

Master Pupil Form

Apellido del estudiante: _____ Nombre de pila: _____ Apodo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____ Género: Male ☐ Female ☐

Raza: Indio Americano ☐ Asiático ☐ Norteamericano de origen africano ☐ Nativo de Havai o isleño de pacific ☐ Caucásico ☐

Etnicidad: Hispano ☐ No-Hispano ☐

Escuela actual: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Grado: _____

Escuela preparatoria más cercana a su hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Coloque una marca de verificación junto a los programas que se encuentran en:

Dotados y Talentosos ☐ Educación Especial ☐ ESL/LEP/Bilingüe ☐ Sección 504 ☐ Migrante ☐

*Si la casilla correspondiente no está seleccionada, su hijo/hija no puede recibir los servicios.

Información de los Padres/Tutores

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Nombre de madre/tutora: _____ Teléfono: _____

Oficio: _____ Empleador: _____

Email(s): _____

Información en caso de emergencia

Nombre(s) de la(s) persona(s) en caso de emergencia:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Nombre(s) de la(s) persona(s) que están autorizado(s) a llevar a su hijo/hija:

1: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

2: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

3: _____ Relación a alumno: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Contrato de Responsabilidades Compartidas

Los estudiantes, padres y todo el personal comparten la responsabilidad por el aprendizaje del estudiante. Al leer y firmar este convenio de responsabilidades compartidas, podemos entender mejor como cada uno contribuye al éxito de los estudiantes.

Altos Estándares y Expectativas

Estudiante	Padre/Tutor	Science Academy
-Voy a venir a clase a tiempo y preparado para aprender sobre una base diaria y permanecer a lo largo de todo el horario escolar programado -Voy a asumir la responsabilidad de mi aprendizaje -Voy a ser un aprendiz activo -Voy a mirar hacia adelante para construir y equilibrar los requisitos educativos y oportunidades de formación profesional	-Voy a asegurarme de que mi hijo asista a la escuela a tiempo todos los días, preparado para aprender y tenga el tiempo de sueño adecuado, la nutrición y la ropa -Voy a supervisar la tarea, el progreso académico y la asistencia -Voy a ayudar a mi hijo a cumplir sus metas a corto y largo plazo	-Vamos a proporcionar un ambiente acogedor -Vamos a establecer un alto nivel de rendimiento de los estudiantes -Vamos a ofrecer un plan de estudios académicos e instrucción de calidad.

Aprendizaje

Estudiante	Padre/Tutor	Science Academy
-Voy a maximizar las oportunidades de entender el material, utilizando, estrategias que mejor apoyen mi estilo de aprendizaje -Voy a aportar mis ideas y habilidades para mi aula, la escuela y la comunidad -Voy a aplicar y practicar lo que he aprendido -Voy a asumir la responsabilidad de completar y entregar mis tareas a tiempo -Voy a utilizar los recursos que están disponibles para ayudar a mi aprendizaje (tutorías, centro de asesoramiento, etc.)	-Ayudare a mi hijo sacar provecho de su estilo de aprendizaje y habilidades -Voy a ofrecerme para compartir capacidades y ayudar en los retos a los que mi hijo tenga -Voy a ayudar a mi hijo a aprender habilidades para la vida: la planificación, la autosuficiencia, el establecimiento de metas y toma de decisiones -Apoyaré la terminación oportuna de tareas y trabajos escolares -Me aseguraré de que el trabajo escolar sea la máxima prioridad	-Vamos a ofrecer instrucción apropiada sobre la base de los Estándares del Estado de Texas, el plan de estudios del distrito, y los estilos de aprendizaje de los estudiantes -Vamos a hacer que el aprendizaje sea una experiencia agradable - Comunicaremos las aplicaciones prácticas de cada materia. -Haremos que los estudiantes sean responsables de terminar sus tareas con calidad -Tomaremos las intervenciones adecuadas

Ambiente Escolar Positivo

Estudiante	Padre/Tutor	Science Academy
-Voy a respetar los derechos personales y de propiedad de mi mismo y los demás -Voy a comportarme de manera responsable y vestirme apropiadamente -Voy a informar a un adulto acerca de la intimidación, el acoso y el comportamiento inseguro -Yo sabré cómo mantenerme a salvo y libre de drogas -Seré responsable con mis publicaciones en las redes sociales. - Seguiré promoviendo y siguiendo un entorno de aprendizaje libre de armas.	-Voy a hablar con mi hijo sobre el respeto a las personas y los bienes - Voy a establecer el comportamiento positivo y las expectativas de vestimenta, y reforzar las políticas escolares. -Hablaré con mi hijo acerca de la intimidación, el acoso, la presión social, la seguridad y el comportamiento libre de drogas. -Supervisaré las publicaciones y los comentarios de mi hijo en las redes sociales. -Me aseguraré de que el acceso a las armas en el hogar no sea fácil acceso para mi hijo.	-Vamos a tratar a los estudiantes y padres de familia con respeto - Se comunicarán claramente las expectativas de conducta en la escuela a los estudiantes y padres de familia -Tomaremos las medidas necesarias para prevenir la intimidación y el acoso -Promoveremos escuelas seguras y libres de drogas

Comunicación

Estudiante	Padre/Tutor	Science Academy
-Voy a prestar atención a la información y pedir ayuda cuando sea necesario -Voy a colaborar con todo el mundo mediante la manteniendo el respeto por mí mismo y por todas las personas de una forma madura. -Seré un buen mensajero entre el hogar y escuela	-Voy a utilizar fuentes de información (planificadores, boletines, correos electrónicos, sitios web) para mantenerme al día con los temas y actividades escolares. -Voy a participar en las actividades de la escuela, conferencias de padres y maestros, y otras actividades de participación.	-Vamos a mantener una comunicación regular con los padres, incluyendo el progreso del estudiante -Se fomentará la participación de padres y estudiantes en actividades de clase y la escuela -Vamos a programar y llevar a cabo conferencias regularmente con los padres.

Compromiso

Estudiante	Padre/Tutor	Science Academy
-Se que mi éxito en la escuela se basa en mi responsabilidad y dedicación. Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores como se establece	-Reconozco el compromiso que mi hijo ha hecho. Estoy a favor de sus esfuerzos -Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores ya establecidos	-Contamos con el objetivo de inspirar y permitir a los estudiantes a alcanzar su máximo potencial a través de experiencias desafiantes y gratificantes. Acordamos en todos los términos establecidos.

Firma del Estudiante

Firma del Padre/Tutor

Firma del Director

Fecha

Fecha

Fecha

Eric Gutierrez
6/14/2022

Exhibit 1B Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire in Spanish

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ **Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- ☐ **No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- ☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- ☐ **Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **Negro o Africano-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- ☐ **Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:

- ☐ Hispanic / Latino
☐ Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White

Observer signature:

Campus and Date:

Agencia de Educación de Texas – Septiembre 2017



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12

FORMULARIO DE INFORMACION

Nombre de Estudiante: _____

Grado: _____

Yo certifico que soy el padre o tutor de _____, y los siguientes son mis opciones con respecto a la información relacionada con mi hijo. **Por favor, indique sus opciones al marcar en las líneas apropiadas**

Directorio de Información:

El distrito de South Texas ISD divulga **cualquier** información designada como información de directorio sobre mi hijo sin mi consentimiento previo, por escrito

Seleccione una respuesta:

_____ SI o _____ NO

Reclutador Militar/Institución de Educación Superior

Escriba sus iniciales debajo de su elección con respecto a la divulgación de información específica de estudiantes a los reclutadores militares o instituciones de educación superior sin su consentimiento previo.

_____ SI _____ NO Doy permiso al distrito para liberar la siguiente información de mi hijo/hija NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO A INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR

Información Patrocinada por la escuela:

Por la presente certifico por mis iniciales abajo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la divulgación de información del directorio estudiantil para uso en relación con la inclusión o en los siguientes designados artículos patrocinados por la escuela:

_____ ANUARIO DE ESTUDIANTE

_____ BOETINES DE DISTRITO

Medios de Permiso:

_____ SI _____ NO: Por la presente **OTORGO** permiso para usar el nombre de mi hijo, imagen y/o comentarios en los materiales (televisión, video, world-wide web, audio y medios impresos) que se utilizan para promover los programas escolares, los estudiantes reclutar nuevos y / o dispensar información pública sobre el sur de Texas ISD.

Nombre del Padre / Tutor

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Aviso Oficial de Asistencia

Nombre de Estudiante: _____ **Grado:** _____

Código de Educación de Texas Sección 25.093: Padres Que Contribuyen a Falta de Asistencia Establece que si un padre con negligencia criminal no exige que su hijo/a asista a la escuela como requiere la ley, y su hijo/a es ausente a la escuela a diez o más días o partes de días en un plazo de seis meses en el mismo año escolar o en tres o más días o partes de días dentro de un período de cuatro semanas, el padre comete un delito.

Código de Educación de Texas Sección 25.094: No Asistir a la Escuela Establece que, si un estudiante es ausente a la escuela sin excusa a diez o más días o a partes de días dentro de un plazo de seis meses durante el mismo año escolar o a tres o más días o partes de días dentro de un plazo de cuatro semanas, el distrito escolar deberá presentar una denuncia contra el estudiante en un tribunal de justicia o un tribunal municipal.

No cumplir con el requisito de asistencia bajo el Código de Educación de Texas podría resultar en procesamiento. Este delito es considerado un delito Menor de Clase C y sujeto a una multa que no exceda \$500.00. Cada día su hijo permanece fuera de la escuela puede constituir un delito separado.

Para recibir crédito para una clase, el estudiante debe asistir al lo menos **90 por ciento de los días** cual esa clase se reunió. El estudiante que asista menos de 90 por ciento del tiempo será referido al Comité de Asistencia. El Comité investigará las razones por las ausencias y determinará si el estudiante podrá recuperar el crédito perdido.

Cuando un estudiante regresa a la escuela después de una ausencia, él/ella debe **entregar una nota a la oficina, fechada y firmada por el padre, que describa la razón de la ausencia**. La nota es necesaria para poder reclasificar la ausencia de "U" (sin excusa) a "A" (con excusa). La ausencia permanecerá "injustificada" si una nota no es entregada dentro de **5 días**. **También, cuando un estudiante sale temprano de la escuela**, aunque los padres hayan otorgado permiso, el estudiante debe entregar una nota que justifique la ausencia. La excusa de un médico es aceptable.

Firma de Padre: _____ Firma de Estudiante: _____



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12

100 MED HIGH DR., MERCEDES, TX 78570

P: 956.565.2454

STISD.NET

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

(STISD solicita que el padre o tutor de cada estudiante que asiste a cualquier escuela de STISD revelen alergias alimenticias del estudiante.)

Este formulario le permite a revelar si su hijo(a) tiene una alergia a los alimentos o alergia alimentaria severa que cree que debe ser revelada a STISD con el fin de tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo(a).

"Alergia alimentaria severa" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Por favor liste cualquier alimento a los cuales su hijo(a) es alérgico o alérgica severa, así como la naturaleza de la reacción alérgica de su hijo(a) para la comida. **Por favor, devuelva este formulario a la Clínica de la enfermera. Si no se devuelve, habrá un entendimiento de que su hijo(a) no tiene alergias alimenticias.**

Alimentos:	Naturaleza de la reacción alérgica a los alimentos:

STISD mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado dentro de las limitaciones de la Acta de los Derechos Educativos de la Familia y la Privacidad y la póliza del distrito.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor (por favor imprima): _____

Date form was received by the school: _____

Acuerdo Sobre el Uso Aceptable del Sistema Electrónico de Comunicación

Se le otorga permiso para utilizar el sistema electrónico de comunicación del Distrito Escolar. No obstante, este privilegio conlleva ciertas responsabilidades. Es importante que lea los lineamientos del Distrito, reglas administrativas y el formulario de convenio y que pida ayuda si no puede entender los reglamentos. El uso inadecuado del sistema resultará en la pérdida del privilegio de uso. Recuerde que la Internet es una base de datos que incorpora innumerables sistemas de información. Existe la posibilidad de que usted encuentre material de contenido para adultos o que sea considerado objetable por usted o sus padres. El Distrito hace uso de la tecnología para restringir el acceso a material ofensivo. No obstante, existe la posible eliminar por completo el acceso a material objetable u ofensivo. Será su responsabilidad seguir los lineamientos para el uso adecuado del sistema.

LINEAMIENTOS DE USO ADECUADO

Tendrá acceso solamente con su cuenta personal de acceso	Su cuenta de acceso será utilizada para propósitos educativos, aún cuando se permite el uso limitado para asuntos personales
Usted será responsable único del uso de su cuenta de acceso, y el Distrito puede suspender o revocar su privilegio de acceso si se violan las reglas y lineamientos	

USOS PROHIBIDOS

Utilizar el sistema para cualquier actividad ilícita	Desactivar o intentar desactivar cualquier filtro de Internet
Comunicaciones codificadas que intenten evadir las medidas de seguridad	Utilizar la cuenta de acceso de otra persona sin permiso previo
Cargar a la red, o divulgar, información personal sobre usted o cualquier otra persona (direcciones y números de teléfono)	Bajar de la red, o utilizar, información privilegiada por derechos de autor sin el previo consentimiento del dueño de los derechos de autor
Cargar o infectar el sistema con programas o virus cibernéticos	Publicar mensajes o ingresar material de naturaleza abusiva, obsceno, de contenido sexual, amenazante, que dañe la reputación de otros, o ilegal
Desperdiciar recursos por medio del uso inadecuado del sistema de cómputo	Intentar ingresar a bases de datos de información restringida y otros recursos

CONSECUENCIAS EN CASO DE USO INADECUADO

Se tomará acción disciplinaria o legal, según el Código de Conducta Estudiantil y las leyes aplicables. Entiendo que mi uso del sistema de cómputo no es privado y que el Distrito vigilará mis actividades en el sistema y he recibido una copia de las reglas y lineamientos administrativos para el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito.

Nombre de Alumno _____ Grado _____ ID _____

Firma de Alumno _____ Fecha _____

He leído las reglas y lineamientos administrativos para el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito. En consideración por el privilegio otorgado y mi hijo/a de utilizar el sistema electrónico de comunicación del Distrito, y en consideración por el privilegio de tener acceso redes de información públicas, libero al Distrito, sus agentes, e instituciones con las cuales está afiliado de cualquier responsabilidad y reclamos o daños de cualquier naturaleza que pudieran surgir por el uso, o inhabilidad de usar, el sistema, incluyendo, sin limitación, el tipo de daño mencionado en las reglas y lineamientos administrativos del Distrito.

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el uso del sistema electrónico de comunicación del Distrito y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

Nombre de Padre (Letra de molde) _____ Fecha _____

Firma del Padre _____ Teléfono _____



Formulario Estudiante Connected Militar 2022-2023

Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo (s) sólo si su hijo cumple con uno de los siguientes criterios.

En 2009, la Legislatura de Texas aprobó el Acuerdo Interestatal en Oportunidad Educativa para estudiantes militares -Código de Educación de Texas Capítulo 162 Esta legislación requiere que las escuelas de reconocer y ampliar ciertos privilegios a los estudiantes que son dependientes de militares y para ayudar a los estudiantes dependientes militares en el proceso de transición de cambiar de escuela cuando sus padres militares son reasignados y obligados a trasladarse.

Nombre del Padre: _____ Firma: _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Por favor, marque una en blanco a continuación para indicar si su niño es un dependiente de un miembro de:

☐ Servicio activo: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera

☐ Guardia Nacional de Texas

☐ Reserva Duty: Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o la Guardia Costera

PERMISO DE PADRES PARA VIAJES ESTUDIANTILES

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

_____ Sí, doy mi permiso para que mi hijo/hija asista

_____ No, no doy mi permiso para que mi hijo/hija asista

a los viajes estudiantiles durante el año escolar del 2022-2023. Si en algún momento no apruebo que mi estudiante viaje, tendré que notificar a la escuela.

A los estudiantes que no entreguen esta forma no se les permitirá participar en los viajes durante el año escolar 2022-2023.

Entiendo que todas las precauciones serán tomadas para prevenir accidentes, por lo tanto, por medio de la presente, libro al distrito escolar *South Texas Independent School District*, así como a todos sus representantes y empleados de cualquier responsabilidad que resulte en un accidente involucrando a mi hijo/hija en durante los viajes. En caso de emergencia, autorizo a un representante del distrito *South Texas Independent School District* para que obtengan ayuda médica para mi hijo/hija.

Nombre del padre (impreso)

Firma

Número de teléfono (contacto) del padre



Always Innovating

**South
Texas ISD**

RIO GRANDE VALLEY | GRADES 6-12

100 MED HIGH DR., MERCEDES, TX 78570

P: 956.565.2454

STISD.NET

ENCUESTA DE FAMILIA



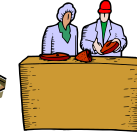
Nombre de estudiante: _____ Grado: _____

Estimados padres,

Para mejorar los servicios educativos de sus hijos, el distrito escolar de South Texas quisiera identificar estudiantes que puedan calificar para recibir servicios educativos adicionales. **Todo la información proporcionada será mantenida confidencial.** Favor de responder a las siguientes preguntas y devolver esta forma a la escuela de su hijo/hija.

O, si prefiere, para más información, llame a: Cynthia Hernandez-Ponce al (956)383-1684

1. Ha cambiado de residencia usted o alguien en su familia dentro de los últimos tres años?
Sí _____ No _____
2. Si usted contesto "Sí" en la pregunta anterior, ¿ha trabajado en la agricultura o en la pesca? (por ejemplo, la labor, fábrica de conservas, explotación de bosques, trabajo en la lechería, o el proceso de carne)
Sí _____ No _____



Si usted contest "Sí" en las dos preguntas anteriores, un representante del distrito escolar quizás se vaya a comunicar con usted para averiguar si su hijo/hija califica para servicios educativos adicionales. Favor de completar la siguiente información:

Nombre de su Hijo/Hija: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Número de teléfono: _____ La mayor hora para localizarlo: _____

Grado: _____ ID#: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Año Escolar: _____
 Día de Inicio: _____

Apellido del Estudiante		Nombre	Segundo Nombre
Dirección		Ciudad	Código postal
Teléfono	# de Emergencia	Nombre	Relación
Nombre de Padre	Ocupación	# de trabajo	# Celular
Nombre de Madre	Ocupación	# de trabajo	# Celular
Medico Familiar		Elección de Hospital	

Autorización médica de emergencia

Por la presente autorizo a los empleados del Distrito administrar medicamentos recetados y sin receta, cuando proporcionada por mí en las siguientes disposiciones:

1. El distrito ha recibido una solicitud por escrito para administrar el medicamento por los padres, tutor legal u otra persona que tenga control legal del estudiante
2. Cuando se administra el medicamento, el medicamento debe estar en su envase original y estar debidamente etiquetados.
3. El medicamento obtenido fuera de los Estados Unidos no será administrado por empleados del distrito a los estudiantes, sin la autorización por escrito está en el archivo de un médico con licencia para ejercer en los Estados Unidos.

Doy autorización a la escuela para llamar al médico de familia y seguir las recomendaciones del médico. Doy autorización para que una ambulancia se llamada, si es necesario. Doy autorización para que otro médico de el tratamiento de mi hijo(a) en caso de que el médico de cabecera no está disponible. Doy autorización para que mi hijo(a) sea dado la atención médica necesaria en caso de que la escuela no puede comunicarse conmigo. **No haré al distrito escolar financieramente responsable de la atención de emergencia y / o transporte de mi hijo.**

Firma

Fecha

Anotar medicamento que toma su niño/niña:

En la casa _____

En la escuela _____

Todo el medicamento debera ser traído a la enfermería al momento que lleguen a la escuela. Los padres deberán de llenar las formas apropiadas cuando dejen los medicamentos en el área designada.



Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ ID#: _____ Año Escolar: _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguno de los problemas de salud enlistados? Explique por favor si contesta sí.

Condición:	Si	No	Elaboración:
Alergias Estacionales, ambientales, de alimentos, medicamentos			¿a qué?
* " Alergia alimentaria severa significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención medica inmediata. <u>Si no aparece , es entendido de que su hijo(a) no tiene algún tipo de alergia .</u> "			
¿Tiene alergias que amenazan la vida?			¿ a qué? ¿Requiere medicamento?
Asma –Una autorización escrita por un médico es requerida para que un estudiante cargue y administre su medicina en la escuela.			¿Le dio el médico una autorización para cargar y administrarse su medecina en la escuela?
Trastornos mentales / psicológicos – (ADHD/ Depression/Anxiety (Ansiedad)/Autism(o)...			¿Que desorden/trastorno?¿Requiere medicamento?
Defecto de nacimiento			
Diabetes			
Infecciones crónicas del oído			¿Tiene tubos?
Problema auditivo			¿Aparato para oír?
Ojo -¿Usa lentes o contactos?			
Otras enfermedades del ojo			
Epilepsia/Desorden de ataques			¿Fecha de último ataque?
Hepatitis			Tipo: A B C
Problema de riñón /vejiga			
Fiebre Reumática			
Úlceras/Gastritis			
¿Problema ortopédico (huesos)?			
Problema Cardíaco			
¿Restricciones de actividad por orden del doctor?			

Otras Condiciones o Comentarios: _____

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.
If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.
If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes ___ No ___

If yes, Date administered ____ / ____ / ____ Date read ____ / ____ / ____ TST reaction _____ mm

TST provider _____
Signature Printed Name

If chest x-ray done, date _____ and results _____

Provider phone number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes ___ No ___

If yes, name of health dept./specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.



RECONOCIMIENTO

Código de Conducta del Estudiante y Manual del Estudiante

Distribución Electrónica

Estimado estudiante y padre:

Como lo requiere la ley estatal, la junta directiva ha adoptado oficialmente el Código de Conducta Estudiantil para promover un ambiente de aprendizaje seguro y ordenado para cada estudiante.

Le instamos a que lea esta publicación detenidamente y la discuta con su familia. Si tiene alguna pregunta sobre la conducta requerida y las consecuencias de la mala conducta, le recomendamos que solicite una explicación al maestro del estudiante o al administrador del campus correspondiente.

El estudiante y el padre deben firmar esta página en el espacio provisto a continuación y luego devolver la página a la escuela del estudiante.

Gracias.

Dr. Marco Antonio Lara, Jr., Superintendente de STISD

Reconocemos que se nos ha ofrecido la opción de recibir una copia impresa del Código de Conducta Estudiantil y Manual del Estudiante de South Texas ISD para el año escolar 2022-2023 o acceder a ellos electrónicamente en el sitio web del distrito en www.stisd.net. Entendemos que los estudiantes serán responsables de su comportamiento y estarán sujetos a las consecuencias disciplinarias descritas en el Código.

Hemos optado por:

☐ Aceptar la responsabilidad de acceder al Código de Conducta del Estudiante y al Manual del Estudiante en el sitio web del distrito.

☐ Recibir una copia en papel del Código de Conducta del Estudiante y el Manual del Estudiante.

Nombre de el estudiante: _____

Firma de el estudiante: _____

Nombre de Padre: _____

Firma de Padre: _____

Fecha: _____

Escuela: _____

Grado del estudiante: _____

Firme esta página y devuélvala a la escuela del estudiante. Gracias.

Formulario de solicitud de transporte

¿Su hijo/hija necesitará transporte para el año escolar 2022-2023? Si _____ No _____

Nombre de Estudiante: _____ ID #: _____ Grado: _____

Dirección de domicilio: _____ Ciudad: _____

Lugar de recogida: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono# _____

Lugares de recogida en Mercedes:

1. Alamo – Alamo City Library, 416 North Tower Rd., Alamo, TX.
2. Brownsville locations:
 - a. Saint Mary's Catholic Church, 1914 Barnard Rd.
 - b. Church of Latter-Day Saints, 6124 Southmost Blvd.
 - c. El Jardin Superette, 6880 FM 802
 - d. Get Air Trampoline Park, 2940 Boca Chica Blvd.
3. Donna – Big Joe's City Park, 1601 Silver Ave., Donna, TX. (Silver & 17th St.)
4. Edcouch-Elsa, Joey Torres Softball Field (TX107), Edcouch, TX.
5. Edinburg – locations
 - a. STISD World Scholars, 510 S. Sugar Rd., Edinburg, TX.
 - b. Abundant Grace Community Church, 2110 S McColl Rd., Edinburg TX.
 - c. Economedes HS, 1414 N Alamo Rd, Edinburg, TX
6. Harlingen locations
 - a. Valley Praise Baptist Church, 1927 W. Jefferson Ave., Harlingen, TX.
 - b. Wesley United Methodist, 1406 E. Austin St., Harlingen, TX
 Hidalgo - Hidalgo HS- 910 E Pirate Dr, Hidalgo, TX
7. Hidalgo – Hidalgo HS - 910 E Pirate Dr. Hidalgo, TX
8. La Feria – Casa de Fiesta, 201 W. Expressway 83, La Feria, TX.
9. Lasara – Lasara HS, 11932 Jones St. Lasara, TX.
10. Los Fresnos – Los Fresnos Memorial Park, 900 N. Arroyo Blvd., Los Fresnos, TX.
11. Lyford – Lyford HS, 200 Simon Gomez Rd., Lyford, TX. (Old Swimming Pool)
12. McAllen locations
 - a. Calvary Baptist Church, 1600 Harvey Dr., McAllen, TX.
 - b. LFD Home Furnishings, 1602 S. 23rd, McAllen, TX.
 - c. Roney & Roney Center- Boys and Girls Club, 4501 N. 34th St., McAllen, TX
 - d. Texas Tops, 810 E. Highway 83, McAllen, TX
13. Mission locations
 - a. Mission First United Methodist Church (1101 Doherty Ave., Mission, TX.
 - b. Mission Veterans Memorial HS, 700 E. 2 Mile Line, Mission, TX.
 - c. Garcia Middle School, 933 Paula St., Mission, TX- (Entrance by flagpole)
14. Monte Alto – Monte Alto Veterans Park, Valdez Rd. & 1st St., Monte Alto, TX.
15. Olmito – STISD Medical Professions TX (South side parking) 10650 N Exp 77 Olmito, TX
16. Pharr locations
 - a. Center Church, 4801 N. Cage Blvd., Pharr, TX.
 - b. Pharr Sports Complex 201 W. Moore Rd., Pharr, TX.
 - c. Wal-Mart 3000 S. Jackson Rd., Pharr, TX
17. Port Isabel – Port Isabel HS, 18001 TX-100, Port Isabel, TX.
18. Progreso – Progreso HS 300 Shelby Ave Progreso, TX
19. Raymondville – Raymondville ISD Transportation Dept., 420 FM 3168, Raymondville, TX.
20. Rio Hondo – Rio Hondo HS, 22547 TX-345, Rio Hondo, TX (in front of HS)
21. San Benito – STISD Rising Scholars Academy, 151 Helen Moore Rd., San Benito, TX.
22. San Juan - Boys and Girls Club 509 E. Earling Rd San Juan TX
23. Santa Maria – Santa Maria HS, TX (South side parking) 11224 Old Military Hwy Rd., Santa Maria,
24. Santa Rosa – Santa Rosa HS, 102 Jesus R. Cruz., Santa Rosa Business,
25. Weslaco – Weslaco City Hall, 255 S. Kansas, Weslaco, TX

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Ms. Norma Basaldua, Supervisor de Transporte, al norma.basaldua@stisd.net o 956-514-4240 oficina, 956-376-3415 cell.

South Texas ISD, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para del 2022-2023

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). [Applica online at Infinite Campus Parent Portal](#)

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn:

Parte 1: Definición de Miembro del hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Opcional:
Número de
Identificación
del Estudiante

Niño Adoptivo
Temporal
(Foster)

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sí	No	Grado	Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐

B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?

No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio _____, y pase directamente a la Parte 3.

SI > FDPIR, marque en la casilla ☐, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX ____ ____ ____ ☐ Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) *Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.*

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por me	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar.) _____

Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: Attn: Child Nutrition, 100 Med High Dr., Mercedes TX 78570 and/or return to your child's school..

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono y correo electrónico (opcional)
Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud	Firma del adulto que llenó la solicitud	Fecha de hoy		

Parte 1: Nombres Adicional											
Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.											
Liste el nombre de cada niño.			¿Asiste a la escuela en el distrito?		Opcional: Número de Identificación del Estudiante		Marque todo lo que aplique.				
Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sí	No	Grado		Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
5.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
6.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
Parte 2: Nombres Adicional											
B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).											
Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)			
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A			
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A			
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A			
C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.											
Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.					Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente		
4.					\$	\$	\$	\$	\$		
5.					\$	\$	\$	\$	\$		
6.					\$	\$	\$	\$	\$		
La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático. Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.											
Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.											
Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12								Date Received:			
Household Size: _____ Total Income: _____ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Annually ☐								Categorical Determination: ☐			
Reviewing/Determining Official's Signature/Date								Eligibility: Free ☐ Reduced ☐ Denied ☐			
Confirming Official's Signature/Date											