

El padre, madre o tutor legal debe proporcionar TODOS los siguientes documentos durante el proceso de inscripción.

1. Formularios de Inscripción:

- | | |
|---|--|
| ☐ Encuesta del idioma del hogar | ☐ Formulario de información de salud del alumno |
| ☐ Formulario de inscripción estudiantil | ☐ Encuesta de padre y alumno |
| ☐ Formulario de verificación de residencia e inscripción | ☐ Formulario de firma de ACPS |

Por favor, complete los formularios en línea utilizando este enlace: www.acps.k12.va.us/Page/3073

2. IDENTIFICACIÓN:

- ☐ Partida de nacimiento original del niño o un certificado del niño certificado (su hijo debe tener 3 o 4 años de edad antes del 30 de septiembre)
- ☐ Identificación original del padre, madre o tutor legal (Prueba de que el adulto que inscribe al niño es el padre, madre o tutor legal). El nombre en el certificado de nacimiento debe coincidir con el documento de identidad con foto del padre, madre o tutor legal, o los documentos judiciales de la custodia legal

3. DOCUMENTOS MÉDICOS:

- ☐ **Formulario de salud para ingresar a las escuelas de Virginia**
- ☐ **Informe de examen físico.** La ley del estado (Ref. Código de Virginia § 22.1-270) exige que su hijo tenga un examen físico completo en los Estados Unidos antes de ingresar al preescolar en una escuela primaria pública. El examen físico debe estar fechado dentro de un año antes de la fecha del ingreso al preescolar.
- ☐ **Evaluación negativa de riesgo de tuberculosis, prueba cutánea de tuberculina PPD o radiografía de tórax negativa, completada en los Estados Unidos** y realizada dentro de los 12 meses anteriores al primer día de clases del niño.
- ☐ **Registros de vacunas (documentando el mes, día y año en que se administró cada una)**
 - (4 dosis) Difteria, tétanos, tos ferina (Dtap, DTP o Tdap)
 - (3 dosis) POLIO (OPV o IPV)
 - (3 dosis) HEPATITIS B
 - (2 dosis) Vacuna contra la hepatitis A (HAV)
 - (1 dosis) Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
 - (1 dosis) Varicela (o lechín)
 - (1 dosis) Haemophilus Influenzae (HIB)
 - (1 dosis) Vacuna antineumocócica (PCV)

IMPORTANTE SI SON DEFICIENTES LAS VACUNAS: Si se acaban de poner nuevas vacunas, un proveedor de salud con licencia debe indicar por escrito la fecha de la próxima visita para vacunas adicionales. Además, se debe seguir el espaciamiento adecuado de las dosis. Cuando se reciban vacunas adicionales, se debe proporcionar documentación por escrito a la enfermera de la escuela. Los alumnos que no cumplan con la inmunización completa antes de la fecha asignada serán excluidos de la escuela.

4. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor proporcione los siguientes documentos recientes (seleccione todos los que correspondan a su familia):

- | | |
|---|--|
| ☐ Formulario 1040 del Impuesto sobre la Renta | ☐ Ingresos patrimoniales y fiduciarios |
| ☐ W-2 | ☐ Alquileres y regalías |
| ☐ 2 talonarios de pago recientes (de los últimos 30 días) | ☐ Ingresos de pensión o jubilación |
| ☐ Compensaciones laborales y por desempleo | ☐ Pago de beneficios para veteranos |
| ☐ Ingreso suplementario de seguridad (SSI) | ☐ Reembolso por cuidado de crianza temporal |
| ☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) | ☐ Asistencia financiera de fuera del hogar |
| ☐ Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) | ☐ Declaración de no tener Ingresos o formulario de declaración de No Documentación de Ingresos de VPI |
| ☐ Ingresos por asistencia educativa | |
| ☐ Pensión alimenticia y manutención infantil | |

5. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA:

El adulto que inscribe debe proporcionar los siguientes documentos: Todos los documentos deben ser la copia original (vigente dentro de los últimos 60 días) y mostrar claramente el nombre del padre, madre o tutor legal y la dirección en la Ciudad de Alexandria.

☐ **CATEGORÍA A – DEBE SELECCIONAR UN (1) DOCUMENTO:**

- **Acuerdo completo de alquiler o renta.** El contrato de arrendamiento original debe estar vigente (no vencido) e indicar las fechas, los nombres y la dirección de la propiedad del padre, madre o tutor legal que inscribe al alumno. Si el contrato de arrendamiento es un acuerdo generado de forma privada con el arrendador, el contrato de arrendamiento debe ser notariado.
 - Si su contrato de arrendamiento venció y no se puede renovar, DEBE enviar AMBOS, el contrato de arrendamiento vencido completo Y una carta reciente (dentro de los 60 días) firmada por su oficina de arrendamiento que *indique que su contrato de arrendamiento ahora es mensual*. La carta debe estar firmada en papel con membrete de la empresa o notariada, incluida la fecha, el nombre del padre, madre o tutor legal y la dirección.
- **Hipoteca:** El residente puede presentar una factura hipotecaria preparada por el prestamista (que incluya la fecha, la dirección de Alexandria y el nombre del prestamista) dentro de los 60 días posteriores al registro o el contrato hipotecario inicial con la copia actual del impuesto sobre la propiedad del propietario.
- **Título:** El título de propiedad debe ser acompañado por una copia del impuesto sobre la propiedad del propietario.

☐ **CATEGORÍA B - DEBE SELECCIONAR DOS (2) DOCUMENTOS DE RESPALDO:**

- Factura de servicios (agua, gas, electricidad, internet, cable o factura de teléfono fijo). La factura debe estar fechada dentro de los últimos 60 días.
Si todos los servicios públicos están cubiertos en su contrato de arrendamiento y no tiene ninguna otra factura, proporcione una carta del administrador de su propiedad con el membrete de la empresa que indique que el agua, el gas, el alcantarillado y la electricidad están incluidos en el alquiler mensual.
- Carta enviada por correo de una agencia gubernamental (SNAP, TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- Recibo de pago actual (indicando la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)
- 2 extractos bancarios consecutivos enviados por correo a la dirección de la Ciudad de Alexandria
- Declaración de impuestos sobre la renta federal o estatal más reciente, que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria
- Póliza de seguro actual del propietario o inquilino que indique la dirección de la Ciudad de Alexandria
- La familia es nueva (menos de 30 días) en la Ciudad de Alexandria. Vence 30 días después de la inscripción

☐ **RESIDENTES DE VIVIENDAS COMPARTIDAS:**

- Si el padre, madre o tutor legal vive con otra persona (y el contrato de arrendamiento, escritura o hipoteca no está a nombre del padre, madre o tutor legal), usted DEBE completar un [Formulario A/B de vivienda compartida \(PDF\)](#) notariado y adjuntar la copia original del contrato de arrendamiento, escritura o hipoteca de la persona con quien reside. 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.

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

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 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 ሕግ ይጠይቃል። አታች በተገለፀው መረጃ ላይ ተመስርቶ የፌዴራል ሕግ በሚጠይቀው መሰረት 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. واستناداً إلى نتائج التقييم، قد يكون الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تعليمية، حيث ستتاح لأولياء الأمور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات EL التكميلية.

والدين/ سرپرست: مقررات حکومت فدرال مکاتب را ملزم میسازد تا کلیه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمین و هر زبان دیگری که ممکن است صحبت کنند، بررسی کنند. براساس اطلاعات ارائه شده در زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. براساس نتایج ارزیابی، دانش آموز ممکن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق برنامه تعلیم انگلیسی (EL) باشد. والدین/سرپرستان از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدین این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی EL را بپذیرند یا امتناع کنند.

Student Name: _____	Date of Birth: _____
Nombre del alumno	Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም	የትውልድ ቀን፤
اسم الطالب	تاريخ الميلاد
اسم شاگرد	تاريخ تولد
Parent/Guardian Name: _____	Telephone: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal	Teléfono
የወላጅ/አሳዳጊ ስም	ስልክ
اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي	رقم الهاتف
اسم والدین/ سرپرست	تيليفون

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 ዋነኛ ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኝ?

ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟
 بدون توجه به زبانی که شاگرد صحبت میکند، زبان اصلی مورد استفاده در خانه، چیست؟

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؟
 زبانی که اغلب شاگرد صحبت میکند، چیست؟

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؟
 زبانی که شاگرد برای اولین بار صحبت نمود، چیست؟

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

¿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؟
 در کدام زبان ترجیح می دهید با مکتب ارتباط برقرار کنید؟

☐ Other: _____
 Otro
 ሌላ
 أخرى
 دیگر

Parent/Guardian Signature: _____	Date: _____
Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ	ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي	التاريخ
امضای والدین/ سرپرست	تاریخ

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. Rev. 8/8/18

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

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

Dirección principal del estudiante y del padre, madre o tutor legal: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ País de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Identidad de Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Nombre preferido: _____
(Para estudiantes cuyo nombre legal no refleja su Identidad de Género. No por apodos.)

¿Es este estudiante hispano o latino? (elegir solo uno)

- ☐ No, no hispano o latino ☐ Sí, hispano o latino (persona cubana, mexicana, puertorriqueña, suramericana, centroamericana o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)

¿Cuál es la raza del estudiante? (elija uno o más)

- ☐ Indígena estadounidense o de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco (una persona teniendo su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África)
☐ Asiático ☐ Indígena hawaiano o isleño del Pacífico

Última escuela a la que asistió: _____ ☐ Pública ☐ Privada Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si no es una escuela de la Ciudad de Alexandria, ¿ha asistido ALGUNA VEZ el estudiante a las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione lo siguiente: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Padre, madre o tutor legal:

Este es el padre/tutor legal con quien el estudiante vive la mayor parte de la semana y el contacto principal con respecto al estudiante.

¿Usted vive o reside en la Ciudad de Alexandria? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es No, ¿se ha aprobado una excepción a la política? ☐ Sí ☐ No

Apellido: _____ Nombre: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

- ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Tutor legal
☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Padre de crianza temporal

Otro (favor indicar la relación): _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono en casa un celular? ☐ Sí ☐ No

Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Idioma de comunicación preferido de los padres o tutor legal?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Amárico ☐ Árabe ☐ Darí ☐ Otro (por favor, especifique) _____

Empleador: _____

Dirección del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Ext.: _____

Padre, madre o tutor legal N° 2:

Apellido: _____ Nombre: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

- ☐ Padre ☐ Padrastro ☐ Tutor legal
☐ Madre ☐ Madrastra ☐ Padre de crianza temporal

Otro (favor indicar la relación): _____

Dirección: ☐ La dirección es la misma que la del ESTUDIANTE y del padre, madre o tutor legal principal mencionada antes.

Calle _____ Dpto. N° _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ ¿Es el teléfono de su casa un celular? ☐ Sí ☐ No

Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

Dirección del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Ext.: _____

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su estudiante un IEP actual para servicios de Educación Especial o un Plan 504? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se ha proporcionado documentación a la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido expulsado su hijo de asistir a la escuela en una escuela pública o privada en Virginia o en otro estado, por una ofensa en violación de las políticas de la junta escolar relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir deliberadamente lesiones a otra persona? ☐ Sí ☐ No

HERMANOS DEL ESTUDIANTE

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

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor indique al menos dos nombres de personas a las cuales podamos llamar para tomar decisiones de emergencia y puedan recoger a su hijo en la escuela si los padres o el tutor legal no pueden ser encontrados en el caso de una emergencia:

Contacto de emergencia N.º 1 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia N.º 2 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

Contacto de emergencia N.º 3 (que no sea el padre, madre o tutor legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Dpto. N° _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Relación con el estudiante: _____

EXPERIENCIA DE PREKINDERGARTEN

Sólo para estudiantes que se inscriben en el kínder

Durante el año anterior al kínder, mi hijo asistió a (elija uno):

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

- ☐ Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS)
- ☐ Centro Campaña
- ☐ Centro de Red de Niños y Familias (CFNC)
- ☐ Escuela de juego creativo (Creative Play School)
- ☐ Academia Preescolar Hopkins House-Helen Day

Otro programa de prekínder:

- ☐ Educación Especial de la Primera Infancia
- ☐ Preescolares que aprenden juntos (PLT)
- ☐ Head Start
- ☐ Preescolar/guardería privada de todo el día
- ☐ Preescolar privado de medio día
- ☐ Proveedor de guardería diurna en el hogar familiar con licencia
- ☐ Programa de Desarrollo Infantil del Departamento de Defensa

Otro:

- ☐ Padre o familiar
- ☐ Proveedor de cuidado infantil en mi hogar (niñera, guardaría, etc.)
- ☐ Otro:

Al firmar este formulario, estoy verificando que la información aquí contenida es correcta.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO OFICIAL

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, reúnanse 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

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | ☐ Cardiopatía congénita | ☐ Apnea obstructiva del sueño | ☐ Cáncer |
| ☐ Autismo | ☐ Hemofilia | ☐ Trastornos nutricionales | ☐ Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Enfermedad de células falciformes | ☐ Discapacidad física | ☐ Trastornos congénitos/cromosómicos |
| ☐ Retraso en el desarrollo | ☐ Fibrosis quística | ☐ Eczema | ☐ 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 vertida 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: _____

ENCUESTA PARA PADRES-HIJOS

Fecha de la encuesta 31/10/2024

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

El Código de Conducta del Estudiante se pone a disposición de todas las familias cada año escolar. Al firmar esta sección y devolver este formulario, no se considerará que los padres o tutores legales renuncian, sino que se reservan expresamente sus derechos de protección por la Constitución o las leyes de los Estados Unidos y/o el Estado de Virginia, y tendrán derecho a expresar su desacuerdo con las políticas o decisiones de la división escolar. El Código de Conducta del Estudiante, requerido por ley, contiene pautas y reglas para la Política de Uso Responsable del Sistema Informático para Estudiantes; Asistencia Escolar Obligatoria; Normas de Conducta Estudiantil; Política de Equidad y Excelencia; formulario de denuncia de intimidación; y Código de Honor. Los padres y tutores legales tienen el deber de ayudar a las escuelas de ACPS a hacer cumplir las normas de conducta de los estudiantes y la asistencia escolar obligatoria. Los padres y tutores legales tienen la responsabilidad de comprender el Código de Conducta, promover la conducta adecuada del estudiante, ayudar a la escuela con la disciplina del alumno y reunirse con los funcionarios escolares si se solicita para discutir asuntos relacionados con la disciplina y la asistencia escolar. La ley también exige que los padres y tutores legales firmen una declaración que demuestre que conocen sus responsabilidades. La firma del padre, madre o tutor legal solo reconoce acuse de recibo y no requiere que las familias estén de acuerdo con las políticas incluidas en el documento.

Firma del padre, madre o tutor lega: _____

Uso responsable de la tecnología y las redes sociales

Como alumno, acepto cumplir con las directrices sobre tecnología e Internet, tal como están escritas en el Código de Conducta del Estudiante.

Firma del alumno: _____

Reglamentos del autobús escolar

Los reglamentos del autobús escolar se proporcionan en el Manual de la Familia de ACPS. He leído y entiendo los reglamentos para los alumnos que viajan en un autobús escolar y estoy de acuerdo en asumir completa responsabilidad por la conducta del estudiante en el autobús escolar.

Firma del padre, madre o tutor lega: _____

He leído y comprendo los reglamentos para los estudiantes que viajan en un autobús escolar y acepto, como pasajero, cumplir con estos reglamentos.

Firma del alumno: _____

La información del 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 del 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 puede divulgar información del directorio sin consentimiento por escrito, a menos que el padre o tutor legal indiquen a continuación que la información del alumno no puede divulgarse.

____ **NO** divulgue la información del directorio del alumno, excepto según lo exija la ley estatal o federal, desde la fecha en que se firma este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024. **Entiendo que esto significa que la información y las fotografías del alumno se excluirán de las publicaciones escolares, como anuarios, listas de honor y programas impresos de graduación/deportivos/teatrales.**

Directorios de PTA y organizaciones relacionadas con la escuela

Muchas PTA de escuelas y organizaciones educativas escolares y comunitarias producen un directorio anual para las familias. Sin embargo, de acuerdo con la ley de Virginia, ninguna escuela puede divulgar la dirección, el número de teléfono o la dirección de correo electrónico de un estudiante (a menos que lo exija la ley o se describa en el Manual de la Familia de ACPS), a menos que el padre o tutor legal dé su consentimiento afirmativo por escrito..

____ **Sí, ACPS puede** divulgar el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del estudiante/familia a las PTA, organizaciones de recolección de fondos y otras organizaciones relacionadas con la escuela desde la fecha en que se firma este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Participación en los medios

A lo largo del año escolar, la escuela del alumno o ACPS pueden querer compartir fotografías o videos del estudiante, imágenes de su arte o trabajo en clase, pasajes de sus escritos o citas de debates en clase o presentaciones educativas. Esto incluye imágenes en el sitio web de ACPS, en videos de ACPS, en las redes sociales, en publicaciones escolares (incluidos anuarios y programas) o compartidas con terceros, incluidos, entre otros, los medios de comunicación locales o nacionales (televisión, publicaciones en línea e impresas).

____ **NO** use la fotografía, la imagen, la voz, los escritos, el trabajo de clase o el arte del estudiante de ninguna de las formas descritas anteriormente desde la fecha de firma de este formulario hasta el 15 de septiembre de 2024.

Información del expediente del alumno

(Para padres de escuela secundaria: ÚNICAMENTE para alumnos de 11.º y 12.º grados)

La sección 9528 de la Ley Que Ningún Niño se Quede Atrás de 2001 requiere que los sistemas escolares proporcionen a los reclutadores militares y a las instituciones de educación superior los nombres de los estudiantes de secundaria, las direcciones y los números telefónicos cuando lo soliciten. Sin embargo, los padres o tutor legal (o un estudiante, si tiene 18 años o es un menor legalmente emancipado) pueden solicitar que el nombre, la dirección y las listas de teléfonos del estudiante no se divulguen sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le notifica su derecho a solicitar que no se divulgue la información de su hijo.

Si usted NO marca ninguna de las opciones a continuación, la información del alumno se divulgará cuando lo solicite un reclutador militar, un posible empleador o una institución de educación superior para el año escolar 2024-2025.

Marque cualquiera de estos grupos si NO desea que reciban la información del alumno:

____ NO divulgar la información del alumno a los reclutadores militares

____ NO divulgar la información del alumno a universidades u otras instituciones educativas

____ NO divulgar la información del alumno a los posibles empleadores

La sección 9528 de la Ley Que Ningún Niño se quede atrás de 2001 requiere que los sistemas escolares proporcionen a los reclutadores militares y a las instituciones de educación superior los nombres de los estudiantes de secundaria, las direcciones y los números telefónicos cuando lo soliciten. Sin embargo, los padres o tutor legal (o un estudiante, si tiene 18 años o es un menor legalmente emancipado) pueden solicitar que el nombre, la dirección y las listas de teléfonos del estudiante no se divulguen sin el consentimiento previo por escrito. ACPS, mediante este formulario, le notifica su derecho a solicitar que no se divulgue la información de su hijo.

Si usted NO marca ninguna de las opciones a continuación, la información del alumno se divulgará cuando lo solicite un reclutador militar, un posible empleador o una institución de educación superior para el año escolar 2024-2025.

Marque cualquiera de estos grupos si NO desea que reciban la información del alumno:

_____ NO divulgar la información del alumno a los reclutadores militares

_____ NO divulgar la información del alumno a universidades u otras instituciones educativas

_____ NO divulgar la información del alumno a los posibles empleadores

Contrato de libros

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

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Educación para la Vida Familiar

El plan de estudios de Educación para la Vida familiar de ACPS está diseñado para proveer un programa integral y secuencial de K-10, que incluye instrucción apropiada para la edad sobre la vida familiar y las relaciones comunitarias, educación sobre la abstinencia, sexualidad y reproducción humana, y el valor de posponer la actividad sexual y los beneficios de la adopción como una opción positiva en caso de un embarazo no deseado. Para conocer más sobre los planes de estudio de educación para la vida familiar, sírvase visitar la página web de Educación para la Vida Familiar de ACPS: <https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

Además, La información para optar por no participar en Educación para la Vida Familiar se puede encontrar en el sitio web de Educación para la Vida Familiar de ACPS.

El plan de estudios de Educación para la Vida familiar de ACPS está diseñado para proveer un programa integral y secuencial de K-10, que incluye instrucción apropiada para la edad sobre la vida familiar y las relaciones comunitarias, educación sobre la abstinencia, sexualidad y reproducción humana, y el valor de posponer la actividad sexual y los beneficios de la adopción como una opción positiva en caso de un embarazo no deseado. Para conocer más sobre los planes de estudio de educación para la vida familiar, sírvase visitar la página web de Educación para la Vida Familiar de ACPS: <https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

Además, La información para optar por no participar en Educación para la Vida Familiar se puede encontrar en el sitio web de Educación para la Vida Familiar de ACPS.

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 :			Diabetes: Tipo 1		
			Diabetes: Tipo 2		
			Bomba de insulina		
Alergias (estacionales)			Traumatismo craneal, conmoción cerebral		
Asma o afecciones respiratorias			Afecciones auditivas o sordera		
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad			Afecciones cardíacas		
Afecciones conductuales/psíquicas/sociales			Intoxicación con plomo		
Afecciones del desarrollo			Afecciones musculares		
Afecciones de la vejiga			Convulsiones		
Afecciones de sangrado			Anemia de células falciformes (no trazas)		
Afecciones intestinales			Afecciones del habla		
Parálisis cerebral			Lesión de la médula espinal		
Fibrosis quística			Cirugía		
Afecciones de la salud dental			Afecciones de la vista		

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
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				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5
Tdap Vaccine booster	1				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2			
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis B Vaccine (HBV) ☐ Merck adult formulation used	1	2	3	4	
Hepatitis A Vaccine	1	2			
Meningococcal ACWY Vaccine	1	2			
Meningococcal B Vaccine	1	2	3		
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	1	2	3		
Influenza (Yearly)	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
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 <i>Regulations for the Immunization of School Children</i> (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 _____ ☐ Age / gender appropriate history completed ☐ Anticipatory guidance provided	Physical Examination 1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment														
		1	2	3		1	2	3		1	2	3				
	HEENT				Neurological				Skin							
	Lungs				Abdomen				Genital							
	Heart				Extremities				Urinary							
Tuberculosis Screening Check the box that applies: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">☐ No risk for TB infection identified</td> <td style="width: 33%;">☐ No symptoms compatible with active TB disease</td> <td style="width: 33%;">☐ Risk for TB infection or symptoms identified</td> </tr> </table> Test for TB Infection: TST IGRA Date: _____ TST Reading _____ mm TST/IGRA Result: ☐ Negative ☐ Positive CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date: _____ ☐ Normal ☐ Abnormal														☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified
☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified														
EPSDT Screens <u>Required</u> for Head Start – include specific results and date: Blood Lead: _____ Hct/Hgb _____																

Developmental Screen	<i>Assessed for:</i>	<i>Assessment Method:</i>	<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	☐ Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box. ☐ Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): ☐ Pass ☐ Referred		☐ Referred to Audiologist/ENT ☐ Unable to test – needs rescreen ☐ Permanent Hearing Loss Previously identified: ☐ Left ☐ Right ☐ Hearing aid or another assistive device		
		1000	2000	4000	
	R				
L					

Vision Screen	☐ With Corrective Lenses (Check if yes) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail</td> <td style="text-align: center;">☐ Not tested</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Distance</td> <td style="text-align: center;">Both</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">Test used:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ☐ Pass ☐ Referred to eye doctor ☐ Unable to test-needs rescreen	Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail				☐ Not tested	Distance	Both	R	L	Test used:	20/	20/	20/						Dental Screen	☐ Problems Identified: Referred for Treatment ☐ No Problem: Referred for prevention ☐ No Referral: Already receiving dental care ☐ Unable to perform
	Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail				☐ Not tested																
	Distance	Both	R	L	Test used:																
	20/	20/	20/																		

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



CERTIFICADO DE EVALUACIÓN DE TUBERCULOSIS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Lugar de nacimiento: _____

Historial de pruebas de tuberculina y tratamiento: _____

Factor de riesgo	Sí	No
¿Ha tenido el niño/a, recientemente, contacto cercano o prolongado con una persona que tenga tuberculosis infecciosa?		
¿Nació el niño/a en el extranjero o ha viajado recientemente (durante 3 meses o más) a un área de alta prevalencia? (Particularmente Asia, África, América Latina, es refugiado o emigrante.)		
¿Ha tenido el niño/a una radiografía de tórax anormal que demuestre cambios fibróticos que sugieran que tuvo TB o que la enfermedad está inactiva?		
¿Está el niño/a infectado con VIH o se considera en alto riesgo de infección VIH?		
¿Es el niño/a receptor de un trasplante de órgano?		
¿Utiliza el niño/a medicamentos inyectables?		
¿Tiene contacto el niño con un recluso o con una persona que ha sido encarcelada en los últimos cinco años?		
¿Vive el niño/a en un entorno de alto riesgo dónde se congreguen muchas personas (Ej. refugio para desamparados, prisión, centro de cuidado a largo plazo, u hospital)?		
¿Padece el niño/a de una condición médica o recibe tratamiento para una condición médica que suprima el sistema inmunológico? (Ej. diabetes mellitus, silicosis, cáncer de la cabeza o cuello, enfermedad de Hodgkin, leucemia y enfermedad renal en etapa terminal, bypass gástrico o gastrectomía, síndrome de malabsorción crónica, bajo peso corporal de 10% o más por debajo de lo ideal para su población)		
¿Muestra el niño/a signos o síntomas de tuberculosis? (Ej. tos > 3 semanas, fiebre inexplicada, pérdida de peso, hemoptisis. Niño/a ≤ 6 años: respiración sibilante, desarrollo deficiente, disminución de actividad, alegría o energía.)		

- ☐ No se identificaron factores de riesgo, PPD no es necesaria
☐ PPD necesaria, factores positivos de riesgo identificados

Firmado: _____ Fecha: _____
Enfermera/o diplomada/o

CDC. (2012) "Appendix A: Sample TB Risk Assessment Tool." Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers. Obtenido de <http://www.cdc.gov/tb/publications/tbi/appendixa.htm>