar.

Firma del padre/tutor: _____