

# Paquete de información de regreso a clases



Año escolar  
2024-2025





## Tabla de contenido

### Paquete de Regreso a clases

| Página | Formulario  |
|--------|---|
| 1)     | Carta para los padres   |
| 2)     | Aviso para estudiantes con discapacidad   |
| 3)     | Política de disciplina del distrito   |
| 5)     | Aviso de seguridad de armas Be Smart  |
| 6)     | Actualización de comidas gratis y a precios reducidos                           |
| 7)     | Solicitud para restringir la privacidad de la información y fotos/videos        |
| 8)     | Formulario de consentimiento de registros computarizados de los estudiantes     |
| 9)     | Política de uso aceptable del estudiante y Acuerdo de dispositivos móviles      |
| 15)    | Notificación de asbesto   |
| 16)    | BeSmart911.com  |
| 17)    | Carta de salud para los padres  |
| 18)    | Historial de salud  |
| 21)    | Autorización para emergencias médicas   |
| 22)    | Paquete de inscripción del Centro de salud escolar/clínica (SBHC)               |
| 24)    | Formularios de la clínica   |
| 27)    | Autorización para la administración de medicamentos de venta libre (sin receta) |
| 28)    | Administración de medicamentos recetados  |
| 29)    | Consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional                        |
| 30)    | Información sobre la participación de los padres                                |
| 31)    | Formulario de participación para los padres                                     |
| 32)    | Información de registro de votantes   |
| 35)    | Calendario escolar 2024-2025  |



Estimadas familias de Escuelas Públicas de Cincinnati (CPS):

¡Bienvenidos de nuevo!

¡Nos emociona comenzar el nuevo año escolar con ustedes! Adjunto está el paquete de Regreso a clases 2024-2025. **Todos los formularios de regreso a la escuela están disponibles digitalmente en el Sistema de registro en línea llamado FOCUS.**

Preferimos recibir la información de regreso a clases en línea para garantizar menos errores. Los formularios están disponibles en línea en español, francés y árabe. Los beneficios para llenar los formularios en línea incluyen:

- Solo necesita verificar y actualizar la información existente
- Asegura que la información del estudiante no se duplique

Para acceder a los documentos en línea, debe crear una cuenta en FOCUS y hacer una búsqueda de su hijo(a) con su número de identificación de FOCUS, nombre, apellido y su fecha de nacimiento.

Si necesita ayuda, la escuela de su hijo(a) tiene personal capacitado para usar el Sistema de registro en línea.

Si completa los formularios digitalmente, no necesita llenar los formularios de papel. Sin embargo, dado que muchas familias prefieren los formularios físicos, dentro de este documento encontrará todos los formularios que las familias deben completar, incluidos:

- Historial de salud y formularios de consentimiento
- Acuerdo de dispositivos móviles y política de uso aceptable de CPS
- Formularios de cuotas estudiantiles
- Formulario de participación de los padres
- Apoyos de intervención de comportamiento positivo
- Calendario del distrito de CPS

Las familias también son responsables de entender los Procedimientos de emergencia del clima (Emergency Weather Procedures) que se pueden encontrar en nuestro sitio web en [www.cps-k12.org/our-students/severe-weather-procedures](http://www.cps-k12.org/our-students/severe-weather-procedures).

Para obtener una copia de los formularios en español, francés o árabe, comuníquese con su escuela.

Si desea inscribir a un estudiante en preescolar, se puede comunicar con educación de la primera infancia en el (513) 363-0240 o visite [www.cps-k12.org/our-district/preschool](http://www.cps-k12.org/our-district/preschool).

Gracias, ¡esperamos tener un estupendo año escolar!!



## Estudiantes con discapacidades

Cincinnati Public Schools está realizando una Campaña intensiva de concientización de acuerdo con los requisitos de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEIA 2004, por sus siglas en inglés), el Código Administrativo de Ohio, el Código Revisado de Ohio, y los Estándares Operativos de Ohio para la Educación de Niños con Discapacidades.

Los distritos escolares públicos de Ohio y el Departamento de Educación de Ohio están tratando **de identificar a los niños con discapacidades desde su nacimiento hasta los 21 años de edad**, que podrían necesitar educación especial y servicios relacionados.

**Para los niños desde su nacimiento hasta los 3 años, una discapacidad significa una condición establecida conocida como resultado de un retraso del desarrollo o de un retraso documentado del desarrollo.**

**Para los niños de 3 a 5 años, una discapacidad significa un niño(a) con un déficit documentado en una o más de las siguientes áreas del desarrollo:**

- Comunicación
- Visión
- Audición
- Habilidades motoras
- Funcionamiento socio-emocional/conductual
- Habilidades de autoayuda
- Desarrollo cognitivo

**Para los niños en edad escolar, una discapacidad significa un niño(a) que ha sido identificado con una o más de las siguientes condiciones:**

- Autismo
- Sordera-ceguera
- Discapacidad auditiva (incluye sordera)
- Múltiples discapacidades
- Impedimento ortopédico

- Otro impedimento de salud
- Discapacidad específica del aprendizaje
- Impedimento del habla o del lenguaje
- Lesión cerebral traumática
- Impedimento de la vista (incluye ceguera)
- Discapacidades intelectuales
- Disturbio emocional

### **Su escuela pública ofrece:**

- Evaluación para todos los niños con sospecha de discapacidades, desde su nacimiento hasta los 21 años de edad
- Educación para todos los niños con discapacidades desde los 3 hasta los 21 años de edad

### **Cuando se le notifica al personal de la escuela sobre un niño(a) del que se sospecha tiene una discapacidad**

- Se contacta a los padres y se les informa de sus derechos, según lo requiere IDEIA 2004, el Código Revisado de Ohio, y los Estándares Operativos para la Educación de Niños con Discapacidades de la Junta Estatal de Educación.
- Se hacen los arreglos para revisar toda la información y documentación pertinente de la discapacidad sospechada.

**Si conoce a un niño(a) del que sospecha tiene una discapacidad que no está siendo atendido(a), comuníquese con personal de la escuela del niño(a) o con el Departamento de Servicios Estudiantiles de CPS, (513) 363-0280.**



## Política de disciplina del distrito

### Apoyos de intervención de comportamiento positivo

- Hay un Código de conducta del distrito para los estudiantes.
- El Código de conducta es actualizado anualmente y está disponible en el sitio web de CPS (Escuelas Públicas de Cincinnati): [www.cps-k12.org/codeofconduct](http://www.cps-k12.org/codeofconduct)

Cincinnati Public Schools (CPS, por sus siglas en inglés) se esfuerza por crear una Cultura escolar positiva en todas nuestras escuelas, dirigida a crear un ambiente ordenado y seguro que mantenga a los estudiantes en la escuela y dedicados al aprendizaje.

Parte de esta Cultura escolar positiva es un **Código de conducta** del distrito que proporciona expectativas claras y explícitas sobre el comportamiento estudiantil, especifica las pautas para enseñarles habilidades sociales a los estudiantes, describe métodos para ayudar a corregir el comportamiento y describe las consecuencias por mal comportamiento.

Además del Código de conducta, cada escuela requiere desarrollar su propio Plan de apoyos de intervención de comportamiento positivo a través del Comité de apoyos de intervención de comportamiento positivo. Este plan debe incluir una variedad de opciones que le enseñe a los estudiantes las expectativas del comportamiento. Las escuelas deben comunicar este plan a los padres y a los estudiantes. Los padres deben saber y entender el Plan de apoyos de intervención de comportamiento positivo de las escuelas de sus niños.

### Registro a estudiantes y a la propiedad

---

Los estudiantes estarán sujetos a registros por detectores de metales y/o manuales de manera aleatoria, o con sospecha razonable, por administradores del distrito o personal de seguridad.

El distrito puede revisar: la ropa externa de un estudiante, bolsillos, mochilas u otra propiedad; un casillero de un estudiante; un vehículo conducido por un estudiante que esté estacionado en propiedad escolar.

Los estudiantes no tienen expectativas de privacidad en los teléfonos celulares u otros dispositivos electrónicos traídos a la escuela. Si existe sospecha razonable que un registro podría revelar una violación de las reglas de la escuela, los teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos podrían ser confiscados y revisados, incluyendo revisar las llamadas, correos electrónicos, contactos, textos, y otras comunicaciones o acceso a Internet.

Los estudiantes serán tratados con respeto durante las inspecciones. Cualquier estudiante que no coopere durante un registro estará sujeto a disciplina bajo el Código de conducta de CPS.

---



**El Distrito de Cincinnati Public Schools no es responsable de artículos personales dañados, perdidos o robados.**

*El Distrito de Cincinnati Public Schools ofrece igualdad de oportunidades educativas, vocacionales y laborales para todas las personas sin distinción de raza, género, origen étnico, color, edad, discapacidad, religión, origen nacional, credo, orientación sexual o afiliación*

*con un sindicato u organización profesional, y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos designados. El distrito está en cumplimiento con el Título VI, Título IX y la Sección 504 de la Ley de rehabilitación vocacional.*

*Para información adicional, contacte al Coordinador del Título IX o el Coordinador estudiantil de la Sección 504: (513) 363-0000  
TDD: (513) 363-0124*



Padre, madre o tutor:

Proporcionar un entorno educativo seguro para estudiantes y personal de las Escuelas Públicas de Cincinnati (Cincinnati Public Schools, CPS) sigue siendo una de nuestras prioridades. Como parte de una resolución de la Junta Escolar de abril, 2022, alentamos a nuestras familias a implementar el almacenamiento seguro de armas de fuego en el hogar para garantizar que los niños tengan acceso y/o no traigan un arma a la escuela. Un arma de fuego guardada de forma segura en casa es el primer paso. Nos hemos asociado con el programa “Be Smart for Kids” para brindarle información clave, estadísticas y la posibilidad de obtener un candado para armas



**Sea consciente** y guarde las armas de fuego de forma segura en su hogar y en su vehículo.

**Muestre** un comportamiento responsable en torno a las armas de fuego.

**Averigüe** si en otros hogares hay armas de fuego que no estén guardadas de forma segura.

**Reconozca** el riesgo de suicidio por armas de fuego.

**Tenga conversaciones** con otros pares sobre este tema.

Los estudios sobre la violencia con armas en las escuelas coinciden en que el principal foco de intervención es abordar el tema del acceso no autorizado de los estudiantes a las armas de fuego en sus hogares. En un estudio reciente sobre determinados incidentes de violencia escolar

ocurridos entre 2008 y 2017, se determinó que el 76 % de las armas de fuego se encontraban en el hogar de alguno de los padres o de un familiar cercano.

Además, las armas que se almacenan sin seguro en el hogar representan un riesgo para los estudiantes *fuera* de la escuela. En la actualidad, son la principal causa de muerte en la infancia en los EE. UU. Todos los años, casi 350 menores de 18 años se disparan o disparan a otra persona de manera no intencionada. Lamentablemente, casi el 40 % de las muertes infantiles con armas de fuego son suicidios; es decir, ocurren casi 700 suicidios infantiles con armas al año (antes de la pandemia). En la mayoría de los incidentes, el arma utilizada pertenecía a alguna persona que vivía en la misma casa que el estudiante.

**4.6 millones de niños estadounidenses viven en hogares donde hay armas de fuego cargadas y sin seguro.**

En un estudio, se determinó que el 87 % de los niños saben dónde sus padres guardan las armas y el 60 % las ha manipulado. Según algunas investigaciones, las prácticas seguras de almacenamiento de armas de fuego están asociadas a una reducción de hasta un 85 % en el riesgo de lesiones por armas de fuego autoinfligidas y no intencionadas en niños y adolescentes. El almacenamiento seguro permite proteger a todos los niños de su casa y a los estudiantes de todo el distrito escolar y la comunidad.

Como medida adicional para garantizar que nuestros padres estén informados y conscientes sobre el almacenamiento seguro de armas de fuego, el personal de nuestra escuela compartirá esta información al registrar a sus hijos para el año escolar 2024-2025 y lo confirmará en nuestro sistema de información estudiantil.

Puede obtener más información, incluso un documento informativo sobre el almacenamiento seguro de armas de fuego, consejos para hablar con sus hijos sobre las armas, y datos y recursos sobre el suicidio infantil con armas de fuego, en **BeSMARTforKids.org**. Tome las acciones necesarias para proteger a su familia, a su comunidad y a sus escuelas- “Be Smart” y asegure sus armas de fuego.

Atentamente a su servicio,

Shauna Murphy  
Superintendente Interina



## **Actualización de la Solicitud de beneficios de comida y educación**

Estimadas familias de CPS,

Durante la pandemia se proporcionaron desayunos y almuerzos gratuitos a todos los estudiantes sin importar la verificación de ingresos.

Para otoño de 2024 se seguirá brindando el desayuno a ningún costo para los estudiantes, pero las exenciones federales vencidas a partir de julio 1 de 2022 requerirán que los padres/tutores con hijos que asistan a las tres escuelas siguientes de CPS (Escuelas Públicas de Cincinnati) completen una Solicitud de beneficios de comida y educación para calificar para almuerzo gratis:

- Hyde Park School
- Kilgour School
- Walnut Hills High School

El costo de las comidas será de \$1.75 en las escuelas primarias y \$2.00 en las escuelas secundarias.

Los padres/tutores de estas tres escuelas pueden acceder y completar la solicitud en línea disponible en la página web de CPS, o llenar una solicitud en papel en la escuela de su hijo(a).

Para más información sobre nuestros Servicios de comedores estudiantiles y los programas de Comidas gratis o a precio reducido, visite: [www.cps-k12.org/studentdining](http://www.cps-k12.org/studentdining).



## Solicitud para restringir la privacidad de la información y fotos/video

Las leyes federales y de Ohio prohíben a las Escuelas Públicas de Cincinnati (CPS, por sus siglas en inglés) divulgar información de nuestros estudiantes, fotos, video/audio, excepto por "Información del Directorio" designada. Según la ley de registros públicos de Ohio, se requiere que CPS brinde, previo a solicitud, información del Directorio anteriormente mencionado a cualquier miembro del público que lo solicite. De acuerdo con la **Política de la Junta Educativa No. 8330**, CPS define Información del Directorio de la siguiente manera:

El nombre de un estudiante, escuela, grado, nombre del padre/madre/tutor, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, participación en deportes y actividades oficialmente reconocidas, y premios recibidos

El propósito primario de CPS para divulgar Información del Directorio es para resaltar los logros de los estudiantes. A veces, el distrito y/o la escuela toman fotografías y capturan videos/audio que pueden publicarse en los sitios web del distrito, canales de redes sociales, publicaciones aprobadas y/o pueden aparecer dentro de una noticia en los medios de difusión.

**Si usted está de acuerdo** que CPS publique Información del Directorio, fotos, video/audio de su estudiante, **no necesita devolver este formulario** y no necesita tomar ninguna otra acción. Si no desea que CPS publique información del directorio, fotografías, video/audio o a reclutadores militares, marque las casillas correspondientes a continuación.

### Publicación en el directorio y al público en general:

Los padres, tutores legales o estudiantes de 18 años o más pueden negarse a permitir que CPS divulgue información del directorio marcando la casilla y devolviendo este formulario a la escuela antes de finales de septiembre.

CPS **no puede** publicar información del directorio sobre mi hijo(a).

### Publicación en medios de prensa

Los padres, tutores legales o estudiantes de 18 años o más pueden negarse a permitir que CPS publique fotografías y videos/ audios que muestren a los estudiantes en los sitios web, canales de redes sociales y publicaciones del distrito o que puedan aparecer en las noticias. La exclusión voluntaria no cubre eventos o actuaciones que estén abiertos al público.

CPS **no puede** publicar fotos y/o video/audio de mi hijo(a).

### Reclutadores militares:

Según la ley federal, CPS debe revelar los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de secundaria a los reclutadores militares, a menos que el padre, tutor legal o estudiante de 18 años o más se oponga específicamente.

CPS **no puede** publicar el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi hijo(a) a los reclutadores militares.

### Información del estudiante

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Marque uno:  Soy el/la estudiante y tengo 18 años o más

Soy el padre, madre o tutor legal del/la estudiante y el/la estudiante es menor de 18 años.

Nombre del padre/madre o tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**Community Learning Center**

Cincinnati Public Schools  
2651 Burnet Avenue  
Cincinnati, Ohio 45219  
Teléfono: (513) 363-0154

## Formulario de consentimiento de los padres/tutores 2024-2025

### Registro computarizados de los estudiantes

Las Escuelas Públicas de Cincinnati (Cincinnati Public Schools, CPS) se asocia con varias organizaciones para ayudar con las necesidades de los estudiantes.

Las organizaciones asociadas ofrecen una variedad de servicios relacionados con las siguientes áreas: tutoría, mentores, salud y servicios después de la escuela. Los servicios pueden coordinarse a través de coordinadores de recursos que están asignados a escuelas individuales.

Los coordinadores de recursos u organizaciones asociadas pueden solicitar acceso al sistema de registros computarizados de los estudiantes, incluyendo información del Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) para ver los datos de identificación personal de los estudiantes. Esta información también puede compartirse con el personal y voluntarios que trabajan con la organización asociada. Esto les permitirá a los coordinadores de recursos y organizaciones asociadas identificar y asignar los servicios apropiados para los estudiantes. Si se otorga el acceso, los coordinadores de recursos u organizaciones asociadas deben mantener la confidencialidad de la información de los estudiantes, y no volver a divulgar la información a personas no identificadas en este consentimiento. Los coordinadores de recursos y organizaciones asociadas solo pueden acceder a registros estudiantiles de los estudiantes de su propio programa y en la medida necesaria para realizar sus funciones. Además, los coordinadores de recursos u organizaciones asociadas pueden compartir información sobre su programa con el personal del distrito escolar y otras organizaciones asociadas que se enumeran a continuación, para brindar un mejor servicio a los estudiantes,

La información confidencial sólo se puede compartir en la medida en que la información sea relevante para el progreso educativo, seguridad o el bienestar de los estudiantes. La información de los estudiantes puede divulgarse en una emergencia médica grave que requiera la facilitación de atención médica.

Se requiere la autorización de los padres/tutores para permitir que los coordinadores y las organizaciones asociadas tengan acceso a la información de su hijo(a). Seleccione a continuación las organizaciones asociadas a las que da su consentimiento.

El/la coordinadora(a) de recursos y/o la escuela ingresarán las opciones de organizaciones asociadas a continuación

|         |         |
|---------|---------|
| ● _____ | ● _____ |
| ● _____ | ● _____ |
| ● _____ | ● _____ |

**He leído lo anterior y doy mi consentimiento a todas las organizaciones asociadas mencionadas anteriormente que sirven a Cincinnati Public Schools para divulgar, obtener e intercambiar la información de mi hijo(a) del distrito escolar y las organizaciones mencionadas anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre del padre/madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre del/la estudiante (uno por formulario)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Escuela**

\_\_\_\_\_  
**Grado**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono**

|  |
|--|
| <b>For Office Use Only/Para uso de la oficina solamente</b><br>Student ID #: _____ |
|--|



**Política de Uso Aceptable del Estudiante y Acuerdo de Seguridad de la Red/Internet**  
Cincinnati Public Schools- Año escolar 2024-2025  
*Grados PreK - 3*

**Acuerdo estudiantil**

**SIEMPRE...**



Manejaré mi iPad o computadora correctamente.

---



Usaré solo los sitios web que mis maestros aprueben.

---



Mantendré mi nombre de usuario y contraseña privados.

---



Mantendré alimentos y bebidas alejados de mi iPad o computadora.

---



Seré respetuoso(a) y amable con el uso de Internet.

---



Reportaré cualquier cosa en Internet que me haga sentir triste, asustado(a), incómodo(a) o inseguro(a).

---



Asumiré la responsabilidad si daño mi iPad o computadora.



**Política de Uso Aceptable del Estudiante y Acuerdo de Seguridad de la Red/Internet**  
Cincinnati Public Schools- Año escolar 2024-2025  
*Grados PreK - 3*

**1. ¿Qué es un Acuerdo de política de uso aceptable (AUP, por sus siglas en inglés)?**

*Política de uso aceptable.* Un acuerdo o promesa de que seguirá las reglas al usar las computadoras, iPads y otros dispositivos de la escuela.

**2. ¿Por qué es importante un AUP?**

Nuestra escuela quiere mantenerlo a usted y al equipo que usa a salvo. El AUP le indica las reglas y su trabajo al usar computadoras, iPads y dispositivos. Un AUP nos recuerda que cuando usa computadoras, iPads y otros dispositivos, no es privado. Su maestro está mirando y también lo están otros en Internet. Debe recordar ser respetuoso, responsable y seguro.

**3. ¿Qué es un MDA?**

*El Acuerdo de dispositivo móvil.* Un acuerdo o promesa que usted cuidará las computadoras, iPads y otros dispositivos de la escuela.

**4. ¿Por qué es importante un MDA?**

*El Acuerdo de dispositivo móvil* le recuerda que debe mantener las computadoras, iPads y dispositivos en buenas condiciones operativas. También le dice que hay consecuencias si destruye o daña la computadora, el iPad o el dispositivo.



**Política de Uso Aceptable del Estudiante y Acuerdo de Seguridad de la Red/Internet**  
Cincinnati Public Schools- Año escolar 2024-2025

*Grados PreK - 3*

Para preguntas, por favor llame al Centro de soporte  
tecnológico familiar (Family Technical Support Center):  
513-363-0688



# Política de uso aceptable para estudiantes y acuerdo de seguridad de Internet/red

Cincinnati Public Schools- Año escolar 2024-2025  
Grados 4-12

## Acuerdo estudiantil

### YO...



Entiendo que se espera que use mi dispositivo asignado de manera segura, responsable y únicamente con fines educativos.



Trataré mi equipo con cuidado y respeto. Entiendo que soy responsable del uso adecuado de la tecnología que se emite a mi nombre.



Seré un(a) ciudadano(a) digital respetuoso(a). No acosaré cibernéticamente, enviaré mensajes inapropiados ni usaré lenguaje inapropiado.



Notificaré a un adulto si se sospecha o identifica un problema de seguridad o de Internet.



Devolveré el dispositivo en las condiciones en que lo recibí (teclado/pantalla limpios; sin partículas de comida), porque entiendo que este dispositivo se le puede asignar a otro estudiante.



Cumpliré con las responsabilidades que se enumeran a continuación y el [Código de conducta](#) de Cincinnati Public Schools (CPS) al utilizar tecnología.

## **Responsabilidades del estudiante**

1. **Seré responsable de mi dispositivo y cuentas asignados.** No compartiré con nadie la información de mi cuenta, contraseñas u otra información utilizada para acceder a los programas. También sé que no debo acceder a cuentas bajo el nombre de otra persona. Si veo la información de otra persona, cuando uso un dispositivo compartido, se lo diré a un adulto y esperaré para usar el dispositivo hasta que un adulto haya eliminado el material.
2. **Seré amable y respetuoso con mis palabras y en la forma en que trato a los demás cuando estoy en línea.** No heriré, intimidaré, acosaré, intimidaré, acecharé ni amenazaré intencionalmente a otros estudiantes y al personal ("acoso cibernético"). Solo usaré el lenguaje en Internet y en el correo electrónico de mi escuela que usaría en el salón de clases con mi maestro. Le diré a un maestro si veo algo que lastime a otro estudiante en línea.
3. **Usaré la red de CPS de manera responsable.** No accederé, publicaré, exhibiré ni utilizaré material que no sea apropiado para la escuela. No buscaré páginas web, aplicaciones o documentos que tengan contenido inapropiado. No crearé ni compartiré fotos, videos o mensajes de texto/chats que sean inapropiados. El contenido inapropiado puede incluir lenguaje discriminatorio, mezquino, inapropiado, sexualmente explícito, violento o perturbador. No descargaré ningún archivo, incluidos archivos de música y video, a menos que un maestro me dé permiso.
4. **Seré honesto acerca de quién soy en línea.** No pretenderé ser otra persona en línea. No enviaré correos electrónicos, crearé una cuenta ni publicaré palabras, imágenes o sonidos usando el nombre de otra persona. No utilizaré el nombre de usuario ni la contraseña de otra persona. No "plagiaré". Cuando uso información de un sitio web, necesito que la gente sepa dónde obtuve la información y citar mis fuentes. Obedeceré las leyes de derechos de autor y no descargaré palabras, imágenes, videos o música que pertenezcan a otra persona.
5. **Protegeré la seguridad de la red de CPS.** No intentaré cambiar la configuración de seguridad ni instalar ningún software en los dispositivos escolares sin permiso. No usaré un teléfono, computadora portátil personal ni ningún dispositivo electrónico en la escuela sin el permiso de un maestro. No "piratearé" ningún sistema para manipular datos del distrito de otros usuarios.
6. **Protegeré toda la propiedad de CPS que me sea asignada.** No romperé ni destruiré ningún equipo a propósito. No moveré ningún equipo, incluidos teclados y ratones, sin permiso. No interrumpiré ni dañaré la tecnología del distrito (como destruir el equipo del distrito, colocar un virus en las computadoras del distrito, agregar o eliminar un programa de computadora sin permiso, cambiar la configuración en las computadoras compartidas, etc.).
7. **Me protegeré a mí mismo y a los demás mientras esté en línea.** No publicaré ningún material en el sitio web, wiki, blog, podcast o grupo de discusión de una escuela sin permiso. No publicaré una fotografía, incluida mi fotografía, con el nombre o apellido de la persona adjunto. No daré información personal (como nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social u otra información personal) mía, de otro estudiante, miembro del personal o de cualquier otra persona sin permiso o con la intención de amenazar, intimidar, acosar, o ridiculizar a esa persona.

## **Preguntas frecuentes**

### **¿Qué es un Acuerdo de Política Aceptable (AUP, por sus siglas en inglés)?**

AUP significa "Política de uso aceptable". Significa que acepta hacer únicamente cosas "aceptables" cuando utilice Internet y tecnología de Cincinnati Public Schools (CPS). Para obtener detalles sobre lo que es "aceptable", consulte los acuerdos y responsabilidades anteriores, así como las reglas de su edificio y/o salón de clases. La AUP es un acuerdo que debe firmar digitalmente para poder utilizar la red y el equipo de CPS.

### **¿Qué es un MDA?**

MDA significa "Acuerdo de dispositivo móvil". Significa que acepta manipular dispositivos y equipos de manera segura. Tenga en cuenta que dentro de este acuerdo se establece que se le pueden cobrar los costos de reparación o reemplazo de su dispositivo si hay daños causados por...

- A. juegos bruscos en las proximidades del dispositivo.
- B. derramar líquido o comida sobre el dispositivo.
- C. cerrar el monitor sobre un objeto (p. ej., bolígrafo, lápiz, calculadora, clip, etc.).
- D. no limpiar el dispositivo cuando sea devuelto.
- E. Robo del dispositivo como resultado de no asegurarlo correctamente.
- F. Pérdida de dispositivos faltantes.

### **¿Por qué CPS tiene una AUP/MDA?**

Mucha gente utiliza la red y los dispositivos escolares de Cincinnati Public Schools. Necesitamos asegurarnos que nuestros dispositivos e impresoras funcionen correctamente y que todos estén seguros y cómodos al usar la red.

### **¿Por qué tengo que ser responsable de lo que hago en la red del distrito de CPS?**

Es importante que todos seamos ciudadanos digitales responsables para que todo el personal y los estudiantes tengan espacios seguros para aprender y crecer. Usar Internet y la tecnología del distrito es un privilegio otorgado para ayudar a lograr ese objetivo. Por favor, comprenda que la red, las páginas web y las cuentas de correo electrónico de CPS NO son privadas. El personal de CPS, así como la Policía de Cincinnati, pueden "monitorear" toda la actividad en los dispositivos escolares. (Incluyendo todo lo que lees, lo que escribes y las páginas web que visitas en los dispositivos escolares). Esto se hace para garantizar que la tecnología del distrito se utilice para actividades seguras y apropiadas. Haga una pausa y piense antes de usar su dispositivo para asegurarse de no hacer nada en línea que no le gustaría que sus maestros o padres vieran.

### **¿Qué sucede si un estudiante no sigue las reglas de un AUP/MDA?**

Los AUP/MDA de CPS se implementan para garantizar que todos tengamos espacios seguros para aprender y crecer mientras usamos la tecnología. Si ve algo en línea que no cumple con los acuerdos y responsabilidades, ¡infórmele a un maestro o adulto INMEDIATAMENTE! Los estudiantes que no sigan las AUP/MDA de CPS recibirán consecuencias hasta la pérdida de los privilegios del dispositivo. Las consecuencias serán determinadas por el director de su edificio de acuerdo con las reglas y procedimientos de su escuela. Tenga en cuenta que nos comunicaremos con el Departamento de Policía de Cincinnati si sus acciones infringen una ley. Por último, usted podría ser responsable de las tarifas asociadas con su(s) dispositivo(s).



## **Education Center – Oficina de Salud y Seguridad Ambiental**

2651 Burnet Avenue Cincinnati, OH 45201-5381 Teléfono: 513-363-0107 Fax 513-363-0373

FECHA: 6/20/2024

A: Padres, personal, organizaciones escolares y grupos representativos de empleados

ASUNTO: Notificación anual de la Ley de Respuesta a Emergencias por Riesgos de Asbesto (AHERA, por sus siglas en inglés)

Se está enviando este memorándum para notificarles a los padres, al personal, organizaciones escolares y a los grupos representativos de empleados que el Distrito Público Escolar de Cincinnati cumple con los reglamentos de la Ley de Respuesta a Emergencias por Riesgos de Asbesto (Asbestos Hazard Emergency Response Act, AHERA, por sus siglas en inglés).

Estos reglamentos exigen que cada distrito escolar público, privado y parroquial inspeccione todos los edificios escolares en busca de material que contenga asbesto, evalúe la condición del material de asbesto, y elabore un plan de cómo el distrito debe manejar material que contenga asbesto.

El Distrito Escolar Público de Cincinnati ha inspeccionado todos sus edificios en busca de asbesto y ha recopilado los resultados en AHERA- *Plan de manejo de asbesto*. El plan para cada escuela está ubicado en la oficina principal de la escuela y está disponible para revisión.

El Plan de gestión de asbesto debe ser revisado cuando se planifiquen todas las renovaciones del edificio para así prevenir la alteración de asbesto. Todas las renovaciones y reparaciones planificadas en los edificios de los distritos escolares, que envuelvan la alteración de material que se conozca que contiene asbesto, son completadas por personas certificadas que están capacitadas para trabajar con material de asbesto. Estos proyectos están completados de manera segura siguiendo los procedimientos detallados en el Plan de manejo de asbesto.

El distrito escolar continúa monitoreando la condición de todo el material que contenga asbesto haciendo que los empleados verifiquen la condición cada seis meses. Además, el distrito tiene inspectores externos entrenados para conducir una re-inspección importante de todos los edificios cada tres años. Los resultados de estas inspecciones obligatorias están disponibles en el Plan de manejo de asbesto.

Si su escuela ha tenido proyectos de reducción de asbesto, encontrará una breve descripción de los proyectos en el Plan de manejo de asbesto.

Cualquier pregunta o preocupación acerca de la implementación de los reglamentos de AHERA, debe dirigirla al administrador de la escuela, quien se comunicará con el Gerente de salud y seguridad ambiental, si es necesario, para obtener aclaraciones.

Atentamente,

Steven Knapik

Gerente de salud y seguridad ambiental

Regístrese hoy



- Eduque a sus hijos sobre **cuándo y cómo** llamar al 9-1-1 en caso de una emergencia, y asegúrese que sepan la dirección donde viven.
- Cree un Perfil de Seguridad Smart911 en **www.smart911.com** para proporcionarle al personal del 9-1-1 y de primeros auxilios-policía, bomberos y Servicios Médicos de Emergencia-con información que pueda proteger a su familia en una emergencia.

**Registrarse a Smart911 le da al personal de primeros auxilios información importante que puede ayudar a ubicarlo y asistirlo en una emergencia.**

#### **Otros recordatorios de seguridad:**

- Para evitar lesiones, elija cuidadosamente la mochila de su hijo(a), para asegurarse que no sea muy pesada. Una mochila cargada no debe pesar más de 10 a 20 por ciento del peso corporal total de su hijo(a).
- No ponga el nombre de su hijo(a) en una mochila, o en ninguna ropa externa. Si el nombre de su hijo(a) se puede leer fácilmente, le facilita a personas extrañas acercarse e iniciar una conversación.
- Enséñele a sus hijos que **cualquier adulto que no conozcan es un extraño**, aun la persona se vea bien, y que nunca deben ir a ningún lado con un extraño.



Junio 2024

Estimado padre, madre o tutor:

Complete los formularios de salud necesarios y devuélvalos a la escuela de su hijo(a). Puede obtener estos formularios en su escuela o en línea: <https://www.cps-k12.org/our-students/forms>

El formulario de **Autorización para emergencias médicas** (Emergency Medical Authorization) es necesario en caso que ocurra una emergencia en la escuela. En el formulario se le da permiso a la escuela para obtener tratamiento de emergencia para los estudiantes que se enferman o sufren lesiones mientras están en la escuela, en caso que no sea posible localizar a los padres o tutores.

El formulario de **Actualización del historial de salud** (Health History Update) le da al personal de la escuela información relevante de la salud de su hijo(a) y es un **requerimiento** de la ley de Ohio. Se debe actualizar cada año escolar. Podrían ser necesarios formularios adicionales para los niños con afecciones crónicas (como asma, diabetes, trastornos de ataques, enfermedad de células falciformes). Puede obtenerlos en la oficina de salud de la escuela de su hijo(a).

Debe completar el **Formulario para administración de medicamentos de CPS** (CPS Administration of Medication) únicamente si su hijo(a) necesita un medicamento con receta médica durante la jornada escolar. Debe completar y firmar este formulario el proveedor de atención médica licenciado y el padre, madre o tutor para que podamos administrar el medicamento en la escuela.

El formulario de **Autorización para administración en la escuela de medicamentos sin receta o de venta libre** (Authorization for Administration of Over-the-Counter Medications at School) le da permiso a la enfermera, asistente de salud de la escuela, o persona designada por la dirección para dar medicamentos de venta libre a su estudiante para su mejor comodidad. **Ambos**, tanto el proveedor de atención médica **como** el padre, madre o tutor deben completar y firmar este formulario para que podamos administrar el medicamento en la escuela.

También podríamos incluir el **Paquete de inscripción del Centro de salud escolar** (School Based Health Center Enrollment Packet). Si desea que su hijo(a) reciba los servicios enumerados, complete y devuelva el paquete a la oficina de salud de la escuela. Si el estudiante ya tiene consentimiento para el Centro de salud escolar, complete la página del consentimiento, HIPPA (Derechos y responsabilidades del paciente, Información compartida, Pago por los servicios). Esta información se debe completar todos los años.

Gracias anticipadas por su atención a estos documentos importantes y por asociarse con nosotros en el cuidado del bienestar de su hijo(a).

Grant Mussman, MD, MHSA  
Comisionado Interino de Salud  
Departamento de Salud de Cincinnati

Denise M. Saker, MD, MPH, FAAP  
Directora Interina de Salud  
Departamento de Salud de Cincinnati

## Actualización del historial de salud - 2024-2025

Complete el formulario y devuélvalo a la enfermería o la oficina de la escuela. Muchas gracias.  
Las leyes del estado de Ohio exigen tener en archivo un formulario con los antecedentes médicos de cada estudiante.

Nombre del/la estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado/Salón \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Último chequeo o visita \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Última chequeo o visita \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Medicaid (encierre en un círculo: CareSource/ Molina/ United Health Care/ Paramount/ Buckeye)  
 \_\_\_\_\_ Seguro médico privado. Nombre del proveedor \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Ninguno

### ¿Ha tenido su hijo(a) historial con algunos de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la opción Sí o No)

| Historial del estudiante y luego el de la familia                      | Estudiante     | Familia        | Historial del estudiante y luego el de la familia                                   | Estudiante | Familia |
|--|----------------|----------------|---|------------|---------|
| Alergias: estacionales/Fiebre del heno                                 | SI No          | SI No          | Problemas emocionales/psicológicos  | SI No      | SI No   |
| Alergia que ponga en riesgo su vida - ¿Causa?<br>EpiPen recetado _____ | SI No<br>Sí No | SI No<br>Sí No | ¿Dolores de cabeza frecuentes/lesión craneal/trauma en la cabeza?<br>¿Cuándo? _____ | SI No      | SI No   |
| Déficit de la atención e Hiperactividad (en inglés ADD/ADHD)           | SI No          | SI No          | Dolores de estómago frecuentes  | SI No      | SI No   |
| Anemia u otros problemas de la sangre                                  | SI No          | SI No          | Problemas de audición   | SI No      | SI No   |
| Asma   | SI No          | SI No          | Enfermedad cardíaca-tipo _____  | SI No      | SI No   |
| Problemas de comportamiento _____                                      | SI No          | SI No          | Enfermedad renal- tipo _____  | SI No      | SI No   |
| Problemas de presión arterial (Alta/Baja)                              | SI No          | SI No          | Problemas de aprendizaje _____  | SI No      | SI No   |
| Problemas del desarrollo   | SI No          | SI No          | Prematuro(a) o pesó menos de 5 lb al nacer  | SI No      | SI No   |
| Cáncer-tipo: _____   | SI No          | SI No          | Trastorno convulsivo/Epilepsia/Tics   | SI No      | SI No   |
| Diarrea o constipación crónica   | SI No          | SI No          | Enfermedad de célula falciforme   | SI No      | SI No   |
| Infecciones crónicas del oído  | SI No          | SI No          | Problemas para dormir   | SI No      | SI No   |
| Depresión  | SI No          | SI No          | Problemas del habla   | SI No      | SI No   |
| Diabetes   | SI No          | SI No          | Dolor de muelas/Problemas dentales  | SI No      | SI No   |
| Consumo de drogas o alcohol durante el embarazo                        | SI No          | SI No          | Problemas de la vista/Usa lentes/espejelos  | SI No      | SI No   |
| Eczema/Condición crónica de la piel                                    | SI No          | SI No          | ¿Cirugía? ¿Qué tipo? _____  | SI No      | SI No   |

**Evaluación de riesgo de tuberculosis (TB):**

**¿Ha estado su estudiante en contacto con algunas de las siguientes personas?:** inmigrantes de otro país, alguien diagnosticado o tratado por TB, niños o adultos encarcelados, infectados de VIH/SIDA, personas sin hogar/indigentes, residentes de hogares de ancianos, niños o adultos institucionalizados, consumidores de drogas ilícitas, o trabajadores agrícolas migrantes?

**Para su hijo(a), encierre en un círculo Sí o No a continuación y explique las respuestas Sí.**

¿Diagnosticado o tratado por TB? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Inmigración de otro país? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Ha viajado a otro país? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Ha estado en la cárcel o en un 2020 (Centro de detención juvenil)? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) la vacuna de COVID-19? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Fechas:

Indique cualquier problema o condición médica **ACTUAL** que tenga su hijo(a) (puede ser lo mismo que indicó anteriormente):

Indique cualquier **alergia** (incluye alergias a **alimentos, medicamentos**, ambiental, estacional, etc.):

Indique cualquier restricción de dieta (médica o no médica):

¿Visita su hijo(a) algún especialista? En caso que sí, indique la condición, nombre del médico, y teléfono

Indique cualquier medicamento (con o sin receta) que su hijo(a) toma **en casa** diariamente o cuando lo necesite (como medicamento para el déficit de la atención (ADHD, por sus siglas en inglés), alergias, asma, o dolores de cabeza):

**NOTA ESPECIAL:** Si su hijo(a) necesita tomar cualquier medicamento en la escuela, incluyendo medicamentos de emergencia (como un inhalador o Epi Pen), debe completar un formulario de Administración de medicamentos de CPS (disponible en la escuela)

¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación, lesiones graves u hospitalizaciones? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; explique:

¿Ha estado su hija embarazada? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; explique: \_\_\_\_\_

---

¿Ha sido su hijo(a) víctima de abuso? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; explique \_\_\_\_\_

---

¿Le ha pasado algo malo, trágico o triste a su familia? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; explique: \_\_\_\_\_

---

### **Preocupaciones escolares**

¿Está su hijo(a) en una clase de educación especial? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; explique: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido su hijo(a) algún grado? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; detalles: \_\_\_\_\_

¿Se mete su estudiante en problemas a menudo en la escuela? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_; detalles:

---

¿Cuáles son las calificaciones de su hijo(a) en la boleta/nota de calificaciones? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún cambio recientemente en sus calificaciones? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante el horario escolar?** Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_



## Formulario de autorización para emergencias médicas

Complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_ Aula principal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Año: \_\_\_\_\_ Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Propósito** – permitir a los padres y tutores autorizar el servicio de atención médica de emergencia para los niños que se enfermen o lastimen mientras se encuentran bajo la autoridad de la escuela cuando los padres o tutores no se puedan localizar.

### Padres o tutores residenciales

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_  
Otro nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar o persona que brinda el cuidado infantil: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### DEBE COMPLETAR LA PARTE I O LA PARTE II

**PARTE I: Autorización.** Autorizo a llamar a los siguientes proveedores médicos y al hospital local:

**Doctor:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_  
**Dentista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_  
**Médico especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_  
**Hospital local:** \_\_\_\_\_ **Teléfono sala de emergencia:** ( ) \_\_\_\_\_

En caso de que los intentos razonables de contactarme no hayan tenido éxito, el aquí firmante autorizo a (1) la administración de cualquier tratamiento que sea considerado necesario por los doctores arriba mencionados o por cualquier otro doctor o profesional médico, dentista, en el caso que los especialistas solicitados no se encuentren disponibles o localizables; y (2) el traslado de mi hijo(a) a cualquier hospital que esté razonablemente accesible. La presente autorización no cubre cirugías mayores a menos que las opiniones médicas de dos médicos más o dentistas titulados coincidan en la necesidad de dicha cirugía, antes de la realización de dicha cirugía.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

---

**PARTE II: NEGATIVA A OTORGAR CONSENTIMIENTO.** NO doy mi autorización para el tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a). En el caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento médico de emergencia, deseo que la escuela tome las siguientes medidas:

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Departamento de Salud de Cincinnati**  
**Paquete de inscripción del Centro de salud escolar (SBHC)**  
**Para estudiantes en escuelas sin Centro de salud escolar (Non-SBHC schools)**

**COMPLETE Y FIRME TODAS LAS PAGINAS.**

NOMBRE DEL PACIENTE/ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino (M/F)

Transgénero: Hombre a mujer/Mujer a hombre o No binario

Seguro social del estudiante \_\_\_\_\_ No. Tarjeta de seguro Médico/ID del seguro \_\_\_\_\_

CareSource  Molina  Buckeye  Paramount  United Health Care  Sin seguro  OTRO \_\_\_\_\_

**SERVICIOS DENTALES:**



**SI**, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba **SERVICIOS DENTALES** en un Centro de salud escolar del Departamento de salud de Cincinnati (CHD) o Centro de salud escolar (SBHC)/clínica móvil, incluyendo cuidados preventivos, exámenes dentales, rayos x, selladores, obturaciones, anestesia local, extracción de diente y tratamientos de canal si son necesarios. Selladores y otros procedimientos preventivos se ofrecen en la escuela. Mi hijo(a) debe ser **TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO** por un representante escolar para recibir servicios dentales. Yo, el padre/madre o tutor del estudiante arriba mencionado, libero a la Ciudad de Cincinnati, a sus concejales municipales, empleados, agentes y representantes autorizados, y al Distrito Escolar Público de Cincinnati (CPS, por sus siglas en inglés), a su Junta Educativa, administradores, empleados, agentes y representantes autorizados, de cualquier responsabilidad relacionada con daños o lesiones personales que resulten de transportar a mi estudiante para recibir servicios de salud.

**NO**, no quiero que mi hijo(a) reciba **SERVICIOS DENTALES**

**SERVICIOS OFTALMOLOGICOS:**



**SI**, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba **SERVICIOS OFTALMOLOGICOS** en el centro de la vista OneSight ubicados en las escuelas Oyler o en Academy of World Languages (AWL), que puede incluir exámenes completos de la vista con dilatación, terapia de la visión, y el montaje y distribución de corrección de la vista. Mi hijo(a) debe ser **TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO** por un representante escolar para recibir servicios de la vista. Yo, el padre/madre o tutor del estudiante arriba mencionado, libero a la Ciudad de Cincinnati, a sus concejales municipales, empleados, agentes y representantes autorizados, y al Distrito Escolar Público de Cincinnati (CPS, por sus siglas en inglés), a su Junta Escolar, administradores, empleados, agentes y representantes autorizados, de cualquier responsabilidad relacionada con daños o lesiones personales que resulten de transportar a mi estudiante para recibir servicios de salud.

**NO**, no quiero que mi hijo(a) reciba **SERVICIOS OFTALMOLOGICOS**

**SERVICIOS MEDICOS:** Disponibles en los siguientes lugares: Aiken, AWL, Children's Home of Cinti, JP Parker, Mt. Airy, Oyler, Riverview, Roberts, Roll Hill, Ethel Taylor, Taft HS, West Hi/Dater HS, and Withrow HS)



**SÍ**, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba **ATENCIÓN MÉDICA**, incluido el chequeo infantil de rutina\* (por ejemplo, exámenes físicos en el trabajo, la guardería y los deportes), vacunas apropiadas, barniz de flúor y tratamiento para enfermedades o lesiones, incluidos medicamentos de venta libre, a menos que se necesiten servicios de emergencia. (\*Nota: el cuidado infantil sano incluye exámenes de visión y audición, análisis de sangre y orina, vacunas según sea necesario y un examen genital externo cuando corresponda). Mi hijo(a) puede ser **TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO** hacia y desde los servicios médicos por una persona designada por la escuela. Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, libero a la ciudad de Cincinnati, a los miembros del Concejo Municipal, a los empleados y a los agentes y representantes autorizados y al Distrito de Escuelas Públicas de Cincinnati (CPS), a su junta directiva por lesiones personales o daños resultantes del transporte. de mi estudiante hacia y desde los servicios de salud.

**\*Tenga en cuenta: en Ohio, los menores pueden acceder a servicios confidenciales para infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, incluido el suministro de anticonceptivos como condones o píldoras anticonceptivas sin el consentimiento de los padres.**

**NO**, no quiero que mi hijo(a) reciba **SERVICIOS OFTALMOLOGICOS**



Firma Padre/Madre/Tutor (o paciente si es mayor de 18 años) \_\_\_\_\_ Nombre Padre/Madre/Tutor (en letra de molde) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Teléfono #1 \_\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_\_ Teléfono #3 \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ APTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) obtenga los servicios que he marcado en las casillas anteriores. Estoy de acuerdo con los términos y las condiciones que se establecen en relación con el PAGO DE LOS SERVICIOS y el INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MEDICA como se explica en el formulario de Descripción del Programa que acompaña este formulario (adjunto). Este consentimiento es válido hasta que sea cancelado por escrito por el madre/madre o tutor.**

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE/PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para proveer servicios de salud para su hijo/a, necesitamos la siguiente información:**

Nombre Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_ No. seguro social del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historial de salud de su hijo(a)**

❖ ¿Tiene un **médico de atención primaria**?  SI  NO

Nombre del médico/clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico anual (de pies a cabeza): \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene un **dentista primario**?  SI  NO

Nombre del dentista/clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último chequeo rutinario dental: \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene un **médico primario de la vista**?  SI  NO

Nombre del oftalmólogo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Fecha del último chequeo rutinario de la vista: \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene una **farmacia preferida**?  SI  NO

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Indique cualquier problema o condición médica **ACTUAL** que tenga su niño(a):

Indique cualquier **alergia** (incluye alergias a **alimentos, medicamentos**, ambiental, estacional, etc.):

¿Visita su hijo(a) algún especialista? En caso positivo, favor indicar la condición, nombre del médico, y teléfono.

Favor indicar cualquier medicamento (con o sin receta) que su niño(a) toma **en casa** diariamente o cuando lo necesite (como medicamento para el déficit de la atención (ADHD, por sus siglas en inglés), alergias, asma, o dolores de cabeza):

**\*\*NOTA ESPECIAL:** Si su hijo(a) necesita tomar cualquier medicamento en la escuela, incluyendo medicamentos de emergencia (como un inhalador o Epi Pen), debe completar un formulario de Administración de medicamentos de CPS\*\*

¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación, lesiones graves u hospitalizaciones? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_

Proporcione las razones y fechas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hija embarazada? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Si contestó que SI, ¿cuántos han nacido con vida? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo(a) víctima de abuso? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_

¿Le ha pasado algo malo, trágico o triste a su familia? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones Escolares: Si marcó SI en cualquiera de las preguntas, explique en la línea ofrecida.**

¿Está su hijo(a) en una clase especial? (Educación especial/IEP/Plan 504)  SÍ  NO \_\_\_\_\_

¿Ha repetido su hijo(a) algún grado?  SÍ  NO \_\_\_\_\_

¿Se mete en problemas a menudo en la escuela?  SÍ  NO \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las calificaciones de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Es esto un cambio?  Sí  No

## Consentimiento para sedación con óxido nitroso

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Si su hijo(a) necesita tratamiento dental, puede ser beneficioso o necesario utilizar sedación con óxido nitroso para completar el tratamiento dental. El óxido nitroso relaja a los niños, los hace sentir más cómodos, y tienen una mejor experiencia en sus citas dentales. Al firmar este formulario por adelantado, será más fácil para nosotros cumplir con el tratamiento de una manera más oportuna y eficiente. Trataremos de llamarlos antes de administrar el óxido nitroso. Por favor, lea lo siguiente y firme en la parte inferior si usted da su consentimiento al tratamiento con sedación con óxido nitroso. Sólo se utilizará si es necesario.**

Doy permiso para que un dentista del Departamento de Salud de Cincinnati le administre a mi niño/ a sedación con óxido nitroso si se le indica. Entiendo que algunos efectos secundarios pueden ocurrir, entre ellos:

1. Náuseas y vómitos, sugerimos no comer alimentos por lo menos dos horas antes de la cita.
2. Sudoración excesiva y el paciente puede ponerse rojo o rojizo.
3. Una inusual salivación excesiva.
4. Aunque no es común, el paciente puede tener una sensación de tener escalofríos.
5. En circunstancias excepcionales, puede volverse temporalmente hiperactivo.

Los beneficios incluyen relajación y posiblemente eliminar la necesidad de inyectar un anestésico local (novocaína). Para aquellos pacientes que necesitan ambos (el óxido nitroso y la anestesia local), el uso de óxido nitroso/oxígeno hará que las inyecciones sean mucho más fácil para el paciente.

En ningún momento el paciente se duerme y en todo momento se le dará al paciente más oxígeno que el que está presente en la sala. Los pacientes serán supervisados continuamente por el dentista y el personal, así como uno de los padres puede estar presente si así lo solicita.

Si desea estar presente, por favor, haga una nota en la parte superior de este formulario y estaremos encantados de concertar una cita a su conveniencia.

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba sedación con óxido nitroso como lo considere necesario el odontólogo. Tengo entendido que el personal odontológico intentará comunicarse conmigo antes de administrar el óxido nitroso.

No doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba sedación con óxido nitroso.



\_\_\_\_\_  
Firma (padre, madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

# FAVOR REVISAR LA SIGUIENTE INFORMACION

Descripción del programa  
Centro de salud escolar  
Departamento de salud de Cincinnati (CHD)

Bienvenido al Centro de salud Escolar (SBHC, por sus siglas en inglés). El Centro de Salud escolar tiene a disposición de todos los estudiantes servicios médicos, dentales y de la vista cuando sean necesarios. Si sus niños o adolescentes se enferman en la escuela o si necesitan un examen, un chequeo físico para deportes, vacunas, cuidado dental rutinario, o un examen de la vista, el Centro de salud escolar puede ayudar. Si sus niños/adolescentes desarrollan un problema dental en la escuela, un dentista puede verlos en cualquiera de los centros de salud escolares en las escuelas Academy of World Languages, Withrow High School, Western Hills High School, Oylar School; y en Crest Smiles Shoppe, u otros centros de salud del Departamento de Salud de Cincinnati (CHD). ¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la solicitud? Llame al Programa de salud escolar del Departamento de salud de Cincinnati, (513) 357-2809, o contacte a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

## Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

- Tratamiento, cuidado y acomodaciones respetuosas e igualitarias sin importar la raza edad, grupo étnico, religión, sexo u orientación sexual.
- Una evaluación de salud y un plan de cuidado con la participación del paciente.
- Acceso a hablar abiertamente con su proveedor de atención médica disponible de manera privada.
- El paciente acepta la responsabilidad de cumplir con los planes de tratamiento recomendados.
- Tiene 30 días para completar los formularios de seguro o de discapacidad.
- El paciente notificará al Centro de Salud Escolar si recibe tratamiento en una Sala de Emergencia o en un hospital.
- En caso de emergencias fuera de horario, el paciente debe llamar al 911, o ir a la sala de emergencia más cercana. Si el paciente tiene un problema de urgencia y quiere hablar con un proveedor médico de llamada: (513) 357-7320

## Respecto al PAGO POR LOS SERVICIOS:

- Si no tiene seguro médico para su niño/a, usted será responsable de pagar la factura con un **descuento aplicable**. A ningún niño se le negará atención médica por incapacidad de pagar por los servicios.
- Si usted no tiene seguro médico para su hijo(a), se le pedirá información sobre sus ingresos, en conformidad con los requerimientos federales, y para determinar si califica para una reducción o exención de pago según la escala del Departamento de salud Cincinnati. Esta información será estrictamente confidencial.
- No se le negará la atención médica a nadie debido a la incapacidad de pagar por los servicios.
- ¿Necesita asistencia para solicitar Medicaid? Pase por nuestro centro o llame al 513-357-2787.

## Respecto al INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de salud escolar podrá solicitar expedientes médicos/información de un proveedor o lugar que haya visitado su hijo/a.
- El Centro de salud escolar enviará los resultados de la visita a la clínica/doctor donde ven a su hijo/a normalmente.
- La PHHC, Centro de salud escolar y/o el Departamento de salud Cincinnati (CHD) y la enfermera de la escuela, compartirán la información médica según sea necesario.
- La escuela tiene otros recursos comunitarios disponibles, incluyendo servicios de salud mental. Si los servicios de salud mental son necesarios, el centro de salud médico puede referirlo al profesional de salud mental en la escuela de su hijo/a o a un sitio de la comunidad. El profesional de salud mental se pondrá en contacto con su consentimiento. El centro de salud médico y el profesional de salud mental coordinarán el cuidado del niño(a), según sea necesario. Toda la información será estrictamente confidencial.
- Las fechas de servicio con respecto al cuidado médico, dental y de la vista (tales como vacunas, chequeos anuales de bienestar, y cuidado del asma) pueden ser compartidas con la escuela de su hijo(a) si usted está de acuerdo y firma el formulario de Autorización adjunto a este consentimiento.

Tengo el derecho de recibir o revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad:

- He recibido o revisado una copia (firma y fecha) \_\_\_\_\_
- No quiero una copia (firma y fecha) \_\_\_\_\_

Autorizo al Centro de salud escolar a llamar al teléfono de mi casa o al celular y dejar un mensaje con un adulto que responda la llamada o en un buzón de voz con respecto al cuidado médico de mi hijo(a), incluyendo resultados de laboratorio.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FLUORURO DIAMINO DE PLATA

El fluoruro diamino de plata (SDF, por sus siglas en inglés) es un líquido antimicrobiano que se usa para tratar la sensibilidad dental y para detener la caries dental. Puede que sea necesario re-aplicar SDF para controlar mejor el progreso de las caries y se recomienda usarse cada 3, 6 o 12 meses, pero puede aplicarse tan frecuentemente como sea necesario. El tratamiento con SDF puede postergar la necesidad de empastes dentales o coronas para reparar la función o estética. Los procedimientos adicionales pueden tener un costo separado.

### Datos para su consideración:

- El procedimiento implica: 1) Aislamiento adecuado del área y secado de los dientes afectados. 2) Aplicar una pequeña cantidad de SDF en el área careada. 3) Dejar que el SDF actúe en la superficie del diente por lo menos por 1 minuto, preferiblemente hasta 4 minutos. 4) Enjuagar la lengua y la mucosa oral.
- No me deben tratar con SDF si: 1) Soy alérgico(a) a la plata o al amoniaco. 2) Hay llagas dolorosas o áreas en carne viva en las encías o en cualquier lugar en mi boca (es decir, gingivitis ulcerosa, gingivostomatitis).

### Beneficios del tratamiento con SDF:

- Es rápido, fácil y sin dolor.
- No hay necesidad de anestesia.
- Ataca 80% de las caries cuando se aplica dos veces al año.
- Puede ayudar a aliviar la sensibilidad dental.
- Es una opción de tratamiento temporal para pacientes jóvenes, temerosos, o pacientes con necesidades especiales que pueden necesitar sedación para atención dental extensa.



### Riesgos relacionados con el SDF:

- **El área afectada quedará manchada de negro permanentemente.** La estructura del diente sano no se manchará. La estructura del diente manchado no se puede cubrir con un empaste o con una corona en el futuro.
- Si por accidente el SDF es aplicado en las encías o en la piel, puede aparecer una mancha marrón o blanca. Este cambio de color no es perjudicial, pero no se puede lavar y desaparecerá en unos días a 2 semanas.
- Puede notar temporalmente un sabor metálico.
- El SDF puede que no funcione para todas las caries y la enfermedad puede progresar con una mala higiene bucal e impacto de alimentos. En ese caso, el diente afectado necesitará tratamiento adicional que puede implicar un empaste o una corona, terapia de tratamiento de canal/nervio, extracción, o referencia para atención dental especializada.

### Las alternativas al SDF incluyen, pero no están limitadas, a las siguientes:

- Ningún tratamiento, lo que puede conducir al progreso de caries, dolor intenso e infección dental más grave.
- Dependiendo de la zona y la magnitud de la caries dental, así como del nivel de comportamiento y cooperación del paciente, otros tratamientos pueden incluir barniz de fluoruro, un empaste o corona, extracción o referencia a un especialista.

*Certifico que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He visto la foto que muestra la decoloración de las caries luego de la aplicación del SDF. Doy mi consentimiento para el tratamiento de Fluoruro Diamino de Plata (SDF) con un dentista u otro personal dental calificado en cualquier sitio dental operado por el Departamento de salud de Cincinnati.*

Nombre del paciente (Patient Name): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of Birth): \_\_\_\_\_

Firma del tutor/paciente (Patient/Guardian Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Firma del personal dental de CHD (CHD Dental Staff Signature): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_



## Autorización para la administración de medicamentos de venta libre en la escuela

Este formulario vence al final del año escolar actual (2024-2025)

|                          |          |                     |                |               |
|--------------------------|----------|---------------------|----------------|---------------|
| Nombre del/la estudiante |          | Fecha de nacimiento | Año escolar    |               |
| Dirección                | Nº apto. | Ciudad              | Estado         | Código postal |
| Escuela                  |          | Grado               | Salón de clase |               |

Como padre/tutor del alumno, autorizo que mi hijo reciba los siguientes medicamentos durante el horario escolar o durante actividades que se realicen después del mismo. Acepto proporcionar el medicamento que mi hijo necesite en el envase original con etiqueta, con el sello protector intacto.

**(Encierre con un círculo la respuesta "Sí" o "No" por cada medicamento. El médico completará la dosis y la hora o frecuencia)**

| Medicamento sin receta<br>(A ser completado por los padres)                               | Marque con un círculo |    | Dosis<br>(A ser completado por el médico) | Hora/Frecuencia<br>(A ser completado por el médico) |
|---|-----------------------|----|---|---|
|   | Sí                    | No |   |   |
| Acetaminofén (Tylenol) para el dolor de cabeza, dolor de muelas o dolores menores         | Sí                    | No |   |   |
| Ibuprofeno para dolor de cabeza, dolor de muelas, dolores menores o calambres menstruales | Sí                    | No |   |   |
| Crema o loción para la picazón  | Sí                    | No |   |   |
| Pastillas para la tos   | Sí                    | No |   |   |
| Tums (antiácido para el malestar estomacal)   | Sí                    | No |   |   |

¿Es el/la estudiante alérgico(a) a algún medicamento?  No  Sí Es alérgico(a) a \_\_\_\_\_

Reacciones graves que deben informarse al médico: \_\_\_\_\_

### Proveedor del estudiante (médico/enfermero/dentista) \*Completar la dosis y la frecuencia en la tabla anterior

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Tel. de emergencia \_\_\_\_\_

Autorizo a la enfermera escolar del Departamento de Salud de Cincinnati o a la persona designada por las Escuelas Públicas de Cincinnati a administrar a mi hijo(a) los medicamentos indicados para aliviar su malestar. Acepto indemnizar o mantener a salvo al Departamento de Salud de Cincinnati y a las Escuelas Públicas de Cincinnati y sus agentes de toda reclamación que pueda surgir como resultado de todas y cada una de las acciones que realicen de acuerdo con esta autorización. Informaré a la escuela si hay algún cambio en esta información.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor (en letras de molde) \_\_\_\_\_

¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante el horario escolar?

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_



Departamento de Salud de Cincinnati  
Salud Escolar y de Adolescentes  
Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza (gripe) Estacional  
2024-2025

**COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLO SI QUIERE QUE SU HIJO(A) RECIBA LA VACUNA DE LA INFLUENZA**

**A. NOMBRE DE LA ESCUELA:**

|  |          |                      |               |
|--|----------|----------------------|---------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)   | (Nombre) | (Inicial 2do Nombre) | GRADO         |
| FECHA DE NACIMIENTO  | EDAD     | SEXO<br>M / F        | RAZA          |
|  |          |                      | TELÉFONO      |
| DIRECCION  | CIUDAD   | ESTADO               | CODIGO POSTAL |
| <b>ESTADO DEL SEGURO</b><br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Paramount <input type="checkbox"/> Buckeye<br><input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado _____ #Facturación del seguro _____<br>#Facturación de la Tarjeta Médica _____ #Seguro Social del Niño(a) _____<br>*No se le negará a ningún estudiante la vacuna de la gripe por falta de seguro o por incapacidad para pagar. |          |                      |               |

**B.** Para determinar si su hijo(a) necesita una dosis de refuerzo, por favor responda esta pregunta:

1. ¿Recibió su niño(a) **2 dosis** de la vacuna de gripe estacional antes de julio del 2010?    **Si**    **No**    **No estoy seguro(a)**

**C. Favor responder a todas las siguientes preguntas:**

|  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está el estudiante enfermo hoy con fiebre o enfermedad respiratoria?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene el estudiante una alergia seria a los huevos, timerosal o cualquier otro componente de la vacuna de la gripe?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha tenido el estudiante alguna vez una reacción seria a una dosis previa de la vacuna de la gripe?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido el estudiante alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (una debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas de haber recibido la vacuna contra la gripe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**D. Favor responder a todas las siguientes preguntas:**

|   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene el estudiante un problema de salud a largo plazo como enfermedad cardiaca, pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad neurológica o neuromuscular (por ej. diabetes), anemia u otro desorden de la sangre?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si el estudiante tiene entre 2 a 4 años, ¿le ha dicho un médico que ha tenido asma o silbido en el pecho?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene este estudiante un sistema inmunológico debilitante por HIV/SIDA u otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico, ha recibido tratamiento a largo plazo con medicinas con altas dosis de esteroides o tratamiento de cáncer con radiación o drogas?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene la persona contacto cercano con alguien que necesite cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Está la persona tomando aspirina a largo plazo o está en una terapia que contenga aspirina? (Por ejemplo, ¿toma la persona aspirina todos los días?)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Está recibiendo el estudiante medicamentos antivirales?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está la persona embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha la persona recibido algunas de las siguientes vacunas dentro de los últimos 30 días? MMR (sarampión, paperas y rubeola), ¿Varicela, o el spray nasal de la influenza?<br>En caso positivo, indique el tipo y la fecha.<br>Vacunas recientes: _____ Fecha recibida: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E. Consentimiento**

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA:</b><br>Entiendo que recibiré la <b>Declaración de Información sobre la Vacuna contra la Gripe</b> y me ofrecerán el <b>Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Cincinnati</b> antes que mi niño(a) reciba la vacuna. |                                      |
| <b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que el estudiante nombrado en la parte posterior de este formulario reciba la vacuna de la gripe.  |                                      |
| Firma de la Persona/Padre/Madre/Tutor Legal _____<br>Nombre del Padre/Madre o Tutor en letra de molde _____<br>Teléfono celular del padre/madre o tutor: _____   | Fecha: mes _____ día _____ año _____ |

**F: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY-PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE):**

| Vaccine           | Date Dose Administered | Route                                      | Lot Number | Name and Title of Vaccine Administrator |
|-------------------|------------------------|--|------------|---|
| 2024 Seasonal Flu | / /2024                | L Arm R Arm<br><input type="checkbox"/> IM |            |   |
| Booster Dose      | / /2023                | L Arm R Arm<br><input type="checkbox"/> IM |            |   |

# Obtenga asistencia durante las horas de apoyo para padres

## ¿Busca apoyo o asistencia para conocer mejor el sistema de las Escuelas Públicas de Cincinnati (Cincinnati Public Schools, CPS)?

Ahora ofrecemos horarios de atención virtuales con la Coordinadora de Padres del Distrito de CPS, LaRonda Thomas.

Las citas duran 15 minutos y le brindan espacio para hacer preguntas, discutir cualquier inquietud o conocer cómo CPS puede ayudarlo a usted y a su hijo(a)

### Horarios de atención de apoyo para padres:

#### Lunes y miércoles

10:00 a.m. - 11:00 a.m.

2:00 p.m. - 3:00 p.m.

6:00 p.m. - 7:00 p.m.

Comuníquese con LaRonda Thomas para programar una cita por correo electrónico a [parentvoice@cps-k12.org](mailto:parentvoice@cps-k12.org) o por teléfono al **513-377-2167**.

*Hay servicios de interpretación disponibles*



## ¡Únase a un grupo de padres!

Haga la diferencia en la escuela de su hijo(a).  
¡Únase a un grupo de padres hoy mismo!

### Los grupos de padres de la escuela le ofrecen las siguientes oportunidades:

1. Hacer oír su voz.
2. Ayudar a sus hijos a alcanzar el éxito a nivel académico y socioemocional.
3. Compartir sus conocimientos y su experiencia.
4. Construir una comunidad.
5. Aprender y divertirse.

**Comuníquese con la persona a cargo del grupo de padres de la escuela o con la persona a cargo de la coordinación de recursos escolares para obtener más información.**

## ¡Establezca una Organización de Padres en su escuela!

¡Ayúdenos a lograr nuestra meta de 65 organizaciones de padres para 2025!  
¡Comuníquese con LaRonda Thomas, Campeona de Padres de CPS, para obtener información sobre cómo establecer o participar en una Organización de Padres en su escuela!



**Para obtener más información, visite**  
<https://www.cps-k12.org/parentresources>

**Correo electrónico:** [ParentVoice@cps-k12.org](mailto:ParentVoice@cps-k12.org)  
**Únase a nuestra comunidad de padres en Facebook**  
<https://bit.ly/CPSParentVoiceGroup>



## Formulario de participación de los padres

**¡Bienvenidos padres y tutores nuevos y anteriores!**  
**¿Les gustaría ser voluntarios en la escuela de su hijo(a)?**

Complete la encuesta en línea al visitar <https://bit.ly/ParentEngagementSurveySY23> o escaneando el código QR.



Si completa el formulario físico, devuélvalo a la oficina principal de la escuela de su hijo(a).

### Información del/la estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

### Información del padre / madre / cuidador

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor hora y/o día para el voluntariado:

Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_

Por favor comparta sus habilidades y áreas de interés para ser voluntario(a). Por ejemplo, tutoría, ser chaperón o chaperona, asistente en la oficina, orador(a) invitado(a) en el aula y temas de interés.

---

---

---

---

---

---

---



## ¿Está registrado(a) para votar?

Registrarse para votar o actualizar su dirección para votar es fácil — puede ir en línea, imprimir un formulario y enviarlo por correo, o ir en persona a cualquier biblioteca pública o a la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles, BMV).



Verifique el estado de su registro o regístrese ahora en <https://votehamiltoncountyohio.gov/register/>

Para votar en las elecciones especiales **del 6 de agosto de 2024**, debe registrarse antes del **10 de julio de 2024**.

Para votar en las elecciones presidenciales **del 5 de noviembre de 2024**, debe registrarse antes del **7 de octubre de 2024**.

# Formulario de Registro de Votante o Actualización de Registro Actual

Por favor lea las instrucciones atentamente. Por favor escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra. Para más información puede consultar el Sitio web del Secretario de Estado en: [VoteOhio.gov](http://VoteOhio.gov) o llamar al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

## Elegibilidad

Usted puede registrarse para votar si cumple todos los requisitos siguientes:

1. Usted es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Usted tendrá al menos 18 años de edad el día de las elecciones generales o antes de las mismas.
3. Usted habrá sido un residente de Ohio durante al menos los 30 días previos a las elecciones en las que quiere votar.
4. Usted no está encarcelado (en la cárcel o en prisión) por un delito grave.
5. Usted no ha sido declarado incompetente a fines de votación por un tribunal testamentario.
6. Usted no ha sido privado de sus derechos de forma permanente por violaciones de leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro actual en Ohio si ha cambiado de domicilio o nombre.

**AVISO:** Este formulario debe ser recibido o estar matasellado al menos 30 días antes de unas elecciones en las que usted tiene intención de votar. La junta electoral del condado le notificará el lugar donde usted vota. Si no recibe una notificación después de entregar su formulario a tiempo, por favor póngase en contacto con la junta electoral de su condado.

**Números 1 y 2 del formulario a continuación son obligatorias por ley.** Debe contestar a ambas preguntas para que su registro pueda ser procesado.

**Por favor consulte la información en el otro lado de este formulario para averiguar cómo obtener una boleta o papeleta de voto en ausencia.**

## Requisitos de Identificación

Si tiene una tarjeta de identificación estatal o una licencia para conducir de Ohio vigente, deberá proporcionar el número en la línea 10. Si no cuenta con una tarjeta de identificación estatal o una licencia para conducir de Ohio, deberá proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en la línea 10. Si no cuenta con ninguno, por favor escriba "Ninguno."

## Requisitos de Domicilio

Su domicilio de votar es el lugar que usted considera ser su domicilio permanente y no temporario. Su domicilio de votar es el lugar en lo que su habitación es fijada y el lugar a lo que, cuando usted esté ausente, tiene la intención de regresar. Si usted no tiene una habitación fijada, pero está habitante consistente y regular de un refugio o de otro lugar a lo que tiene la intención de regresar, se permite usar ese refugio como domicilio para su registro de votante. Si usted tiene preguntas sobre su circunstancia específica de domicilio, pongase en contacto con la junta electoral de su condado.

## Su Firma

En la área debajo de la flecha en casilla 14, por favor firme en cursiva y por mano o ponga su marca, teniendo cuidado de no tocar las líneas o el texto que la rodean para que cuando la junta electoral de su condado lo hacen una imagen digital, la pueden usar para identificar su firma.

**AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.**

Quiero:  Registrarme para votar en Ohio  Actualizar mi domicilio  Actualizar mi nombre

1. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?  Sí  No  
 2. ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?  Sí  No  
**Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario.**

3. Apellido  Nombre  Segundo Nombre o Inicial  Jr., II, etc.

4. Numero de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado)  Apt. o No. de Parcela  5. Ciudad u Oficina de Correos  6. Código Postal

7. Dirección Postal Adicional (si es necesario)

8. Condado (donde vive)

**FOR BOARD USE ONLY**  
SEC4010 (rev. 2/7/23)

City, Village, Twp.

9. Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO) (obligatorio)

10. Número de la licencia de conducir de Ohio, número de la tarjeta de identificación estatal o los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación)

11. No. Tfno. (voluntario)

12. DOMICILIO ANTERIOR SI ESTÁ ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior

Ciudad u Oficina de Correos

Condado Anterior

Estado Anterior

13. SÓLO CAMBIO DE NOMBRE - Nombre Legal Anterior

Firma Anterior

14. Declaro, so pena de fraude electoral, que soy ciudadano de los Estados Unidos, que habré vivido en este estado durante al menos los 30 días previos a las elecciones siguientes y que tendré al menos 18 años de edad en el momento de las elecciones generales.

Su firma



Fecha

(MES/DÍA/AÑO)

Ward

Precinct

School Dist.

Cong. Dist.

Senate Dist.

House Dist.

**PARA ASEGURAR SU INFORMACIÓN SE RECIBA,  
POR FAVOR HAGA LO SIGUIENTE**

1. Imprima este formulario.
2. Asegúrese de que todos los campos requeridos estén completos.
3. Firme su forma y escriba la fecha.
4. Doble e inserte su formulario en un sobre.
5. Envíe su formulario por correo a la junta electoral del condado.

Para la dirección de la junta electoral del condado, por favor visite  
[VoteOhio.gov/Boards](http://VoteOhio.gov/Boards)

Si tiene preguntas adicionales, por favor llame a la Oficina de  
Secretario de Estado de Ohio 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

**CÓMO CONSEGUIR UNA BOLETA O PAPELETA  
DE VOTO EN AUSENCIA**

Usted tiene derecho a votar mediante una boleta o papeleta de voto en ausencia en Ohio sin tener que dar un motivo. Las solicitudes de boletas o papeletas de voto en ausencia se pueden obtener de la junta electoral de su condado o del Secretario de Estado en [VoteOhio.gov](http://VoteOhio.gov) o llamando al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

**REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO**

Los votantes deben traer una identificación con fotografía vigente a las urnas para verificar su identidad. Los votantes que no faciliten ninguno de estos documentos aún podrán votar ejerciendo una papeleta provisional de conformidad con R.C. 3505.181. Para obtener más información acerca de los requisitos de identificación de los votantes, por favor consulte el Sitio web del Secretario de Estado en [VoteOhio.gov](http://VoteOhio.gov) o llame al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

**AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL  
SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.**



## Calendario del 2024/2025 – Propuesta final

| Agosto 2024 |    |    |    |    |    |    |
|-------------|----|----|----|----|----|----|
| Do          | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa |
|             |    |    |    | 1  | 2  | 3  |
| 4           | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
| 11          | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18          | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25          | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

| Febrero 2025 |     |    |    |    |    |    |
|--------------|-----|----|----|----|----|----|
| Do           | Lu  | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa |
|              |     |    |    |    |    | 1  |
| 2            | 3M  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 9            | 10C | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16           | 17P | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23           | 24  | 25 | 26 | 27 | 28 |    |

| Septiembre 2024 |     |    |    |    |    |    |
|-----------------|-----|----|----|----|----|----|
| Do              | Lu  | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa |
| 1               | 2P  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 8               | 9   | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15              | 16M | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22              | 23  | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29              | 30  |    |    |    |    |    |

| Marzo 2025 |    |    |    |    |     |    |
|------------|----|----|----|----|-----|----|
| Do         | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi  | Sa |
|            |    |    |    |    |     | 1  |
| 2          | 3  | 4  | 5  | 6  | 7   | 8  |
| 9          | 10 | 11 | 12 | 13 | 14Q | 15 |
| 16         | 17 | 18 | 19 | 20 | 21  | 22 |
| 23         | 24 | 25 | 26 | 27 | 28  | 29 |
| 30         | 31 |    |    |    |     |    |

| Octubre 2024 |    |    |    |    |     |    |
|--------------|----|----|----|----|-----|----|
| Do           | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi  | Sa |
|              |    | 1  | 2  | 3R | 4   | 5  |
| 6            | 7  | 8  | 9  | 10 | 11Q | 12 |
| 13           | 14 | 15 | 16 | 17 | 18  | 19 |
| 20           | 21 | 22 | 23 | 24 | 25  | 26 |
| 27           | 28 | 29 | 30 | 31 |     |    |

| Abril 2025 |     |    |    |    |     |    |
|------------|-----|----|----|----|-----|----|
| Do         | Lu  | Ma | Mi | Ju | Vi  | Sa |
|            |     | 1  | 2  | 3  | 4   | 5  |
| 6          | 7   | 8  | 9  | 10 | 11  | 12 |
| 13         | 14M | 15 | 16 | 17 | 18R | 19 |
| 20         | 21  | 22 | 23 | 24 | 25  | 26 |
| 27         | 28  | 29 | 30 |    |     |    |

| Noviembre 2024 |     |    |     |     |    |    |
|----------------|-----|----|-----|-----|----|----|
| Do             | Lu  | Ma | Mi  | Ju  | Vi | Sa |
|                |     |    |     |     | 1  | 2  |
| 3              | 4M  | 5  | 6   | 7   | 8  | 9  |
| 10             | 11P | 12 | 13  | 14  | 15 | 16 |
| 17             | 18  | 19 | 20  | 21  | 22 | 23 |
| 24             | 25  | 26 | 27C | 28P | 29 | 30 |

| Mayo 2025 |     |    |    |     |    |    |
|-----------|-----|----|----|-----|----|----|
| Do        | Lu  | Ma | Mi | Ju  | Vi | Sa |
|           |     |    |    | 1   | 2  | 3  |
| 4         | 5   | 6  | 7  | 8   | 9  | 10 |
| 11        | 12  | 13 | 14 | 15  | 16 | 17 |
| 18        | 19  | 20 | 21 | 22Q | 23 | 24 |
| 25        | 26P | 27 | 28 | 29  | 30 | 31 |

| Diciembre 2024 |    |    |     |    |     |    |
|----------------|----|----|-----|----|-----|----|
| Do             | Lu | Ma | Mi  | Ju | Vi  | Sa |
| 1              | 2  | 3  | 4   | 5  | 6   | 7  |
| 8              | 9  | 10 | 11  | 12 | 13  | 14 |
| 15             | 16 | 17 | 18  | 19 | 20Q | 21 |
| 22             | 23 | 24 | 25P | 26 | 27  | 28 |
| 29             | 30 | 31 |     |    |     |    |

| Junio 2025 |    |    |    |     |    |    |
|------------|----|----|----|-----|----|----|
| Do         | Lu | Ma | Mi | Ju  | Vi | Sa |
| 1          | 2  | 3  | 4  | 5   | 6  | 7  |
| 8          | 9  | 10 | 11 | 12  | 13 | 14 |
| 15         | 16 | 17 | 18 | 19P | 20 | 21 |
| 22         | 23 | 24 | 25 | 26  | 27 | 28 |
| 29         | 30 |    |    |     |    |    |

| Enero 2025 |     |    |    |    |    |    |
|------------|-----|----|----|----|----|----|
| Do         | Lu  | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa |
|            |     |    | 1P | 2  | 3  | 4  |
| 5          | 6   | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
| 12         | 13  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19         | 20P | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26         | 27  | 28 | 29 | 30 | 31 |    |

| Julio 2025 |    |    |    |    |    |    |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| Do         | Lu | Ma | Mi | Ju | Vi | Sa |
|            |    | 1  | 2  | 3  | 4P | 5  |
| 6          | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
| 13         | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20         | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27         | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |

### Leyenda

- Primer día de clases
- Ultimo día de clases
- Jornada de trabajo para los maestros
- Día de capacitación profesional del distrito-No hay clases
- Día de capacitación profesional de la escuela – No hay clases
- Feriado / Receso  
Escuelas y oficinas cerradas
- Feriado / Receso  
Solo las escuelas están cerradas
- C  
Días de intercambio por conferencias de los maestros –  
Escuelas cerradas
- R  
Días de intercambio de registros de los maestros – Escuelas cerradas
- Día de recuperación por el clima (si es necesario)
- Q Fin del trimestre
- M Semana de mitad de período
- P Día feriado pagado \*

### Notas

171 Días de estudiantes  
191 Días de maestros  
1050 - 1137.5 Horas de instrucción

\* Personal de CPS: revisen los calendarios de nómina para obtener detalles adicionales sobre el calendario y los días feriados pagados.



## **Fechas y detalles del calendario 2024-25**

|              |   |
|--------------|---|
| Ago 8        | Jornada de trabajo para los maestros  |
| Ago 9        | Día de capacitación profesional del distrito  |
| Ago 12       | Día de capacitación profesional del distrito  |
| Ago 13       | Día de reunión profesional de las escuelas  |
| Ago 14       | Primer día de clases para los estudiantes   |
| Sept 2       | Feriado-Día del trabajo – Escuelas y oficina central cerradas   |
| Sept 16      | Semana de mitad de período  |
| Sept 23      | Día de capacitación profesional del distrito - No hay clases  |
| Oct 3        | Feriado/Receso – Solo las escuelas están cerradas – Día de registros                                    |
| Oct 11       | Fin del primer trimestre  |
| Nov 4        | Semana de mitad de período  |
| Nov 5        | Día de elecciones – Solo las escuelas están cerradas  |
| Nov 11       | Feriado-Día de los veteranos – Escuelas y oficina central cerradas                                      |
| Nov 25       | Feriado/Receso – Solo las escuelas están cerradas   |
| Nov 26       | Feriado/Receso – Solo las escuelas están cerradas   |
| Nov 27       | Feriado/Receso – Escuelas cerradas – Día de conferencias  |
| Nov 28       | Feriado-Día de acción de gracias – Escuelas y oficina central cerradas                                  |
| Nov 29       | Feriado/Receso – El personal debe referirse al calendario de nómina                                     |
| Dic 20       | Fin del segundo semestre  |
| Dic 23-Ene 3 | Receso de invierno – Solo las escuelas están cerradas (10 días)   |
| Dic 24-25    | Feriado-Nochebuena y Navidad  |
| Dic 31       | Feriado/Receso - El personal debe referirse al calendario de nómina                                     |
| Ene 1        | Feriado-Año nuevo   |
| Ene 6        | Escuelas abiertas-reapertura de clases  |
| Ene 20       | Feriado-Día de Martin Luther King Jr. – Escuelas y oficina central cerradas                             |
| Ene 31       | Día de capacitación profesional del distrito - No hay clases  |
| Feb 3        | Semana de mitad de período  |
| Feb 10       | Feriado/Receso – Solo las escuelas están cerradas – Día de conferencias                                 |
| Feb 17       | Feriado-Día de los presidentes – Escuelas y oficina central cerradas                                    |
| Mar 3        | Día de capacitación profesional del distrito - No hay clases  |
| Mar 14       | Fin del tercer trimestre  |
| Mar 24-28    | Receso de primavera – Solo las escuelas están cerradas (5 días)   |
| Mar 31       | Escuelas abiertas-reapertura de clases  |
| Abr 14       | Semana de mitad de período  |
| Abr 18       | Feriado/Receso – Solo las escuelas están cerradas – Día de registros / Día de recuperación por el clima |
| Mayo 22      | Fin del cuarto trimestre – Último día de clases para los estudiantes                                    |
| Mayo 23      | Jornada de trabajo para los maestros – Último día para los maestros                                     |
| Mayo 26      | Feriado-Día de los caídos (Memorial Day) – Escuelas y oficina central cerradas                          |
| Junio 19     | Feriado-Juneteenth (Día de la emancipación) – Escuelas y oficina central cerradas                       |
| Julio 4      | Feriado-Día de la independencia – Escuelas y oficina central cerradas                                   |

\* Todo el personal de CPS debe consultar su calendario de nómina para verificar sus días feriados pagados y sus recesos según su clasificación laboral.

V2824-1

