LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us

"A Stronger Mind for a Stronger Future"

Requisitos de Inscripción

[ ]Barbara B. Robey [ ]Belen Soto [ ]Corte Sierra [ ]Dreaming Summit [ ]Litchfield [ ]L. Thomas Heck
[ ]Mabel Padgett [ ]Palm Valley [ ]Rancho Santa Fe [ ]Scott Libby [ ]Verrado Elementary [ ]Verrado Heritage
[ ]Verrado Middle [ ]Western Sky [ ]Wigwam Creek [ ]White Tank

Se han establecido normas del distrito para comprobante de domicilio y serán respetadas para todos los alumnos.
Todos los documentos de comprobante domiciliario deben renovarse cada año antes de que inicien las clases.

1) Estos son los comprobantes de domicilio para cada alumno(a):
• Recibo actual de electricidad de SRP o APS o de Gas Southwest que muestre el nombre del padre y la dirección del hogar.[1] **OR** • Acuerdo de compra o renta o formulario de vivienda militar HO13 (Los contratos de arrendamiento / alquiler son solo temporales por 30 días después de la mudanza). ***Tenga en cuenta -*** *Debe tener la compra / acuerdo de alquiler o gas / factura de electricidad antes de inscribir a su estudiante.*
2) Licencia de Conducir
• mostrando domicilio actual
3) Formulario notariado
• Este debe acompañar uno de los anteriores, cuando el niño(a) está siendo inscrito y su familia vive con otra familia en el distrito. Tanto el padre registrando al estudiante y la persona con la que están viviendo **deben estar presente.** ***Tenga en cuenta -*** La persona que presenta la carta notariada debe notariar la carta antes de presentarla a la escuela. La carta debe renovarse anualmente.
4) Custodia legal
• Esta documentación es necesaria cuando sólo el niño(a) vive en un domicilio del distrito, mientras que los padres viven fuera del distrito. El tutor asignado debe inscribir al niño. No aceptamos Poder Notarial para la tutela.
5) Registros o cartillas de vacunación
• Registro o cartilla actualizado.[2]
6) Acta de nacimiento
• Debe ser una acta de nacimiento certificada del departamento de estadísticas vitales del estado donde nacieron, no un certificado del hospital.[1] • Kindergarten y 1er grado deben tener original al momento de la inscripción.
7) Documentos legales de custodia
• Pertinentes a los alumnos que no están residiendo con **ambos** padres naturales. Es necesario que se presente una sentencia de divorcio, custodia legal, documentos de adopción o cesión de custodia asignada por los tribunales para cuidado de crianza.
8) Formulario de baja de la escuela anterior
• Trámites debe acompañar al niño(a) cuando se transfiere durante el año escolar (sólo es necesario cuando se transfiere de una escuela de Arizona). ***Tenga en cuenta*** - Debe tener la forma de retiro antes de inscribir a su estudiante.
9) Boleta de calificaciones
• Puede solicitarse para la ubicación del alumno(a).

[1]*Tiene 30 días para proveer al Distrito Escolar Litchfield una copia del acta de nacimiento (ARS 15-828) y su recibo actual de gas o electricidad.*
[2] *No podemos inscribir a su hijo(a) en la escuela hasta que tengamos comprobantes de vacunas al corriente (ARS 15-872).*
Su hijo empezará la escuela al día siguiente, si el proceso de registro se completa antes de las 10:00 am.

Distrito Escolar Litchfield #79
Calendario Escolar 2020-2021

HORARIO DE VISITAS DE ORIENTACIÓN A LAS ESCUELAS

Lunes 3 de agosto y martes 4 de agosto de 2020
Casa abierta virtual

Julio del 2020						
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	♦	♦	●	●	●	

Agosto del 2020						
						1
2	●	●	🔔	**6**	**7**	8
9	**10**	**11**	**12**	**13**	~~14~~	15
16	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	22
23	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	29
30	**31**					

Septiembre del 2020						
		1	**2**	**3**	**4**	5
6	☺	**8**	**9**	**10**	**11**	12
13	**14**	**15**	**16**	**17**	~~18~~	19
20	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	26
27	**28**	**29**	**30**			

Octubre del 2020						
				1	♒	3
4	☺	☺	☺	☺	☺	10
11	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	17
18	**19**	**20**	**21**	**22**	~~23~~	24
25	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**

Noviembre del 2020						
1	**2**	**3**	**4**	**5**	~~6~~	7
8	**9**	**10**	☺	**12**	**13**	14
15	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	21
22	**23**	**24**	☺	☺	☺	28
29	**30**					

Diciembre del 2020						
		1	**2**	**3**	**4**	5
6	**7**	**8**	**9**	**10**	~~11~~	12
13	**14**	**15**	~~16~~	~~17~~	~~18~~	19
20	☺	☺	☺	☺	☺	26
27	☺	☺	☺	☺		

Enero del 2021						
					☺	2
3	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	9
10	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	16
17	☺	**19**	**20**	**21**	**22**	23
24	**25**	**26**	**27**	**28**	~~29~~	30

Febrero del 2021						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	6
7	**8**	**9**	**10**	**11**	~~12~~	13
14	☺	**16**	**17**	**18**	**19**	20
21	**22**	**23**	**24**	**25**	~~26~~	27
28						

Marzo del 2021						
	1	**2**	**3**	**4**	♒	6
7	☺	☺	☺	☺	☺	13
14	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	20
21	**22**	**23**	**24**	**25**	~~26~~	27
28	**29**	**30**	**31**			

Abril del 2021						
				1	**2**	3
4	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	10
11	**12**	**13**	**14**	**15**	~~16~~	17
18	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	24
25	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	

Mayo del 2021						
						1
2	**3**	**4**	**5**	**6**	~~7~~	8
9	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	15
16	**17**	**18**	**19**	★	⊗	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Junio del 2021						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

LOS DIAS DE ASISTENCIA SE INDICAN CON NEGRILLAS

Fechas Importantes

🔔	**Ago. 5**	**1° día de asistencia, todos los alumnos**
☺	Sep. 7	Día del trabajo
☺	Oct. 5-9	Vacaciones de otoño
☺	Nov. 11	Día de los veteranos
☺	Nov. 25-27	Día de acción de gracias
☺	Dic. 21-Ene. 1	Vacaciones de invierno
☺	Ene. 18	Natalicio de M. L. King
☺	Feb. 15	Día de los presidentes
☺	Marzo 8-12	Vacaciones de primavera
★	Mayo 20	Promoción del 8° grado
⊗	**Mayo 21**	**Último día de asistencia**

FECHAS DE LAS PRUEBAS DEL ESTADO: PENDIENTES

♒ **Períodos**

5 de agosto a 2 de octubre	42 días
12 de octubre al 18 de dic.	46 días
4 de enero al 5 de marzo	42 días
15 de marzo al 21 de mayo	50 días

♦ Orientación para maestros nuevos
27-28 de julio

● Orientación para todos los maestros
29 a 31 de julio, 3 a 4 de agosto

Capacitación de personal - No hay asistencia
12 de febrero

Media jornada por capacitación de maestros. Salida temprana: 8/14, 9/18, 10/23, 11/6, 12/11, 2/26, 3/26, 4/16, 5/7

Media jornada por juntas de padres y maestros. Salida temprana: 12/16, 12/17, 12/18, 1/29

Horario de salida temprana: BRE, LES, MPE, PVE, RSF, VES - 12:25pm; CSE y DSE - 1:00pm; SLE - 1:05pm; BSES y VHES - 1:15pm; LTHMS, WSMS y WCMS - 1:50pm; WTLC - 12:25pm (K-5) y 1:05pm (6-8); VMS - 2:00pm

Último día de asistencial (5/21/21): BRE, LES, MPE, PVE, RSF, VES - 10:55am; CSE y DSE - 11:30am; SLE - 11:35am; BSES y VHES - 11:45am; LTHMS, WSMS y WCMS - 12:20pm; WTLC - 10:55am (K-5) y 11:35am (6-8); VMS - 12:30pm

DÍAS DE ASISTENCIA PARA LOS ALUMNOS: 180 **DÍAS LABORABLES PARA LOS MAESTROS: 186**

GB Approved 10/15/19 Revised 1/14/2020 Revised 7/21/2020 Revised 9/8/2020

Distrito Escolar Litchfield #79
Calendario Escolar 2020-2021

DÍAS ESPECIALES

1.	Días de orientación para maestros de nuevo ingreso	Lunes 27 y martes 28 de julio
2.	Días de orientación para todos los maestros	Miér. 29 a viernes 31 de julio y lunes y martes, agosto 3-4
3.	**Casa Abierta - Virtual**	Lunes 3 de agosto y martes 4 de agosto
4.	Primer día de asistencia para los alumnos (La educación a distancia)	Miér. 5 de agosto
5.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 14 de agosto
6.	Día del trabajo: **no hay asistencia**	Lunes 7 de septiembre
7.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 18 de septiembre
8.	Día 40°	Miér. 30 de septiembre
9.	Vacaciones de otoño: **no hay asistencia**	**Una semana**, 5 al 9 de octubre
10.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 23 de octubre
11.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 6 de noviembre
12.	Día de los veteranos, **no hay asistencia**	Miér. 11 de noviembre
13.	Día de acción de gracias: **no hay asistencia**	Miér. 25 al viernes 27 de noviembre
14.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 11 de diciembre
15.	Juntas de padres y maestros: **salida temprana** **	Miér. a viernes, 16-18 de diciembre
16.	Vacaciones de invierno: **no hay asistencia**	**Dos semanas**, 21 de dic. al 1 de enero
17.	Natalicio de Martin Luther King: **no hay asistencia**	Lunes 18 de enero
18.	Día 100	Miér. 20 de enero
19.	Juntas de padres y maestros: **salida temprana** **	Viernes 29 de enero
20.	Capacitación de maestros: **no hay asistencia**	Viernes 12 de febrero
21.	Día de los presidentes: **no hay asistencia**	Lunes 15 de febrero
22.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 26 de febrero
23.	Vacaciones de primavera: **no hay asistencia**	**Una semana**, 8 al 12 de marzo
24.	Capacitación de maestros: **salida temprana** ***	Viernes 26 de marzo
25.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 16 de abril
26.	Capacitación de maestros: **salida temprana** **	Viernes 7 de mayo
27.	Ceremonia de promoción de 8°: BSES, LTHMS, VMS, VHES, WSMS, WCMS	Jueves 20 de mayo
28.	Último día de asistencia: salida temprana ***	Viernes 21 de mayo
29.	Número total de días de asistencia	Alumnos - 180 días, maestros - 186

Horario de salida temprana:

****Media jornada por capacitación y juntas con los padres:** BRE, LES, MPE, PVE, RSF, VES - 12:25pm; CSE y DSE - 1:00pm; SLE - 1:05pm; BSES y VHES - 1:15pm; LTHMS, WSMS y WCMS - 1:50pm; WTLC - 12:25pm (K-5) y 1:05pm (6-8); VMS - 2:00pm

*****Último día de asistencia (5/21/21):** BRE, LES, MPE, PVE, RSF, VES - 10:55am; CSE y DSE - 11:30am; SLE - 11:35am; BSES y VHES - 11:45am; LTHMS, WSMS y WCMS - 12:20pm; WTLC - 10:55am (K-5) y 11:35am (6-8); VMS - 12:30pm

DISTRITO ESCOLAR LITCHFIELD #79
2020/2021 Forma de inscripción del estudiante

PARA USO DE LA OFICINA Date entered in SMS _____Date withdrawn from SMS _____
School Year_____ First Day of Attendance _____Entry Code _____ Grade_____
Student ID Number_____EdFi Number _____Area of Residency_____
Birth Record Yes [ ] No [ ] Immunization Record Yes [ ] No [ ] Proof of Residency Yes [ ] No [ ]

[ ]Barbara B. Robey [ ]Belen Soto [ ]Corte Sierra [ ]Dreaming Summit [ ]Litchfield [ ]L. Thomas Heck [ ]Mabel Padgett
[ ]Palm Valley [ ]Rancho Santa Fe [ ]Scott Libby [ ]Verrado Elementary [ ]Verrado Heritage [ ]Verrado Middle [ ]Western Sky
[ ]White Tank Learning Center [ ]Wigwam Creek

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE ¿Ha su hijo(a) asistido Al Distrito Escolar Litchfield? Sí [ ] No [ ]
Nombre del niño(a) como aparece en acta de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido paterno
La etnia de Niño: Marque uno [ ] Hispano [ ] No Hispano Sexo: F [ ] M [ ]
Raza de niño:[ ]Blanco [ ]Negro [ ]Asia [ ]Los indios americanos/Nativo de Alaska [ ]Isleño pacífico/Nativo de Hawai

nativo Nombre tribal: _____ Nombre por el cual se llama al niño(a):_____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____Estado: ____Código postal:_____ Teléfono Principal:_____no directorio: [ ]

Dirección postal (PO Box solamente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Niño(a): Fecha de nacimiento:_____ Edad:_____

Edad requerida para el kínder: El niño(a) debe cumplir los 5 años antes del 1 de septiembre.
Edad requerida para el 1º grado: El niño(a) debe cumplir los 6 años antes del 1 de septiembre

Nombre del tutor legal si no es el padre: _____ Parentesco: _____

¿Documentación legal en expediente? Sí [ ] No [ ] ¿Es hijo(a) de crianza? Sí [ ] No [ ]

INFORMACIÓN SOBRE EL NACIMIENTO Ciudad y estado:_____ País:*_____
*Si no nació en los Estados Unidos, ¿cuánto tiempo ha vivido aquí? _____
*¿Dejó su país de origen debido a persecución política o religiosa? Sí [ ] No [ ]
¿Trabaja algún miembro de su familia en la industria agrícola o ganadera? Sí [ ] No [ ]

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS Número de hermanas: _____ Número de hermanos: _____

Nombre:	Edad (2 a 14):	Escuela (incluya todos los niños de 2 a 14 años de edad):

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR
¿Asistió el niño(a) a alguno de estos programas? **Educación Especial**: Si [ ] No [ ] **Cualificado dotado**: Si [ ] No [ ]
Habla: Si [ ] No [ ] **ELL**: Si [ ] No [ ]
Nombre de la última escuela a la que asistió el niño(a):_____ Grado:_____
¿Cuántos años en esta escuela?_____
Dirección postal:_____ Teléfono:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

DISTRITO ESCOLAR LITCHFIELD #79

2020/2021 Forma de inscripción del estudiante

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y EMERGENCIA (En caso de emergencia, siempre nos comunicamos primero con los padres)

El niño vive con: [ ] La madre [ ] El padre [ ] La madrastra [ ] El padrastro
[ ] Madre de crianza [ ] Padre de crianza [ ] Tutor(a) [ ] Otro(a):

Nombre de la madre o tutora: _____Activo o Reserva
Primer nombre Apellido paterno Un círculo

Domicilio de la madre o tutora _____

Ciudad: _____Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico _____

Lugar de empleo de la madre o tutora: _____

Tel. del empleo de la madre o tutora: _____ Extensión:_____ Celular:_____

Nombre del padre o tutor: _____Activo o Reserva
Primer nombre Apellido paterno Un círculo

Domicilio del padre o tutor: _____

Ciudad: _____Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico _____

Lugar de empleo del padre o tutor:_____

Tel. del empleo del padre o tutor: _____ Extensión:_____ Celular _____

Personas de Contacto aparte de padres/guardian, serán consideradas de tener su autorización para llevar a su niño/a a la escuela y/o disfrutar de un almuerzo, visita de salon, o cualquier otra actividad no-voluntaria en el campus sin una autorización adicional o ponerse en contacto con usted. **Los contactos deben ser mayores de 18 años.**

Firma: _____

_____
Nombre de la 1ª persona para comunicarse Parentesco con el niño(a) Núm. de teléfono

_____
Nombre de la 2ª persona para comunicarse Parentesco con el niño(a) Núm. de teléfono

_____
Nombre de la 3ª persona para comunicarse Parentesco con el niño(a) Núm. de teléfono

_____
Nombre de la 4ª persona para comunicarse Parentesco con el niño(a) Núm. de teléfono

INFORMACIÓN ADICIONAL

Escriba sus iniciales: ____En caso de que mi hijo(a) olvide entregar un permiso para ir a una excursión escolar, el personal de la escuela puede comunicarse conmigo al tel._____ para verificar que mi hijo(a) tiene permiso de asistir.

Escriba sus iniciales: ____El permiso para que la foto de mi nino(a) aparezca en lanzamientos de prensa relacionados con la escuela, tales como uso en impresiones del districto/escuela o publicaciones electronicas, incluyendo sitios web del districto/escuela, o para el uso de la impresion local/regional, emisiones o medios de comunicacion de noticias en linea. Sí [ ] No [ ]*

* Si no, ¿se permiten fotos del anuario? Sí [ ] No [

Como padre / tutor del estudiante, doy fe de que soy residente del estado de Arizona. Al firmar este documento, afirmo que la información suministrada es verdadera y precisa.

Firma del padre o tutor:_____ Parentesco con el niño(a):_____ Fecha:_____

LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us

"A Stronger Mind for a Stronger Future"

Retención y Promoción de los Alumnos

Nombre del alumno(a):_____

El Distrito seguirá la recomendación de la escuela anterior respecto a la retención o promoción del alumno. Nosotros no retenemos a los alumnos debido a motivos personales de los padres.

- Si recibimos documentos de la escuela anterior que indican que el alumno fue retenido, inscribiremos a su hijo(a) en el grado anterior.
- Si recibimos expedientes de la escuela anterior que indican que su alumno fue promovido, inscribiremos a su alumno en el siguiente grado.

¿Ha sido retenido su hijo? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido su hijo promovido a un grado más avanzado que el que corresponde a su edad?

☐ Sí ☐ No

Si contestó afirmativamente a una de estas preguntas, sírvase llenar el resto de este formulario.

Escuela anterior: _____

Domicilio de la escuela anterior: _____
_

Grado de retención o promoción: _____

Motivo de la retención o promoción: _____

_____

_____

Firma del padre, madre o tutor:_____ Parentesco:_____Fecha: _____

Distrito Escolar Litchfield #79

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

[ ]Barbara B. Robey [ ] Belen Soto [ ]Corte Sierra [ ]Dreaming Summit [ ]Litchfield [ ]L. Thomas Heck [ ]Mabel Padgett
[ ]Palm Valley [ ]Rancho Santa Fe [ ]Scott Libby [ ]Verrado Elementary [ ]Verrado Heritage
[ ]Verrado Middle [ ]Western Sky [ ]White Tank Learning Center [ ]Wigwam Creek

Este cuestionario tiene el propósito de abordar la Ley de Mejoramiento de Asistencia Educativa para las Personas sin Hogar McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Sus respuestas a esta información sobre la vivienda ayudarán a definir la elegibilidad del estudiante para recibir ciertos servicios.

1. ¿Es su vivienda actual un alojamiento temporal? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Este alojamiento temporal se debe a que perdió su vivienda o a dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Es este acuerdo de vida temporal debido a la atención de crianza temporal o la colocación en el hogar de grupo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.
Si contestó NO, pare aquí.

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque una casilla)

- ☐ En un motel
- ☐ En un albergue
- ☐ Con más de una familia en una casa o departamento
- ☐ Se muda de un lugar a otro
- ☐ En un lugar que normalmente no se usa para dormir tal y como un carro, el parque o un sitio para acampar.

Nombre del estudiante:_____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

☐ Niño ☐ Niña Núm. de Seguro Social:_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Edad:_____ Grado:_____
(Mes/ día / Año)

Nombre del padre(s) o tutor(es) legal:_____

Domicilio: _____

Ciudad y estado:_____ Apartado Postal: _____ Tel.: _____

Firma del padre o tutor legal:_____ Fecha: _____

Al presentar documentos falsos o falsificando documentos y/o mintiendo sobre donde vive, violará una ley Federal

Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA)**. Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. **¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

   _____

2. **¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

   _____

3. **¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

   _____

Distrito

Nombre del estudiante_____ Núm. de identificación_____

Fecha de nacimiento _____ SSID_____

Firma del padre o tutor_____ Fecha_____

Distrito o Charter_____

Escuela_____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)

LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us

"A Stronger Mind for a Stronger Future"

MEDICATION GUIDELINES

[ ]Barbara B. Robey	[ ]Litchfield	[ ]Scott L. Libby	[ ]Western Sky
[ ]Belen Soto	[ ]Corte Sierra	[ ]Mabel Padgett	[ ]Verrado ES
[ ]White Tank LC	[ ]Dreaming Summit	[ ]Palm Valley	[ ]Verrado Heritage
[ ]Wigwam Creek	[ ]L. Thomas Heck	[ ]Rancho Santa Fe	[ ]Verrado MS

Nombre del niño(a)::_____Maestro(a) del aula (si se aplica):_____

La Mesa Directiva considera que los medicamentos deben administrarse en el hogar. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, es de mayor provecho educativo y de salud que el alumno(a) tome sus medicamentos durante las horas de clases. Traiga el medicamento de su hijo(a) al centro de salud. No envíe medicamentos a la escuela con su hijo(a).

Solicitamos atentamente su cooperación respecto a la administración de medicamentos en la escuela. Debido a la responsabilidad que se asigna al personal para administrar los medicamentos correctos, les suplicamos que cumplan con los requisitos siguientes:

1) Todos los medicamentos que requieren receta médica y que fueron recetados por el doctor, con excepción de antibióticos de corto plazo (menos de dos semanas), deben acompañarse por una orden escrita del doctor en el formulario indicado (consentimiento para administrar medicamentos en la escuela) el cual debe firmarse y entregarse a la escuela antes de que el personal pueda administrar el medicamento. El consultorio del doctor puede enviar los formularios por fax a la escuela.

2) Los medicamentos que se toman dos o tres veces al día no deben administrarse en la escuela a menos de que el doctor ordene que deben administrarse durante las horas de clase. Los medicamentos que deben tomarse cuatro veces al día pueden ser administrados en la escuela.

3) Debe presentarse una nueva orden por escrito para realizar cambios al medicamento. Una nota del recetario del doctor es suficiente para realizar cambios a la dosis.

4) UN PADRE DE FAMILIA O TUTOR DEBE FIRMAR LA SOLICITUD PARA DAR MEDICAMENTOS.

5) Los medicamentos deben traerse a la escuela en un recipiente de la farmacia debidamente etiquetado. Es una buena idea pedirle al farmacólogo que etiquete tres recipientes: uno para la escuela, uno para que su hijo(a) lo traiga consigo en un paseo y uno para tener en casa, tal y como lo recomienda el Consejo Estatal de Farmacéuticos.

6) El ALUMNO(A) tiene la responsabilidad de ir al Centro de Salud o con la persona adecuada para tomar su medicamento.

7) El personal de la escuela administrará medicamentos de venta libre a los alumnos como se necesite por un máximo de cinco días siempre y cuando tengan un formulario de administración de un medicamento en la escuela y que tenga la firma del padre o tutor. Esto previene que el uso del medicamento no disimule los síntomas de una condición grave en el alumno(a). Es necesario tener una orden del médico para administrar el medicamento de venta libre durante más de cinco días.

8) Los padres de familia tienen la responsabilidad de proporcionar medicamentos para excursiones de más de un día.

9) Le agradeceremos que recoja los medicamentos sobrantes a más tardar el último día de asistencia del ciclo escolar en curso. Se desecharán los medicamentos que no sean recogidos para el término del ciclo escolar.

10) Se requiere una nueva forma de permiso para cada ciclo escolar.

Si tiene alguna pregunta respecto a esta política, comuníquese con la Coordinadora de Salud en la escuela de su hijo(a).

Firma del padre de familia o tutor legal: _____Fecha:_____

LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us

"A Stronger Mind for a Stronger Future"

Un permiso por escrito es necesario antes de que podamos administrar algún medicamento a su hijo(a). Si no se cuenta con un permiso por escrito, es permisible obtener un permiso verbal para cada episodio. El permiso por escrito es válido para el ciclo escolar en curso. Si tiene alguna pregunta respecto a los medicamentos en la escuela, tenga la amabilidad de comunicarse con el Centro de Salud de su escuela.

Complete este formulario y devuelva la parte inferior al Centro de Salud de la Escuela

2020/2021

Nombre del niño(a)::_____ Grado:_____

Maestro(a) del aula (si se aplica):_____

En caso de un accidente o enfermedad menores, otorgo permiso para que mi hijo(a) reciba cualquiera de los medicamentos siguientes. Pueden administrarse a mi hijo(a) los medicamentos marcados **SÍ.**

Sí	**No**	
_____	_____	Paracetamol (Tylenol para dolores de cabeza, cólicos menstruales, etc.)
_____	_____	Ibuprofeno (Motrin para dolores de cabeza, cólicos menstruales, etc.)
_____	_____	Antiácido (dolor de estómago)
_____	_____	Pastillas o grajeas para la garganta (dolor de garganta)
_____	_____	Gárgaras de agua salada (dolor de garganta)
_____	_____	Caladryl (picaduras de insecto y comezón)
_____	_____	Protector labial o vaselina (labios partidos)
_____	_____	Benadryl (Antihistamínico para reacciones alérgicas, etc.)

Se les informa que se aplicarán otras alternativas de atención antes de que se administren medicamentos. Tenga en cuenta cualquier alergia conocida o condiciones de salud crónicas.

Nombre del Médico_____ Teléfono del Médico_____

Alergias: Comida _____

Medicación _____

Otro_____

Condición de salud crónica (s)_____

Tomando medicamentos (por favor escriba): _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Por favor, póngase en contacto con su enfermera de la escuela para discutir cualquier pregunta o preocupación.

LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us
"A Stronger Mind for a Stronger Future"

ESTUDIANTE DE HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del niño(a)::_____ Grado:_____

Maestro(a) del aula (si se aplica):_____

Historia de Salud del Estudiante							
Indique a continuación si su hijo(a) tuvo alguna a lo siguiente. En caso afirmativo, por favor indique la edad del niño(a) en el momento. edad edad edad edad							
☐ artritis		☐ Eczema		☐ Escoliosis / curvatura de la columna		☐ escarlatina	
☐ asma		☐ Epilepsia / Convulsiones		☐ problemas estomacales		☐ Mononucleosis	
☐ Bronquitis / Neumonía		☐ Las preocupaciones del corazón		☐ Strep / Amigdalitis		☐ crup	
☐ varicela		☐ Hepatitis		☐ Tuberculosis		☐ tos ferina	
☐ fibrosis quística		☐ enfermedad renal		☐ Infecciones del tracto urinario		☐ neumonía	
☐ diabetes		☐ Migrañas		☐ Fiebre del Valle		☐ Concusión	
☐ paperas		☐ Fiebre reumática		☐ TDAH		☐ Problemas de movilidad	
☐ Historia de las cirugías		☐ Ansiedad		☐ otro			

Por favor, responda "Sí" o "No" a las siguientes preguntas:

☐ Si	☐ N	¿Está el estudiante recibiendo tratamiento por algún problema físico?	☐ Si	☐ N	¿Usa el niño(a) anteojos / lentes de contacto?
☐ Si	☐ N	¿El niño(a) ha tenido un accidente o lesión que requiera hospitalización o cirugía?	☐ Si	☐ N	¿Tiene el niño(a) otros problemas de visión?
☐ Si	☐ N	¿El niño(a) ha roto algún hueso?	☐ Si	☐ N	¿El niño(a) tiene una pérdida de audición?
☐ Si	☐ N	¿Existen comportamientos importantes que pueden afectar el rendimiento de este niño(a) en la escuela o que puedan ser de su interés?	☐ Si	☐ N	¿Usa el niño(a) un audífono?

HISTORIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA			
☐ diabetes	☐ enfermedad del corazón	☐ hemofilia	☐
☐ Fiebre reumática	☐ Convulsiones	☐ Anemia	☐
☐ Los defectos de nacimiento	☐ cáncer	☐ otro	☐

Por favor explique cualquier Respuestas "Sí"	

OTRAS INFORMACIONES
Audición y examen de la vista será administrada como es requerido por las normas estatales.
NOTA: *En caso de enfermedad o lesión grave, su hijo será llevado al hospital en ambulancia si es necesario. El tratamiento de emergencia se proporcionará hasta que el padre y / o tutor puede ser contactado. Los gastos de transporte y / o tratamiento de emergencia es responsabilidad de los padres y / o tutor legal.*
Por favor escriba Padre / Tutor Nombre Legal: _____ Firma del Padre / Tutor: _____ fecha _____

LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
272 East Sagebrush Street • Litchfield Park, Arizona 85340 • 623.535.6000 • Fax 623.935.1448 • www.lesd.k12.az.us
"A Stronger Mind for a Stronger Future"

AUTHORIZATION AND PERMISSION TO RELEASE MEDICAL, EDUCATIONAL AND/OR SPECIAL EDUCATION RECORDS

Student_____DOB_____ Grade_____
Previous School Attended _____
Address (Previous School)_____
City/State/Zip (Previous School)_____
Phone Number (Previous School)_____ Fax Number_____

In compliance with the Family Education Rights and Privacy Act of 1974, I authorize the release of my child's school records, including gifted, educational, medical, social or special education information to the Litchfield Elementary School District.
Signature _____ Date _____
Relationship to Child _____

PLEASE SEND RECORDS, *EXCEPT SPECIAL EDUCATION*, FOR ALL SCHOOLS TO:
LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
ATTN: STUDENT INFORMATION DEPT.
272 E Sagebrush, LITCHFIELD PARK, AZ 85340
PHONE: 623-535-6048
FAX NUMBER: 623-535-0444 (Do not fax records that are over 5 pages – do not send general education records to the Special Education Dept.)

[ ] **Barbara B. Robey Elementary School**
Phone: 623-547-1400

[ ] **Belen Soto Elementary School (K-8)**
Phone: 623-547-3400

[ ] **Corte Sierra Elementary School**
Phone: 623-547-1000

[ ] **Dreaming Summit Elementary School**
Phone: 623-547-1200

[ ] **Litchfield Elementary School**
Phone: 623-535-6100

[ ] **L. Thomas Heck Middle School**
Phone: 623-547-1700

[ ] **Mabel Padgett Elementary School**
Phone: 623-547-3200

[ ] **Palm Valley Elementary School**
Phone: 623-535-6400

[ ] **Rancho Santa Fe Elementary School**
Phone: 623-535-6500

[ ] **Scott L. Libby Elementary School**
Phone: 623-535-6200

[ ] **Verrado Elementary School**
Phone: 623-547-1600

[ ] **Verrado Heritage Elementary School (K-8)**
Phone: 623-547-3300

[ ] **Verrado Middle School**
Phone: 623-547-1300

[ ] **Western Sky Middle School**
Phone: 623-535-6300

[ ] **Wigwam Creek Middle School**
Phone: 623-547-1100

PLEASE ONLY SEND SPECIAL EDUCATION RECORDS FOR *ALL* SCHOOLS TO:
LITCHFIELD ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
ATTN: SPECIAL EDUCATION DEPT.
272 E Sagebrush, LITCHFIELD PARK, AZ 85340
PHONE: 623-535-6066
FAX NUMBER: 623-935-3715

[ ] Special Education Records
My child is currently receiving special education services in the following area(s)
[ ] Special Education Resource [ ] Special Education Self-Contained [ ] Speech [ ] ELL [ ] Title I