



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA



EVALUACIÓN DE SALUD para el año escolar: 2022-2023
También, descargable en el sitio web del Distrito JCS

Para el padre o tutor:

El propósito de este formulario es proporcionarle a la enfermera de la escuela información adicional sobre las necesidades de salud de su hijo. La enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con usted para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela satisfaga las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

POR FAVOR complete ambas páginas de este formulario (Regrese a la enfermera de la escuela)

Formulario de datos personales: Nombre del estudiante, Fecha de Nacimiento, Sexo, Escuela, Dirección (calle), Número de Teléfono de Casa, Número de Teléfono Celular, Número de teléfono adicional, Grado, Maestro/aula, Nombre del padre / tutor, Número de teléfono del trabajo, Transporte (checkboxes).

Parte I - Información de Salud

Lugar donde su hijo recibe atención médica regular:

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

- Centro de salud de la comunidad
Departamento de salud
Clínica del hospital
Ningún lugar regular
Doctor Privado/HMO

Hospital preferido: \_\_\_\_\_

La información del seguro de su hijo:

- ALL KIDS
Medicaid
No a seguridad
Otra
A seguridad Privada

Lugar donde su hijo recibe atención dental:

Nombre del dentista:

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

- Centro de salud de la comunidad
Departamento de salud
Clínica del hospital
Ningún lugar regular
Doctor Privado/HMO

Part II - Historial médico Equipo médico / procedimientos requeridos en la escuela

Formulario de historial médico: Catéter, Tubo gástrico, Tratamientos de nebulizador, Suplemento de oxígeno, Traqueotomía, Estimulador del nervio Vagal (VNS), Ventilador, Silla de ruedas, Caminante, Otro Por favor explique:

Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren un Formulario de autorización del médico / prescriptor (uno para cada medicamento o procedimiento). Por favor vea a la enfermera de su escuela.

Por favor complete el formulario en la siguiente página (se requiere firma)



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA**  
**ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION**  
**HEALTH ASSESSMENT for School Year: 2022-2023**



Name of Student: \_\_\_\_\_

**Part III – Medical History**

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS</b> Si la respuesta es <b>NO</b> , vaya directamente al final de la página y proporcione la firma del padre / tutor Si la respuesta es <b>SI</b> , y diagnosticado por un médico, responda a cada pregunta a continuación.
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Trastorno por Déficit de Atención (ADD)</b> <b>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)</b> ¿Requiere medicación? <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Allergias:</b> <input type="checkbox"/> Brotes en la piel/ampollas <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Dificultad respirando <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Insectos _____ <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ambiental _____ <input type="checkbox"/> Medicamento _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en casa
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas de sangre / sangrado:</b> <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Requiere medicación <b>Por favor explique:</b>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Hemorragias frecuentes en la nariz:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Cancer/Leukemia:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Parálisis cerebral:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Fibrosis quística:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas dentales:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Tipo 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Monitorea niveles de azúcar en la escuela <input type="checkbox"/> Requiere insulina en la escuela <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Orden del glucagón <input type="checkbox"/> Tipo 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Gestionado con dieta <input type="checkbox"/> Medicación oral
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Emocional / Comportamiento / Psicológico:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas gastrointestinales / estomacales:</b> explique por favor:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Trastornos genéticos / raros:</b> explique por favor:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Dolores de cabeza:</b> por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas con la audición</b> <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos Oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Implante coclear
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Condiciones del corazón:</b> <input type="checkbox"/> Restricciones de actividad: <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados en casa: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Hipertensión (presión arterial alta):</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Artritis juvenil / problemas de la articulación ósea:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas de riñón / vejiga / urinarios:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Escoliosis:</b> <input type="checkbox"/> No Tratamiento <input type="checkbox"/> usa aparato ortopédico <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Historial familiar
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Convulsiones / Convulsiones:</b> Tipo de convulsión: _____ Medicamentos: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medicamento tomado en casa <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Célula falciforme:</b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Trait
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Derivación:</b> <input type="checkbox"/> VP Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Espina bífida:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Dieta Especial:</b> Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Problemas con la vision:</b> <input type="checkbox"/> Usa Anteojos <input type="checkbox"/> Usa contactos <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Otras condiciones médicas:</b> Por favor incluya <u>cualquier</u> medicamento tomado en casa solamente.

**Firmas Requeridas**

Parent(s) or Guardian Signature: _____	Date: _____
School Nurse Signature: _____	Date: _____

**Guarde el manual para futuras referencias.**

*El formulario de salud está disponible en español en cada escuela.*

**2022-2023**  
**ACUERDO DE PADRE-ESTUDIANTE**  
**Y FORMULARIO DE PERMISO**

- He leído el **Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools**, y estoy informado de las reglas y procedimientos establecidos por la Junta de Educación de Jasper City.
- Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas en el Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools.
- He leído y aceptado la Política de uso aceptable (PUA) en las páginas 28-33.
- Soy consciente de las pautas para tomar fotos y videos que se encuentran en la página 47. Entiendo que Jasper City Schools no aprueba a cualquier persona que no sea un padre o tutor para tomar fotos y / o videos de cualquier persona que no sea su hijo.

**Por favor complete lo siguiente:**

- Por la presente doy mi permiso para que el Sistema Escolar de Jasper City publique fotografías y / o videos de mi hijo / hija y / o su trabajo dentro del dominio de las Escuelas de Jasper City y de los sitios web de las redes sociales. Los estudiantes individuales pueden ser identificados por su nombre completo a menos que el padre o tutor niegue el permiso para hacerlo.

Si **no** autoriza al sistema escolar de Jasper City a publicar fotografías de su hijo o hija y / o su trabajo, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

- Por la presente doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso a Internet con la supervisión de su maestro, según sea necesario.

Si no autoriza a su hijo a acceder al Internet con la supervisión de su maestro, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

- Yo doy mi permiso para que mi hijo viaje en el autobús para la escuela o para actividades extracurriculares.

Si no autoriza a su hijo a viajar en el autobús para actividades escolares o extracurriculares, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

- Yo doy mi permiso para que mi hijo participe en el examen de la vista / audición.

Si no autoriza a su hijo a participar en el examen de la vista / audición, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después de primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** (por favor imprima) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**Complete este formulario, sáquelo del manual y regréselo a la oficina de la escuela. Guarde el manual para futuras referencias.**

## ACUERDO DE USO DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Grado/Escuela

Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

### Condiciones:

1. Acepto practicar la tecnología digital y las redes sociales responsables.
2. Acepto cumplir en todo momento con las reglas del Uso Aceptable de las Escuelas de la Ciudad de Jasper y el Acuerdo de Uso de Equipos incorporado aquí como referencia y hecho una parte de esto para todos los propósitos. Cualquier incumplimiento puede dar por terminado mi derecho de posesión con efecto inmediato y el sistema escolar puede recuperar el dispositivo electrónico y los accesorios.
3. Acepto que no dañaré el dispositivo o los accesorios de ninguna manera, incluida la adición de calcomanías, marcas, etc.
4. Acepto que no alteraré (es decir, "jailbreak") el dispositivo electrónico, la configuración del software o la funcionalidad instalada por Jasper City Schools.
5. Cuidaré bien mi dispositivo electrónico.
6. Nunca dejaré el dispositivo electrónico sin supervisión.
7. Nunca prestaré mi dispositivo electrónico a otras personas.
8. Sabré dónde está mi dispositivo electrónico en todo momento.
9. Cargaré la batería de mi dispositivo electrónico en casa antes de cada día escolar.
10. Mantendré los alimentos y bebidas lejos de mi dispositivo electrónico ya que pueden dañar el dispositivo.
11. No desarmaré ninguna parte de mi dispositivo electrónico ni intentaré ninguna reparación.
12. Protegeré mi dispositivo electrónico con solo cargarlo mientras esté en el estuche provisto.
13. Utilizaré mi dispositivo electrónico de manera apropiada, educativa y cumpliendo con las expectativas de las Escuelas de Jasper City.
14. No desfiguraré el número de serie en la parte posterior de mi dispositivo electrónico.
15. Entiendo que mi dispositivo electrónico está sujeto a inspección en cualquier momento sin previo aviso y es propiedad de Jasper City Schools.
16. Seguiré las políticas descritas en el Manual para padres y estudiantes y las reglas de uso aceptable mientras esté en la escuela, así como también fuera del día escolar.
17. Presentaré un informe policial en caso de robo, vandalismo o incendio.
18. Seré responsable de todos los daños o pérdidas causados por negligencia o abuso.
19. Me honraré a mí mismo y a los demás al comunicarme de manera respetuosa en todas las comunicaciones electrónicas.
20. Acepto devolver el dispositivo electrónico, la caja y los cables de alimentación a las Escuelas de Jasper City en buenas condiciones de funcionamiento.

### Firmas:

\_\_\_\_\_

Alumno Padre/Tutor Fecha

### Título:

El dispositivo electrónico y todos los accesorios está a nombre de Jasper City Schools y en todo momento seguirá siendo legalmente de la escuela. Mi derecho de posesión y uso está limitado y condicionado a mi total y total cumplimiento de este Acuerdo y las reglas de uso aceptable.

### Costo de pérdida / reparaciones para dispositivos electrónicos y accesorios:

Además, el alumno será responsable de cualquier daño al dispositivo electrónico y deberá devolver el dispositivo electrónico y los accesorios a la escuela en condiciones satisfactorias. Al estudiante se le cobrará por cualquier reparación necesaria, que no exceda el costo de reemplazo del dispositivo electrónico.

### Cargos de reemplazo de dispositivos electrónicos:

- a) Dispositivo robado o \* robado: Reemplazo del dispositivo \$ 200.00
- b) Reparación de la pantalla del dispositivo \$ 40.00
- c) Reemplazos de accesorios:
  - A. Cable, cargador o estuche para iPad \$ 20.00 segundo.
  - B. Cable o estuche para computadora portátil \$ 30.00

\* Un dispositivo electrónico que se considera robado debe tener un informe policial registrado.