

**ALEXANDER HAMILTON JR./SR. HIGH SCHOOL  
98 SOUTH GOODWIN AVENUE  
ELMSFORD, NY 10523**

**Los siguientes documentos son requeridos por los consejeros antes de que se haga un horario de clases:**

- ✓ Historial de Inmunizaciones/Vacunas
- ✓ Historial académico del colegio anterior para los estudiantes de secundaria
- ✓ Calificaciones más recientes de los estudiantes de escuela intermedia
- ✓ IEP(Programa Individual Académico) o 504, si se aplica

**Por favor revise la lista de formas, llene y devuelva al Departamento de Consejo.**

- Solicitud de expediente académico del colegio previo
- Forma de prueba para nuevos estudiantes
- Poliza de Uso de Internet (Computer Network for Education)
- Forma de Información de salud
- Certificado de salud de NYS (ambos lados)
- Authorization de uso y solicitud de información de salud
- Forma del dentista
- Historial de Inmunizaciones/Vacunas

***Por favor haga una cita para revisar los documentos con la oficina de consejo.  
Por favor llame al 914-592-8532 o venga en persona a la oficina 106.***

**! Gracias!**

Alexander Hamilton High School  
98 South Goodwin Avenue  
Elmsford, NY 10523  
Phone No. 914-592-8532  
Fax No. 914-592-3343

DATE/FECHA: \_\_\_\_\_

Last School Attended/Colegio Previo:

\_\_\_\_\_  
Name of Last School Attended /Nombre del colegio PREVIO

\_\_\_\_\_  
Address of Last School Attended/Direccion del colegio PREVIO

I hereby authorize and request the Guidance Department of my child's Jr./Sr. High School to send a copy of his/her. ( Autorizo a la oficina de Consejo que solicite una copia del historial académico y de salud de mi hijo) ACADEMIC and MEDICAL records to:

**Guidance Department  
Alexander Hamilton High School  
98 South Goodwin Avenue  
Elmsford, NY 10523**

Attn: \_\_\_\_\_

Student (s) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
nombre del estudiante fecha de nacimiento

Student (s) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
nombre del estudiante fecha de nacimiento

Student (s) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
nombre del estudiante fecha de nacimiento

Signature of Parent/Guardian/Firma del Padre o tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**IMPORTANT:** Please be sure that the official transcript sent includes the following:

1. Date of birth
2. Date of Withdrawal
3. Grades and credits earned to-date of withdrawal
4. Health Record
5. Regents Competency Test Information
6. Any other pertinent information about the student(s), i.e., Psychological, Special Needs, etc.

Thank you,  
Guidance Department  
Alexander Hamilton

ELMSFORD UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
98 SOUTH GOODWIN AVENUE  
ELMSFORD, NY 10523  
914-592-8532

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

Estimado Padre o Tutor,

La regulación 117, sección 117.1 del comisionado de educación del estado de Nueva York ha establecido estándares que son para probar a todos los estudiantes nuevos que entran al colegio público.

Por esta regulación, el departamento de Educación del Estado de Nueva York requiere que todos los colegios hagan una prueba a todos los estudiantes nuevos, con el propósito de identificar los estudiantes con posibles discapacidades o dotados.

En acuerdo con la regulación se harán pruebas en las siguientes áreas de desarrollo:

Desarrollo Cognitivo  
Desarrollo Lingüístico  
Desarrollo Motor  
Logros Académicos

Usted puede recibir información sobre la prueba por medio del director del colegio a nivel de primaria o por el consejero a nivel de secundaria.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Director o Consejero

He leído el contenido de esta y entiendo mi hijo será evaluado por el distrito.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ALEXANDER HAMILTON JR./SR. HIGH SCHOOL  
98 SOUTH GOODWIN AVENUE  
ELMSFORD, NY 10523

**HEALTH OFFICE**

914-592-6389

Dear Parent/Guardian,

The enclosed health forms must be completed and returned before your child starts school in September. New York State Education Department regulations mandate that all new students receive a physical and dental examination and provide proof of immunizations. This information must be presented to the Health Office in September before your child will receive his/her schedule from the Guidance Office.

Thank you for your cooperation in this matter. It will help make the registration process proceed without interruption.

Sincerely,

**Nancy Venuti-Cordero, RN**

**LA OFICINA DE SALUD**

914-592-6389

Estimados Padres y Tutores,

Tengan presente que antes de comenzar el año escolar las formas de salud adjuntas deben ser devueltas al colegio. Los reglamentos estatales requieren que todos los estudiantes nuevos tengan un examen físico, dental y provean prueba de inmunizaciones. Esta información se debe presentar a la oficina de salud en septiembre antes de recibir su horario de su consejero.

Gracias por su cooperación, será más fácil el proceso de la matriculación en septiembre si tiene todos sus documentos.

Atentamente,

**Nancy Venuti-Cordero, RN**



**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM  
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR  
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School: <b>Elmsford UFSD</b>	Grade:	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached	
<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached	
<b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached	Date of last seizure:
<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached	

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:** Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Percentile (Weight Status Category):**  <5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:**  No  Yes  Not Done      **Hypertension:**  No  Yes  Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">Laboratory Testing</th> <th style="width:10%;">Positive</th> <th style="width:10%;">Negative</th> <th style="width:10%;">Date</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TB- PRN</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sickle Cell Screen-PRN</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b></td> <td><b>Date</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated <math>\geq 5 \mu\text{g/dL}</math></td> </tr> </tbody> </table>				Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$				<p align="center"><b>List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)</b></p>
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date																					
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>																					
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$																								
<input type="checkbox"/> System Review and Abnormal Findings Listed Below																								
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech																				
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional																				
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal																				
<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code*																				
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached			*Required only for students with an IEP receiving Medicaid																					

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**SCREENINGS**

Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>

Notes

Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.	<input type="checkbox"/> Not Done
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Notes

Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>

**RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK**

- Student may participate in all activities without restrictions.
- Student is restricted from participation in:
  - Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
  - Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
  - Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
  - Other Restrictions:**

**Developmental Stage for Athletic Placement Process** ONLY required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

**Tanner Stage:**  I  II  III  IV  V      Age of First Menses (if applicable) : \_\_\_\_\_

**Other Accommodations\*:** (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. \*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

**MEDICATIONS**

Order Form for Medication(s) Needed at School Attached

**IMMUNIZATIONS**

Record Attached       Reported in NYSIIS

**HEALTH CARE PROVIDER**

Medical Provider Signature: \_\_\_\_\_

Provider Name: *(please print)* \_\_\_\_\_

Provider Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Please Return This Form To Your Child's School When Completed.**

# Dental Health Certificate-

## Elmsford UFSD

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

### Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Sex:  Male  Female Will this be your child's first oral health assessment?  Yes  No  
Month Day Year

School: Name Grade

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities?  Yes  No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature Date

### Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address Dentist's/Dental Hygienist's Signature  
(please print or stamp)

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.  

### II. Oral Health Status (check all that apply).

- Yes  No Caries Experience/Restoration History - Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].
- Yes  No Untreated Caries - Does this child have an open cavity? [At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].
- Yes  No Dental Sealants Present

Other problems (Specify): \_\_\_\_\_

### III. Treatment Needs (check all that apply)

- No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

**ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS  
HEALTH SERVICE**

**AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITACIÓN O EL USO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> La Enfermera Escolar	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones/exámenes físicos según las regulaciones estatales de nueva york
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Historia Social
<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/> Evaluaciones/informes psicológicos
<input type="checkbox"/> Terapeuta de lenguaje	<input type="checkbox"/> Consentimiento médico según sea necesario después de una lesión o cambio en condición médica
<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas requeridas para terapia; evaluaciones
<input type="checkbox"/> Departamento de Visión	<input type="checkbox"/> Autorización para tomar medicinas durante el día escolar o excursiones escolares
<input type="checkbox"/> Oficial de Admisiones	<input type="checkbox"/> Información sobre una condición médica/tratamiento médico en cual puede tener un impacto en el ambiente escolar
<input type="checkbox"/> Trabajador Social (Escolar)	<input type="checkbox"/> Referencia del médico para servicios (OT, PT)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra:

Autorizo al médico(s) de mi niño, nombrado en esta, a compartir la información siguiente:

Esta información será utilizada para proporcionar un ambiente seguro y saludable y para desarrollar un programa apropiado para el estudiante matriculado. La matrícula del estudiante no depende sobre esta solicitud, aunque para planear el programa más apropiado para este estudiante, la información puede ser requerida. Las inmunizaciones específicas por regulaciones del estado de Nueva York SON REQUERIDAS para la matriculación. Esta solicitud se vence el último día de la matriculación del estudiante en la escuela nombrada y puede ser revocado en cualquier momento, si el pedido para cancelar es hecho por escrito a la dirección en esta forma. Tal revocación no afectará ningún informe recibido antes de la cancelación. Información de salud recibida está protegida y no será revelada sin consentimiento por regulaciones de FERPA. Una copia de esta solicitud ha sido proporcionada a mí y será mandado al apropiado proveedor de salud cuándo esos pedidos son hechos.

Renuncio mi derecho de recibir una copia de esta carta.

\_\_\_\_\_  
(Firma de estudiante de 18 años o más o del Padre/Tutor)\*\*

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\*\*Si un estudiante tiene menos de 18 años de edad, el padre o tutor legal deben firmar la forma de consentimiento. Si otro representante firma, la autoridad para actuar sobre el beneficio de estudiante:

Esta forma se conforma con todas las regulaciones de HIPPA.

ELMSFORD UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
ALEXANDER HAMILTON HIGH SCHOOL  
TRANSPORTATION ROUTES PICK-UP AND DISCHARGE POINTS

09/08/17

**ALTERNATE ROUTE # 1 – Payne Street**

**7:05 AM Bus # 727 – Driver Luz Velasquez**

Payne & N Lawn  
Payne & Winthrop  
Payne & Sears  
Payne & Cabot

**ALTERNATE ROUTE #1A**

**(VAN) 7:05 AM Van # - Driver**

Payne Rd. & Oxridge Rd.  
6 Club Lane

**ROUTE # 2 7:00 AM – White Plains Ave.**

**Bus # 726 – Driver Felicia Inoa**

White Plains Ave. & N. Lawn  
White Plains Ave. & N. Evarts  
White Plains Ave. & Winthrop  
White Plains & Sears  
White Plains & Cabot  
Nepperhan & Havens  
Nepperhan & Paulding

**ROUTE # 3 7:00 AM – Tarrytown Road & Woodfield Terrace**

**Bus # 729 – Driver Rosa Velez**

Watch Hill & Brentwood & Mailboxes – AM ONLY  
629 White Plains Rd. – AM ONLY  
Benedict Ave & Woodfield Terrace – AM ONLY  
Town Green Dr. @ Bldg. 21  
Town Green Dr. N. Village @ Recycling Center  
Nob Hill Dr. & Ridgeview Terrace  
Nob Hill Dr. & Woodland Ave.  
Woodland & Valley Ave.  
8 West Main Street

**ROUTE 3A PM 2:30 PM – Watch Hill/Old WP Rd./Benedict**

**Bus # 503**

Watch Hill & Brentwood @ Mailboxes  
629 Old White Plains Rd.  
Benedict Ave & Woodfield Terrace

**ROUTE # 4 6:55 AM - Worthington Suburban Manor**

**Bus # 730 – Driver Cuthbert Jones**

Whitehouse & Worthington  
Worthington & Balmoral Crescent  
Worthington & Finmor  
Worthington & Country Club  
Windom & Worthington  
Windom & Wren Ct.  
Sherman & Windom

**ROUTE # 4 - Continued**

**Worthington & Suburban Manor**

5 Woodlands Ave. N  
Park Avenue W & Rosa Dr.  
70 Parkview Road  
Parkview Road & Rumbrook  
Parkview Road & Valleyview  
107 Parkview  
Overhill Road & Rumbrook

**ALTERNATE ROUTE # 5 – Payne Street B**

**6:55 AM Bus #732 – Driver Michael Campbell**

172 Saw Mill River Rd  
Payne & N Evarts  
Payne & Winthrop  
Payne & Sears  
Payne & Cabot  
Hartsdale Rd. & Kathwood Rd.  
Durham Rd. & Edgewold Rd.  
Durham Rd & Worthington Terrace  
Canterbury Rd. & Durham  
Canterbury Rd. & Wayne Way  
Canterbury Rd. & Greenwood Lane  
54 Greenwood Lane

**ROUTE # 6 7:00 AM– Orchard Hill/Winthrop/Barney**

**Bus # 728 – Driver Anyelina Galvez**

Winthrop & Crest  
Winthrop & Old Knollwood  
Barney & N. French  
Barney & N. Perkins  
Barney & N. Evarts  
1 No. Goodwin  
129 N. Central Ave  
No. End Babbitt Court & Saw Mill River Road  
So. End Babbitt Court & Saw Mill River Road  
8 Sprain Brook Pkwy Dr.

**ROUTE # 7 6:55 AM N. Goodwin/Barney**

**Bus # 731 – Driver Telius Thelusma**

36 N. Goodwin Avenue  
Paulding & N. Hillside  
Barney & N. Mortimer  
Barney & N. Lawn  
Barney & N. Stone  
N. Stone & Paulding

NOTE: Students should be at stop approximately 5 minutes prior to pickup. During Hazardous weather conditions the buses that go to Payne St., Nob Hill, Watch Hill and Town Green will not go up the respective hills.

## **PÓLIZA DE USO ACEPTABLE**

Distrito Escolar Libre de Elmsford Unión  
Tecnología y redes informáticas  
Póliza de uso aceptable para el personal

El Distrito Escolar Libre de Elmsford Unión (el "Distrito") proporciona equipos técnicos, software y sistemas para apoyar las funciones administrativas y la misión educativa de sus escuelas. Esta póliza de uso aceptable ("PUA") proporciona pautas obligatorias para el uso apropiado, responsable, ético y legal de los dispositivos y sistemas tecnológicos.

Ningún conjunto de pautas o reglas puede cubrir todas las contingencias. Por lo tanto, además de cumplir con las pautas y requisitos establecidos en la PUA, se espera que cada usuario de la tecnología del distrito ejerza su buen juicio. El uso apropiado de la Tecnología del Distrito ayuda a proteger a su personal, sus estudiantes y al Distrito de responsabilidad legal y ayuda a prevenir la interrupción y / o daño a la Tecnología. Es imperativo que cada miembro del personal revise y cumpla con esta PUA.

En caso de que este documento se traduzca a cualquier otro idioma, el Distrito utilizará de forma predeterminada la versión en inglés de este documento. Todos y cada uno de los juicios se harán utilizando la versión en inglés de este documento.

### **Propiedad y Propósito**

Todo el hardware, software, sistemas operativos, medios y dispositivos de almacenamiento, cuentas de red, dispositivos de acceso a Internet, dispositivos de comunicación inalámbrica y otra tecnología en la escuela y / o instalaciones del Distrito o proporcionados por el Distrito o consultores de ti (colectivamente "Tecnología") son los propiedad del Distrito y no de nadie a quien se le proporcione o asigne la Tecnología. Esta tecnología incluye pero no se limita a computadoras, laptops, teléfonos celulares, asistentes digitales personales (por ejemplo: dispositivos Palm o Blackberry), redes de computadoras, datos y almacenamiento dispositivos, Acceso a Internet, mecanismos, software, firmware, hardware, cámaras, escáneres, teléfonos, "pizarrones" interactivos e impresoras La tecnología se debe utilizar únicamente para promover las funciones administrativas y la misión educativa del Distrito. El uso de la tecnología del distrito es un privilegio, no un derecho. La violación de las pautas y requisitos en esta PUA u otro uso inapropiado puede resultar en la suspensión o revocación del privilegio de usar la Tecnología del Distrito y / u otra acción disciplinaria.

Todos los datos, incluidos, entre otros, registros, archivos, comunicaciones (incluido el correo electrónico, mensajes de texto, mensajes instantáneos, mensajes de correo de voz y todos los demás mensajes) generados por o sobre, almacenados por o transmitidos a través de la Tecnología del Distrito (colectivamente "Datos") son propiedad del Distrito. Los empleados no deben tener expectativas de privacidad en los Datos, incluso si están etiquetados como "privados". "Confidencial" o su equivalente. El Distrito se reserva el derecho de acceder, ver, monitorear y divulgar los Datos, en cualquier momento para cualquier propósito. Los datos pueden incluir registros de acceso y contenido en cuentas basadas en la web, protegidas con contraseña a las que se accede a través de Tecnología.

## **PÓLIZA DE USO ACEPTABLE**

El uso de la Tecnología del Distrito por parte de un empleado constituye su consentimiento para este acceso y divulgación.

La "eliminación" de datos no puede eliminarlos de los dispositivos o sistemas de tecnología del distrito y el distrito se reserva el derecho de acceder, recuperar, ver, monitorear y divulgar cualquier información "eliminada".

El Distrito también se reserva el derecho de remover, borrar, modificar o de otra manera deshabilitar el acceso a cualquier material que infrinja los derechos de autor o sea ilegal, viole esta PUA o se determine que es inapropiado bajo las pautas y propósitos establecidos en esta PUA.

Además, el Distrito se reserva el derecho de registrar / registrar el uso de Internet y correo electrónico y monitorear el servidor de archivos y otra utilización de la Tecnología por parte de los usuarios o la Tecnología del Distrito y eliminar las cuentas / acceso de los usuarios para evitar actividades no autorizadas o que violen esta PUA.

Los usuarios son responsables de ejercer su buen juicio con respecto a la razonabilidad del uso personal. Los usuarios deberán mantener seguras las contraseñas y no compartirán cuentas. Los usuarios son responsables de la seguridad de sus contraseñas y cuentas. Los usuarios son responsables de lo que se haga con su cuenta y contraseña.

Debido a que la información contenida en dispositivos portátiles es especialmente vulnerable, se debe tener especial cuidado. Los dispositivos portátiles nunca deben dejarse desatendidos y no deben sacarse de la propiedad a menos que se haya otorgado permiso. Al regresar al Distrito con el dispositivo portátil, NO vuelva a conectar el dispositivo a la red sin antes hablar con alguien del departamento de USTED.

Las computadoras, que incluyen computadoras portátiles y estaciones de trabajo, no se pueden conectar a ninguna red fuera del campus (cableada o inalámbrica) sin el permiso de la administración y el uso del software VPN proporcionado por el Distrito.

El Distrito no es responsable de almacenar archivos personales de Usuarios. Los archivos de equipos individuales deben respaldarse periódicamente en su carpeta de red.

Se entiende que los administradores de sistemas y otro personal de TI, aunque se espera que se adhieran a esta póliza, no están sujetos a las áreas que harían imposible hacer su trabajo de manera efectiva y eficiente. En muchos casos, estarán exentos de diversas disposiciones dentro del curso normal de sus funciones.

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

### Alcance

Esta PUA se aplica a funcionarios, empleados, contratistas, consultores, empleados temporales, miembros de la Junta de Educación y todas las demás personas que utilizan o acceden a la Tecnología del Distrito en las oficinas, instalaciones y / o escuelas del Distrito o en cualquier otro lugar, incluyendo pero no limitado a acceso remoto en nombre del Distrito. Esta PUA se aplica a toda la Tecnología que el Distrito posee, alquila o licencia, o que el Distrito proporciona de otra manera para su uso.

### Obligaciones de Uso Adecuado y afirmación de los Usuarios

1. Los usuarios son responsables de ejercer su buen juicio con respecto al uso de Tecnología.
2. Si el Distrito asigna una (s) contraseña (s) o el usuario la crea para utilizar cualquier Dispositivo, servicio o sistema de tecnología, el usuario no revelará su contraseña a nadie.
3. Cada individuo en cuyo nombre se emite una cuenta de acceso es responsable en todo vezes para su uso adecuado y todo uso asociado con dicha cuenta.
4. Los usuarios deben cumplir con todas las leyes que rigen la tecnología, incluidas, entre otras, a los derechos de propiedad intelectual, como los derechos de autor.
5. Se espera que los usuarios cumplan con las reglas de etiqueta generalmente aceptadas. Esto incluye ser cortés y usar solo el lenguaje apropiado. Lenguaje abusivo, vulgaridades y las palabrotas son inapropiadas y están prohibidas.
6. Solo la tecnología del distrito puede conectarse a la red del distrito u otra Tecnología. Si un consultor, proveedor o visitante necesita conectarse a la tecnología del distrito, debe contar con la aprobación previa del director de tecnología. Departamento y se le pedirá que firme un documento que indique su negocio.
7. Cada usuario debe cerrar la sesión de cualquier cuenta cuando complete su abandona su estación de trabajo o dispositivo, incluso si permanece en la misma habitación o ubicación física como la estación de trabajo o el dispositivo.
8. Si un usuario cree que la Tecnología del Distrito ha sido infectada, no responde o no experimentando otras deficiencias en el desempeño, debe notificar a la carpeta de Ayuda del Edificio de Inmediato

**Priority for computer use will always be given to those engaged in classroom or curriculum-related activities.**

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

### Usos Prohibidos

1. Los usuarios no deben utilizar la tecnología para intimidar a otros, para acosar a otros, para infiltrarse sistemas o redes y / o dañar software, componentes de dispositivos, sistemas, servicios o redes (por virus o de otra manera), ya sea del Distrito o de un tercero.
2. Los usuarios no deben utilizar la tecnología para acceder, descargar, transmitir o procesar material que sea pornográfico, obsceno, ofensivo, sexualmente explícito o peligroso para la integridad de la tecnología o los dispositivos del distrito, sistemas, servicios, software, firmware o redes de cualquier otra persona o entidad.
3. Los usuarios no deben revelar su (s) contraseña (s) a otros ni permitir el uso de sus cuenta por otros. Esto incluye estudiantes y familiares y otros hogares miembros cuando se trabaja en casa
4. Los usuarios no deben enviar mensajes o archivos anónimos.
5. Uso de la Tecnología de una manera que distorsione al usuario o se haga pasar por otros están prohibidos.
- 6 Los usuarios no deben revelar a través de la tecnología las direcciones de los hogares, los números de teléfono. números de seguro social, fotografías o cualquier otra información personal sobre un estudiante a menos que la administración lo solicite específicamente.
7. Se prohíbe a los usuarios utilizar la tecnología para actividades comerciales o de presión póliza. (incluida la publicidad) o la realización de negocios privados. Los usuarios no deben instalar software / aplicaciones en la tecnología del distrito, incluyendo software / aplicaciones que se pueden descargar o cargar de Internet de forma gratuita o mediante el pago de las tarifas requeridas. Si un usuario requiere el software necesario para el desempeño de sus funciones distritales, debe comunicarse con su edificio Carpeta de ayuda y se revisará la solicitud. Los usuarios no deben modificar la configuración del software o los programas a menos que se les indique específicamente por un administrador del sistema a nivel de distrito.
10. Los usuarios no deben hacer copias no autorizadas del software / datos del Distrito.
11. Los usuarios no deben descargar ni instalar archivos protegidos por derechos de autor, incluidos pero no limitado a películas, música y juegos.
12. Los usuarios no deben deshabilitar el software antivirus ni evitar las actualizaciones periódicas de Software.
13. Los usuarios no deben eludir ni intentar eludir la seguridad, el filtro, el control o bloqueo de software de cualquier Tecnología.
14. Los usuarios no deben instalar ni conectar dispositivos personales de hardware o firmware a Tecnología del distrito o de otra manera usar hardware personal o dispositivos de firmware en conjunto con District Technology. Solo el hardware propiedad del El distrito se puede instalar, conectar o utilizar de otro modo junto con la Tecnología del distrito.
15. Los usuarios no podrán acceder a sitios de redes sociales o salas de chat a través del Distrito. Tecnología a menos que la Administración lo autorice específicamente.
16. Los usuarios no deben utilizar la tecnología para recibir, transmitir o poner a disposición de otros. mensajes que sean racistas, sexistas, abusivos o acosadores para los demás.

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

17. Está expresamente prohibido el escaneo de puertos o el escaneo de seguridad.
18. Se prohíbe expresamente el uso de la red para obtener beneficios económicos o comerciales.
19. Participar en el seguimiento, compra, venta o negociación de acciones, opciones u otros productos para uso personal están expresamente prohibidos.
20. Los usuarios no deben conectar ningún dispositivo a ningún conector de red o teléfono sin permiso previo de un administrador del sistema a nivel de distrito.

### Correo electrónico

No debe haber ninguna expectativa de privacidad en los mensajes de correo electrónico ni en los archivos o datos creados por, almacenados o transmitidos a través de la tecnología del distrito.

Los mensajes y archivos están sujetos a acceso y revisión por parte de administradores del distrito, funcionarios legales o personal de aplicación de la ley. Todos los usuarios deben saber que los mensajes de correo electrónico se pueden archivar y que se puede acceder a los mensajes antiguos. Además de las pólizas anteriores, se aplica lo siguiente al correo electrónico:

1. Se desaconseja a los usuarios que utilicen el correo electrónico del Distrito para la comunicación personal y se les pide que utilicen su mejor juicio al hacerlo.
2. Los usuarios tratarán los mensajes de correo electrónico como comunicaciones escritas.
3. Los usuarios no deben abrir archivos adjuntos de correo electrónico a menos que el correo electrónico sea de una "confianza" Fuente.
4. Los usuarios no deben enviar correos electrónicos que contengan archivos adjuntos que no estén relacionados con el Distrito Negocio.
5. Los usuarios no deben utilizar el correo electrónico para:
  - una. Enviar amenazas, acoso, discriminatorio, racista, sexista o difamatorio. mensajes;
  - b) Infiltrar sistemas informáticos y / o dañar componentes de software de un computadora o sistema informático (por virus o de otro modo);
  - c Descargar o transmitir contenido obsceno, discriminatorio o inapropiado Material
  - D. Acceder a material que sea peligroso para la integridad de la red del Distrito o Tecnología;
  - e Revelar información sobre otros, incluidos, entre otros, los estudiantes;
  - F. Envíe mensajes o archivos anónimos.
6. Los usuarios no deben leer, borrar, copiar o modificar, sin permiso, el correo electrónico. mensajes de otros y no debe interferir con la capacidad de otros usuarios para enviar o recibir mensajes de correo electrónico.
7. Los usuarios no deben enviar correos electrónicos con solicitudes personales o información relacionada con artículos a la venta (por ejemplo, boletos).

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

### Responsabilidades del distrito

El Distrito se esfuerza por proporcionar tecnología que cree que es útil y apropiada para los negocios del Distrito y la educación de sus estudiantes. El Distrito no puede y no ofrece garantía de ningún tipo, expresa o implícita, con respecto a la Tecnología proporcionada a su personal y no asume ninguna responsabilidad por la calidad, disponibilidad, precisión o viabilidad de dicha Tecnología. El Distrito no será responsable de ningún daño sufrido por ningún usuario, incluyendo, pero no limitado a, pérdida de datos o interrupciones del servicio causadas por errores, omisiones o negligencia de cualquier usuario del Distrito, ni por ninguna razón que resulte del uso de la Tecnología del Distrito. en contravención de las reglas establecidas en esta póliza.

Aunque se utiliza software de filtrado, el Distrito no puede garantizar que el uso de la Tecnología del Distrito no resulte en el acceso a información que pueda resultar molesta u ofensiva.

### Sanciones

Cualquier empleado que haya violado esta poliza puede estar sujeto a medidas disciplinarias, hasta e incluyendo el despido, perder el acceso a la computadora de manera temporal o permanente, sufrir sanciones financieras y enfrentar un posible proceso judicial por violación de las leyes locales, estatales y federales. leyes.

Acuse de recibo de la póliza de uso aceptable El abajo firmante reconoce que ha revisado esta Póliza de uso aceptable de tecnología y redes informáticas del Distrito Escolar Unificado de Elmsford y acepta utilizar la tecnología (como se define en este documento) de conformidad con esta póliza.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

DISTRITO ESCOLAR DE ELMSFORD UNION  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PADRE / TUTOR PARA EL USO  
ESTUDIANTIL DE LOS DISTRITOS RED Y TECNOLOGÍA DE COMPUTADORAS:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

He leído y acepto ayudar a mi hijo a comprender y cumplir la póliza de uso aceptable del distrito para el uso de la tecnología y la red informática del distrito por parte de los estudiantes. Entiendo que el acceso a la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito, que incluye pero no se limita al hardware, software, computadoras, redes y sistemas del Distrito, está diseñado únicamente para propósitos educativos. Entiendo que el uso de la tecnología y la red informática del distrito es un privilegio y no un derecho. Reconozco que la responsabilidad de la conducta apropiada cuando el uso de la tecnología y la red informática del distrito recae en el estudiante individual. Entiendo que se le pedirá a mi hijo que firme un acuerdo para cumplir con las reglas y pautas en la póliza de Uso Aceptable del Distrito para el Uso de la Tecnología y la Red de Computadoras del Distrito por parte de los Estudiantes. Al firmar este formulario de consentimiento y reconocimiento, doy permiso para que mi hijo tenga acceso a la tecnología y la red informática del distrito.

Reconozco que algunos materiales a los que se accede a través de la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito pueden ser controvertidos y objetables y que, si bien se utiliza software de filtrado, el Distrito no puede garantizar que el uso de la Tecnología del Distrito no resulte en acceso a información que pueda ser molesta, objetable o controvertida. No haré responsable al Distrito por la precisión o calidad de cualquier material adquirido o visto por mi hijo a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

Entiendo que el Distrito puede acceder a los datos, archivos y material de mi hijo generados, almacenados o transmitidos a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito y puede monitorear el uso de la Red de Computadoras y / o Tecnología de mi hijo, incluyendo pero no limitado a su uso de Internet y sus comunicaciones electrónicas. También entiendo que es imposible que el Distrito controle todo el uso.

He determinado que los beneficios de que mi hijo tenga acceso a la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito superan los riesgos potenciales y no haré responsable al Distrito por los materiales adquiridos o contactos hechos a través de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

Entiendo que el uso indebido o inapropiado de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito por parte de mi hijo puede resultar en la revocación de sus privilegios para acceder y / o usar la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito y la imposición de disciplina escolar, criminal sanciones o sanciones civiles. Acepto todas las responsabilidades financieras y legales que puedan resultar del mal uso de mi hijo de la Red de Computadoras y / o Tecnología del Distrito.

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

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

### DISTRITO ESCOLAR LIBRE DE ELMSFORD UNIÓN ACUERDO DEL ESTUDIANTE PARA EL USO DE LA RED DE COMPUTADORAS Y LA TECNOLOGÍA DEL DISTRITO:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

He leído y entiendo la póliza de Uso Aceptable del Distrito para el Uso de la Tecnología y la Red de Computadoras del Distrito por parte de los Estudiantes y acepto cumplir con sus reglas y pautas

Entiendo que no tengo derecho a la privacidad cuando uso la Red de Computadoras y la Tecnología del Distrito. Entiendo que el personal del Distrito puede monitorear todo el uso que hago de la Red y Tecnología de Computadoras del Distrito, incluyendo pero no limitado a todas las comunicaciones y actividades de la red e Internet. Doy mi consentimiento para que el personal del Distrito supervise mi uso de la Red y Tecnología de Computadoras del Distrito.

Además, entiendo que mi violación de las reglas y pautas en la poliza de Uso Aceptable del Distrito para el Uso de la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito por parte de los Estudiantes puede resultar en la suspensión o revocación de mi acceso a la Red de Computadoras y Tecnología del Distrito, otras acciones disciplinarias de la escuela, y posibles acciones legales.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_