



## BIENVENIDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE JACKSON

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA / GUARDIÁN \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

Gracias por elegir las Escuelas Públicas de Jackson para la educación de su hijo. Cuando haya completado los formularios adjuntos, devuélvalos a la oficina de la escuela.

Si tiene alguna pregunta, llame al (517) 841-2147 (Oficina Central) o a las escuelas que se enumeran a continuación.

	Phone #	Fax #
Cascades Elementary (Y5-5)	517-841-3900	517-768-5902
Dibble Elementary (K-5)	517-841-3970	517-768-5903
Hunt Elementary (Y5-5)	517-841-2610	517-768-5900
John R. Lewis Elementary (Y5-5)	517-841-2600	517-789-8056
JPS Montessori Center (K-5)	517-841-3870	517-990-0370
Northeast Elementary (Y5-5)	517-841-2500	517-768-5911
Sharp Park Academy (Y5-5)	517-841-2860	517-784-1325
Middle School at Parkside (6-8)	517-841-2300	517-768-5968
Fourth Street Learning Center (6-8)	517-841-2300	517-768-5968
Jackson High School (9-12)	517-841-3700	517-768-5910
Jackson Pathways High School (9-12)	517-841-3729	517-768-5910

### JARDÍN DE NIÑOS:

- Para ser elegible para el jardín de niños, su hijo debe tener cinco años el 1 de septiembre de 2022 o antes.
- Si su hijo necesita una evaluación de jardín de niños, su escuela se comunicará con usted.

Es política de la Junta de Educación de las Escuelas Públicas de Jackson no discriminar en base a Clases Protegidas en sus programas educativos y actividades y empleo. Las clases protegidas generalmente incluyen raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual o la identidad de género), discapacidad, edad, religión, altura, peso, estado civil, estado militar, ascendencia, información genética y otros según se definen en las leyes federales o Ley del Estado. Se puede encontrar información más detallada en las Políticas de la Junta de Educación en el sitio web del distrito, [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org). Las consultas y quejas relacionadas con la discriminación en la programación y el empleo pueden remitirse a cualquiera de los siguientes: Julie Baker, Superintendente Asistente de Currículo de Primaria/Programas Federales, 517-841-2157; William Patterson, Asistente del Superintendente de Currículo Secundario, 517-841-2208.



## Escuelas Públicas de Jackson

### Lista de verificación de registro

¡Estamos muy contentos de que haya elegido inscribir a su hijo en las Escuelas Públicas de Jackson! Deseamos que el proceso de registro sea lo más fácil posible a medida que comenzamos la transición de su hijo/hija a su nueva escuela. Además del paquete adjunto, los siguientes elementos son **REQUERIDOS** para la inscripción:

- Certificado de nacimiento** - Copia del certificado de nacimiento U otra prueba confiable de identidad junto con la incapacidad para proporcionar el formulario de certificado de nacimiento / edad e identidad del estudiante (disponible en la oficina de la escuela).
- Registro de vacunas** - De acuerdo con la ley estatal, necesitaremos prueba de todas las vacunas de su hijo. Si no está seguro de que su hijo esté al día con sus vacunas, comuníquese con su médico de familia.
- Verificación de residencia** - dos formas válidas de prueba de residencia (consulte la Verificación de residencia adjunta para conocer los elementos aceptables).
- Prueba de custodia** - Si se aplican los arreglos de custodia para el niño, necesitamos una copia de la documentación de custodia más actualizada. Si existen documentos que incluyen certificados de adopción o cambios de nombre legal, tenga los documentos de custodia.
- Educación especial** - Si su hijo ha recibido servicios de educación especial, como terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia, ayuda en la sala de recursos, etc., es esencial una copia del IEP o del Plan 504 más reciente.

<b>Formas Adjuntas</b>
------------------------

- Registro / Contacto de emergencia**
- Verificación de residencia** - Esto verificará que vive en nuestro distrito escolar. Consulte la Verificación de residencia para dos formas válidas de prueba de residencia.
- Exámenes de la vista, audición y odontología** -Exámenes gratuitos ofrecidos a través del Departamento de Salud del Condado de Jackson.
- Cuestionario McKinney-Vento** - Información requerida para cumplir con la Ley McKinney-Vento.
- Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar** - Información necesaria para cumplir con las leyes federales y estatales.
- Jackson ahorra inscripción** - SOLO para estudiantes de jardín de niños/pequeños de 5 años.
- Divulgación de información** - SOLO para estudiantes de jardín de niños/pequeños de 5 años de edad.
- Reconocimiento de concientización sobre conmociones cerebrales** - El estado de Michigan requiere que todos los padres de estudiantes inscritos en clases de educación física y / o deportes estén informados sobre los síntomas de las conmociones cerebrales.
- Acuerdo de uso de tecnología del estudiante / Contrato de dispositivo JPS** - Garantiza el uso apropiado de la tecnología mientras está inscrito en el distrito.
- Información de salud del estudiante** - Información utilizada para ayudar al administrador de la escuela a administrar medicamentos a su estudiante.

Gracias por ayudarnos a hacer que el proceso de registro sea lo más eficiente posible al traer la información mencionada anteriormente. No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta o si podemos ayudarlo en este proceso.

Cascades Elementary	517-841-3900	Middle School at Parkside	517-841-2300
Dibble Elementary	517-841-3970	Fourth St Learning Center	517-841-2386
Hunt Elementary	517-841-2610	Jackson High School	517-841-3700
John R. Lewis Elementary	517-841-2600	Jackson Pathways	517-841-3800
JPS Montessori Center	517-841-3870		
Northeast Elementary	517-841-2500		
Sharp Park Academy	517-841-2860		

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_  
 Nivel de Grado: \_\_\_\_\_  
 Numero de estudiante: \_\_\_\_\_

**Forma de Inscripción**  
**de las Escuelas Públicas de Jackson**



Notas:

**Usa de Oficina:** \_\_\_\_\_ New Enrollment \_\_\_\_\_ RE-enrollment JPS \_\_\_\_\_ In District Transfer \_\_\_\_\_ School of Choice  
 Bus Route: \_\_\_\_\_ Bus Stop: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Birth Certificate \_\_\_\_\_ Immunization Record

**Instrucciones:**

Complete este forma de inscripción lo mejor que pueda. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco \*.

<b>Información de Estudiante</b>		
*Nombre de Estudiante		
*Género (Circule Uno)	Masculino	Femenino
* Fecha de nacimiento (debe coincidir con el certificado de nacimiento)		
* ¿Este estudiante es hispano / latino? (Circule uno)	No, no hispano / latino	Sí, hispano / latino
* Origen étnico (si hay más de una, marque con un círculo todos los que correspondan)		
	Indio americano / nativo de Alaska	Asiático
	Nativo hawaiano / isleña del Pacífico	Afroamericano
		Blanco
*Teléfono residencial del estudiante		
Dirección postal (donde se enviarán los correos de la escuela / distrito): <b>complete solo si es diferente a la anterior</b>		
Nombre y dirección de la última escuela a la que asistió:		
<b>Dirección de estudiante</b> (donde vive el estudiante)		
* Dirección de domicilio		Apt #
*Ciudad	Estado	Código postal
<b>Dirección postal</b> (donde se enviarán los correos de la escuela / distrito): <b>complete solo si es diferente a la anterior</b>		
*Dirección postal o apartado postal		Apt #
*Ciudad	Estado	Código postal
Información de residencia: _____ Residente _____ No residente _____ Distrito de residencia		
_____ Estudiante de la escuela elegida ¿Ha asistido el estudiante alguna vez a JPS? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
<b>Información de Educación Especial</b>		
¿Su hijo recibe actualmente servicios de educación especial? Sí No		
Si es así, ¿su hijo tiene un IEP activo? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuál es la certificación de su hijo? _____		

Información de contacto únicamente: la información de emergencia estará en otro forma

<b>Padre / tutor 1</b>		
Nombre	Relación	
Número de teléfono de casa		
Número de teléfono del trabajo		
Número de teléfono celular		
Correo electrónico		
Dirección postal o apartado postal		
Ciudad, Estado, Código postal		
Lugar de Trabajo		
¿Recibe envíos por separado? Sí / No	¿Tutor legal? Sí / No	¿Padre / tutor con custodia? Sí No
<b>Padre / tutor 2</b>		
Nombre	Relación	
Número de teléfono de casa		
Número de teléfono del trabajo		
Número de teléfono celular		
Correo electrónico		
Dirección postal o apartado postal		
Ciudad, Estado, Código postal		
Lugar de Trabajo		
¿Recibe envíos por separado? Sí / No	¿Tutor legal? Sí / No	¿Padre / tutor con custodia? Sí No
<b>Otro tutor legal</b>		
Nombre	Relación	
Número de teléfono de casa		
Número de teléfono del trabajo		
Número de teléfono celular		
Correo electrónico		
Dirección postal o apartado postal		
Ciudad, Estado, Código postal		
Lugar de Trabajo		
¿Recibe envíos por separado? Sí / No	¿Tutor legal? Sí / No	¿Padre / tutor con custodia? Sí No

Certificado de veracidad - Certifico que todas las declaraciones en este formulario de registro de estudiantes se hacen con la verdad y sin evasión, y además entiendo y acepto que dichas declaraciones pueden ser investigadas y, si se determina que son falsas, serán razón suficiente para la posible remoción de este estudiante de inscripción en el Distrito de Escuelas Públicas de Jackson y puede resultar en una posible acción legal.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Es política de la Junta de Educación de las Escuelas Públicas de Jackson no discriminar sobre la base de Clases Protegidas en sus programas y actividades educativas y en el empleo. Las clases protegidas generalmente incluyen raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual o identidad de género), discapacidad, edad, religión, altura, peso, estado civil, estado militar, ascendencia, información genética y otros que se definen en las leyes federales o Ley del Estado. Se puede encontrar información más detallada en las Políticas de la Junta de Educación en el sitio web del distrito, [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org). Las consultas y quejas con respecto a la discriminación en la programación y el empleo se pueden remitir a cualquiera de los siguientes: Julie Baker, Superintendente Asistente de Currículo Primario / Programas Federales, 517-841-2157; William Patterson, asistente del superintendente de plan de estudios secundario, 517-841-2208.

**Forma de Contactos de Emergencia**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Los contactos de emergencia que proporciona en esta sección son las personas / números a los que se llamara después de que hayamos intentado comunicarnos con los contactos que figuran en el Formulario de registro. Al proporcionar su información aquí, se asume que está autorizando a estos contactos a recoger a su hijo de la escuela en caso de una emergencia. Estos contactos solo serán llamados para emergencias que involucren a su hijo como individuo o si surgen condiciones que hagan necesario la salida temprano. De lo contrario, un padre o tutor legal debe proporcionar una nota para que cualquier persona pueda recoger a su hijo de la escuela.

<b>Contacto de emergencia 1 (obligatorio)</b>	
Nombre	Relación
Número de teléfono de casa	
Número de teléfono del trabajo	
Número de teléfono celular	

<b>Contacto de emergencia 2 (obligatorio)</b>	
Nombre	Relación
Número de teléfono de casa	
Número de teléfono del trabajo	
Número de teléfono celular	

<b>Contacto de emergencia (opcional)</b>	
Nombre	Relación
Número de teléfono de casa	
Número de teléfono del trabajo	
Número de teléfono celular	

<p><b>Proporcione hasta tres (3) números de teléfono con los que le gustaría que nuestro sistema telefónico automatizado se comunique en caso de cierre de escuelas, eventos escolares, información general de la escuela / distrito, etc. TODOS LOS NÚMEROS ANOTADOS RECIBIRÁN UNA LLAMADA AUTOMATIZADA.</b></p>
Teléfono # 1
Teléfono # 2
# 3Teléfono

Forma de Permiso

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

**Accidente / Enfermedad Grave** - En caso de un accidente o enfermedad grave, solicito a la escuela que se comunique conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, autorizo a la escuela a llamar al 911 y seguir sus instrucciones.

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Permiso para fotografías:** doy permiso para que las fotografías y los escritos de mi hijo se publiquen en la página web de las Escuelas Públicas de Jackson, en mLIVE y en otras redes sociales, según corresponda.

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Permiso para excursiones: entiendo que el transporte hacia y desde las actividades de la excursión será en autobús escolar u otro vehículo autorizado por la escuela, y que mi seguro de automóvil es el transportista principal según el seguro sin culpa de Michigan, y no mantendré las escuelas públicas de Jackson, la Junta de Educación o los empleados responsables en caso de accidente, lesión u otros contratiempos. Todos los viajes serán acompañados por empleados de la escuela.**

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Manual para padres / estudiantes: verifico que he leído o leeré y me familiarizaré con el Manual para padres / estudiantes.**

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Uso Aceptable de Tecnología y Política y Pautas de Redes Sociales - He leído, o leeré y me familiarizaré con las Pautas de Uso y Seguridad Aceptables de Tecnología de Educación para Estudiantes y las Pautas de Redes Sociales (que se encuentran en [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org)) y acepto adherirme a las privilegios, responsabilidades y consecuencias como se describe. Las copias impresas están disponibles a pedido.**

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Divulgación de información sobre vacunas: autorizo a las Escuelas Públicas de Jackson a divulgar el registro de vacunas de mi hijo y la información de identificación personal al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y al departamento de salud local.**

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del padre / tutor legal



# Verificación de Residencia

Según la Opinión del Procurador General del Estado No. 5925, los distritos escolares tienen derecho a solicitar prueba de residencia del alumno. Al firmar esta declaración jurada, usted afirma que la dirección proporcionada en todos los formularios de inscripción es la residencia legal del padre o tutor que inscribe al estudiante y es la residencia del estudiante. Si vive en la casa de otra persona sin un contrato de alquiler o arrendamiento, esa persona debe firmar este documento y demostrar su residencia.

Nombre(s) de Estudiante(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona con la que reside el estudiante (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**La verificación de residencia se puede hacer con dos (2) de los siguientes: (marque cuál se usa)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir, identificación estatal o registro de votante | <input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos       |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de compra (si denota residencia)                           | <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento           |
| <input type="checkbox"/> Factura de mudanza   | <input type="checkbox"/> Recibo de hipoteca                  |
| <input type="checkbox"/> Formularios de seguro  | <input type="checkbox"/> Ingresos fiscales de Michigan       |
| <input type="checkbox"/> Pago de impuestos sobre la propiedad                               | <input type="checkbox"/> Pasaportes - Residentes de Michigan |
|   | <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                 |

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

## PARA USO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA

Signature of Staff Person Enrolling Student \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



## VISIÓN - AUDICIÓN- DENTAL EXÁMENES DE SALUD

El estado de Michigan requiere que su hijo reciba exámenes dentales, de la vista y de la audición antes de ingresar a la escuela por primera vez.

Para obtener información adicional, comuníquese con:

- Departamento de Salud del Condado de Jackson: 517-788-4420
  - Centro de salud familiar: 517-748-5500
- Su proveedor de atención médica

---

El nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_

	Fecha de la Evaluación	Ubicación de la Evaluación
Audiencia		
Visión		
Dental		





## ESCUELAS PÚBLICAS DE JACKSON

### Formulario McKinney-Vento para Personas sin Hogar

Revisado 9/7/2021

Este formulario está destinado a abordar la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento según las pautas de la Ley Cada Estudiante Tiene Éxito (ESSA) de 2015. Sus respuestas ayudarán al administrador a determinar las necesidades complementarias del estudiante. (Complete un formulario por alumno).

1. Actualmente, ¿dónde vive el estudiante?

Sección A (Arreglos de vivienda) - marque una casilla	Sección B (Necesidades complementarias del estudiante)
<input type="checkbox"/> en un refugio / vivienda de transición <input type="checkbox"/> temporalmente, con más de una familia en una casa o apartamento debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda <input type="checkbox"/> en un motel / hotel, coche o zona de acampar <input type="checkbox"/> sin refugio (en la calle, en el coche, en el parque o en un edificio abandonado)  <p><b><u>CONTINÚE: Si marcó una casilla en la Sección A, complete la Sección B y el resto de este formulario.</u></b>  <b><u>PARE: Si no marcó una casilla en esta sección, no es necesario que complete este formulario.</u></b></p>	<input type="checkbox"/> Transporte hacia y desde la escuela <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Asesoramiento  Otro: _____

2. Estudiante vive con:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 padre               | <input type="checkbox"/> Un pariente, amigo(s) u otro adulto(s)     |
| <input type="checkbox"/> 2 padres              | <input type="checkbox"/> solo sin adultos (jóvenes no acompañados)  |
| <input type="checkbox"/> 1 padre y otro adulto | <input type="checkbox"/> un adulto que no es el padre o tutor legal |

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor legal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para cualquier opción seleccionada en la **Sección A**, este formulario debe completarse y enviarse por fax a la **Coordinadora de Personas sin Hogar de JPS (Sra. Julie Baker)** inmediatamente después de completarlo. Los formularios originales se mantienen (en la escuela) separados del CA-60 del estudiante para fines de auditoría durante el año escolar.

FAX 517-517-768-5918

Fecha de envío por fax: \_\_\_\_\_

**Nombre y número de teléfono de una persona de contacto de la escuela que pueda conocer la situación de la familia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Es política de la Junta de Educación de las Escuelas Públicas de Jackson no discriminar sobre la base de Clases Protegidas en sus programas y actividades educativas y en el empleo. Las clases protegidas generalmente incluyen raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual o identidad de género), discapacidad, edad, religión, altura, peso, estado civil, estado militar, ascendencia, información genética y otros que se definen en las leyes federales o Ley del Estado. Se puede encontrar información más detallada en las Políticas de la Junta de Educación en el sitio web del distrito, [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org). Las consultas y quejas con respecto a la discriminación en la programación y el empleo se pueden remitir a cualquiera de los siguientes: Julie Baker, Superintendente Asistente de Currículo Primario / Programas Federales, 517-841-2157; William Patterson, asistente del superintendente de plan de estudios secundario, 517-841-2208.



ESCUELAS PÚBLICAS DE JACKSON  
JUNTA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MICHIGAN  
ENCUESTA APROBADA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

Las Escuelas Públicas de Jackson, como lo requieren las leyes federales y estatales, están recopilando información sobre los antecedentes lingüísticos de cada uno de sus estudiantes. El distrito utilizará esta información para determinar el número de niños que deben recibir instrucción bilingüe / en un segundo idioma de acuerdo con las Secciones 380.1152-380.1157 del Código Escolar de 1995, Ley de Educación Bilingüe de Michigan. Por favor provea la siguiente información.

Nombre completo del estudiante \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
País de nacimiento \_\_\_\_\_ Año de ingreso a la escuela de EE. UU. \_\_\_\_\_  
Edificio escolar \_\_\_\_\_ Grado/Nivel \_\_\_\_\_  
Nombre del profesor (**Solo para uso de la oficina de la escuela**) \_\_\_\_\_

1. ¿La lengua materna de su hijo es un idioma **distinto** del inglés? Sí  No   
Si es así, ¿cuál es ese idioma? \_\_\_\_\_

2. ¿El idioma principal<sup>1</sup> que **se usa en el hogar o el entorno de su hijo** es otro idioma que el inglés? Sí  No   
Si es así, ¿cuál es ese idioma? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>"Idioma principal" significa el idioma dominante utilizado por una persona para comunicarse.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor                      Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono donde se le pueda localizar

Gracias por su cooperación

*NOTA: La traducción de este formulario de encuesta en español, japonés, chino (mandarín), polaco y vietnamita está disponible en el Reynolds Hall de las Escuelas Públicas de Jackson, 522 Wildwood Ave., Jackson, 49201. Por favor devuelva este formulario a la oficina de su escuela.*

*Es política de la Junta de Educación de las Escuelas Públicas de Jackson no discriminar sobre la base de Clases Protegidas en sus programas y actividades educativas y en el empleo. Las clases protegidas generalmente incluyen raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual o identidad de género), discapacidad, edad, religión, altura, peso, estado civil, estado militar, ascendencia, información genética y otros que se definen en las leyes federales o Ley del Estado. Se puede encontrar información más detallada en las Políticas de la Junta de Educación en el sitio web del distrito, [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org). Las consultas y quejas con respecto a la discriminación en la programación y el empleo se pueden remitir a cualquiera de los siguientes: Julie Baker, Superintendente Asistente de Currículo Primario / Programas Federales, 517-841-2157; William Patterson, asistente del superintendente de plan de estudios secundario, 517-841-2208.*

**USO DE LA OFICINA DE LA ESCUELA:** If the parent/guardian has checked YES for Question 1, this completed form must be faxed immediately to the attention of the EL Coordinator at 768-5918. The original form is to be kept at the school in the student's CA-60 for audit purposes during the school year.

## ENTENDIENDO LA CONTUSIÓN

### Algunos síntomas comunes

Dolor de Cabeza	Problemas de Equilibrio	Sensibilidad al ruido	Debilidad	No "sentirse bien"
Presión en la Cabeza	Visión Doble	Lentitud	Pobre concentración	Sentirse irritable
Náusea/Vómitos	Visión Borrosa	Confusión	Problemas de memoria	Tiempo de reacción lento
Mareo	Sensibilidad a la luz		"Depresión"	Problemas para dormir

### ¿QUÉ ES UNA CONTUSIÓN?

Una contusión es un tipo de lesión cerebral traumática que cambia el funcionamiento normal del cerebro. Una contusión es causada por una caída, golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápidamente hacia adelante y hacia atrás. Una contusión puede ser causada por una sacudida, un giro o una parada y arranque repentinos de la cabeza. Incluso un "ding", "que te toque la campana" o lo que parece ser un golpe o golpe leve en la cabeza puede ser grave. Una contusión puede ocurrir incluso si no ha sido noqueado.

No se puede ver una contusión. Los signos y síntomas de una contusión pueden aparecer inmediatamente después de la lesión o pueden parecer que no se notan hasta días o semanas después de la lesión. Si el estudiante informa algún síntoma de una contusión, o si usted nota síntomas usted mismo, busque atención médica de inmediato. Un estudiante que haya tenido una contusión no debe volver a jugar el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud le diga que puede volver a jugar.

### SI SOSPECHA UNA CONTUSIÓN

- 1. BUSQUE ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO:** un profesional de la salud podrá decidir qué tan grave es la contusión y cuándo es seguro para el estudiante regresar a sus actividades habituales, incluidos los deportes. No lo oculte, denúncielo. Ignorar los síntomas y tratar de "resistirlos" a menudo lo empeora.
- 2. MANTENGA A SU ESTUDIANTE FUERA DE JUEGO** - Las contusiones cerebrales toman tiempo para sanar. No permita que el estudiante vuelva a jugar el día de la lesión y hasta que un profesional de la salud le diga que está bien. Un estudiante que vuelve a jugar demasiado pronto, mientras el cerebro aún se está recuperando, corre el riesgo de tener una segunda contusión. Las contusiones cerebrales repetidas o segundas pueden ser muy graves. Pueden causar daño cerebral permanente, afectando al estudiante de por vida. Es mejor perderse un partido que toda la temporada.
- 3. INFORMAR A LA ESCUELA ACERCA DE CUALQUIER CONTUSIÓN PREVIA** - Las escuelas deben saber si un estudiante tuvo una contusión anterior. Es posible que la escuela de un estudiante no sepa sobre una contusión recibida en otro deporte o actividad a menos que usted les notifique.

### SEÑALES OBSERVADAS POR LOS PADRES

- Aparece aturdido
- Está confundido acerca de la asignación o posición
- Olvida una instrucción
- No está seguro del juego, el marcador o el oponente.
- Se mueve torpemente
- Responde las preguntas lentamente
- Pierde el conocimiento (aunque sea brevemente)
- Muestra cambios de humor, comportamiento o personalidad.

### SEÑALES DE PELIGRO DE CONTUSIÓN

En casos raros, se puede formar un coágulo de sangre peligroso en el cerebro en una persona con una contusión y apiñar el cerebro contra el cráneo. Un estudiante debe recibir atención médica inmediata si después de un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo presenta cualquiera de las siguientes señales de peligro:

- Una pupila más grande que la otra
- Está somnoliento o no se le puede despertar.
- Un dolor de cabeza que empeora
- Debilidad, entumecimiento o disminución de la coordinación
- Vómitos o náuseas repetidos
- Habla arrastrada
- Convulsiones o convulsiones
- No puedo reconocer personas / lugares
- Se vuelve cada vez más confundido, inquieto o agitado.
- Pierde el conocimiento (incluso una pérdida breve del conocimiento debe tomarse en serio).

### CÓMO RESPONDER A UN INFORME DE CONTUSIÓN

Si un estudiante informa uno o más síntomas de una contusión después de un golpe, golpe o sacudida en la cabeza o el cuerpo, debe mantenerse fuera de los juegos deportivos el día de la lesión. El estudiante solo debe volver a jugar con el permiso de un profesional de la salud con experiencia en la evaluación de una contusión. Durante la recuperación, el ejercicio o las actividades que implican mucha concentración (como estudiar, trabajar en la computadora o jugar videojuegos) pueden hacer que los síntomas de la contusión reaparezcan o empeoren. Los estudiantes que regresan a la escuela después de una contusión pueden necesitar pasar menos horas en la escuela, tomar descansos, recibir ayuda y tiempo adicionales, dedicar menos tiempo a leer, escribir o en una computadora.

**Los padres y los estudiantes deben firmar y devolver el formulario de reconocimiento de material educativo**

**CONCIENCIA DE CONTUSIÓN**  
**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE MATERIAL EDUCATIVO**

Por mi nombre y firma a continuación, reconozco de acuerdo con las Leyes Públicas 342 y 343 de 2012 que he recibido y revisado la Hoja de datos de conmociones cerebrales para padres y / o la Hoja de datos de conmociones cerebrales para atletas proporcionada por las Escuelas Públicas de Jackson.

---

Nombre del Participante, escribir

Nombre del Padre / Tutor, escribir

---

Nombre del Participante, firma

Nombre del Padre / Tutor, firma

---

Fecha

Fecha

Devuelva este formulario firmado a la oficina de la escuela. Debe mantenerse en el archivo durante la duración de la participación o hasta los 18 años.

Los participantes y los padres por favor revisen y mantengan los materiales educativos disponibles para referencia futura.



Grado \_\_\_\_\_

**Acuerdo de uso de tecnología para estudiantes**Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Padre / Tutor Legal 1 \_\_\_\_\_  
(por favor escriba claramente) (por favor escriba claramente)Edificio de Escuela \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal 2 \_\_\_\_\_  
(por favor escriba claramente) (por favor escriba claramente)

He leído y comprendido la Política de la Mesa Directiva 7540.03 Uso y Seguridad Aceptables de Tecnología de Educación del Estudiante y la Política y Pautas de Redes Sociales. Ambos documentos están disponibles en el sitio web de JPS: [www.jpsk12.org](http://www.jpsk12.org). Entiendo que el incumplimiento de estas políticas puede resultar en las consecuencias establecidas en estas reglas y en nuestro Manual del estudiante. Entiendo que el permiso otorgado por este documento estará vigente durante todos los años escolares en que el estudiante esté inscrito en las Escuelas Públicas de Jackson. Cualquier cambio al permiso otorgado por este documento debe ser proporcionado por escrito por los padres o JPS.

El siguiente es un resumen del uso de la tecnología y las reglas de seguridad. Todos los estudiantes y padres deben firmar el contrato antes de usar la tecnología del distrito.

- El uso de la tecnología del distrito debe apoyar la educación.
- Los usuarios tienen el privilegio de utilizar toda la tecnología para la que han recibido formación. Cualquiera que use la tecnología es responsable de la preservación y el cuidado de esa tecnología.
- Las cuentas deben ser utilizadas únicamente por el propietario. Está prohibido compartir contraseñas.
- Deben usarse nombres reales; no se permiten alias. No se debe compartir información personal adicional a través de Internet.
- Los usuarios que sufren acoso o reciben solicitudes de información personal deben informar el problema.
- Cualquier violación del uso de la tecnología debe informarse al maestro a cargo.
- El distrito opera la programación de educación virtual. Este documento autoriza la oportunidad para que los estudiantes tomen cursos virtuales cuando se inscriben en JPS.

El distrito opera la programación de educación virtual. Este documento autoriza la oportunidad para que los estudiantes tomen cursos virtuales cuando se inscriben en JPS.

Tenga en cuenta:

- Se controlará el historial y el uso de Internet.
- La tecnología no se utilizará para el "ciberacoso".
- Deben seguirse las leyes de derechos de autor.

El padre / tutor otorga permiso para publicar documentos en la World Wide Web. En caso de que el padre / tutor no otorgue permiso para publicar documentos, se debe enviar una notificación por escrito a la oficina del edificio / distrito.

El estudiante y el padre tienen acceso a las Políticas y están de acuerdo con sus términos durante la duración de la inscripción del estudiante en las Escuelas Públicas de Jackson.

\_\_\_\_\_  
Firma de estudiante/Fecha\_\_\_\_\_  
Firma de Padre 1 / Tutor Legal 1/Fecha\_\_\_\_\_  
Recibido por - Firma / Fecha\_\_\_\_\_  
Firma de Padre 2/ Tutor Legal 2/ Fecha



# Acuerdo de Uso de Tecnología para Estudiantes - JPS

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

## Al firmar a continuación, entendemos que:

- Toda la tecnología distribuida a mí o a mi hijo es propiedad de las Escuelas Públicas de Jackson (Jackson Public Schools, JPS).
- Toda la tecnología, incluidos los cargadores de dispositivos y los estuches/bolsos proporcionados, debe devolverse en buen estado de funcionamiento dentro de los 5 días hábiles posteriores a la finalización o terminación del programa.
- Cualquier programa o sitio web que no esté relacionado con el currículo de JPS está prohibido en los dispositivos de JPS.
- Somos responsables de cualquier daño al equipo tecnológico de JPS que no sea un desgaste normal y no esté cubierto por ningún plan de seguro comprado aplicable.
- JPS requiere que los padres/tutores contraten un seguro después de la primera rotura del dispositivo. Las primeras reparaciones para Chromebooks cuestan \$15 por daños reparables y \$75 por roturas irreparables. Las primeras reparaciones para iPads cuestan \$25 por daños reparables y \$95 por roturas irreparables. La no inscripción en este plan resultará en la pérdida de los privilegios de asignación de dispositivos para su estudiante.
- Los planes de seguro y protección de dispositivos están disponibles para todos los padres/tutores de los estudiantes. Visite [JPSk12.org](http://JPSk12.org) para obtener más información.
- Somos responsables del costo de reemplazo de la tecnología JPS si el equipo se pierde, se daña intencionalmente o no se devuelve dentro de los 5 días hábiles posteriores a la finalización o terminación del programa.
- Nos comprometemos a ser ciudadanos digitales responsables. Yo, o mi hijo, no enviaremos, publicaremos, mostraremos ni recuperaremos ningún material difamatorio, obsceno, racialmente ofensivo o ilegal.
- No participaremos en el ciberacoso e informaremos cualquier caso de ciberacoso a los representantes de JPS.

Reconocemos que hemos revisado este acuerdo juntos y comprendemos nuestras responsabilidades.

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

November 21, 2024



# INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE JACKSON 2022-23

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

Género: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nivel de Grado \_\_\_\_\_  
 MM DD AA

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Cód. Post.

Raza \_\_\_Indoamericano \_\_\_Hispano \_\_\_Asiático \_\_\_Caucásico(blanco) \_\_\_Afro Americano \_\_\_Otro

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Examen física más reciente \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Examen dental más reciente \_\_\_\_\_

**¿Tiene el estudiante alguno de los siguientes? (Por favor marque cada)**

<b>Alergias</b>	___ Sí ___ No	¿A medicamentos, alimentos, polen, etc.? Lista _____ ¿Se requiere un EpiPen? ___ Sí ___ No ¿La reacción requiere tratamiento de emergencia? ___ Sí ___ No
<b>Asma</b>	___ Sí ___ No	¿Diagnosticado por un Médico? ___ Sí ___ No ¿El estudiante necesita usar un inhalador en la escuela? ___ Sí ___ No ¿Requiere tratamiento de emergencia? ___ Sí ___ No
<b>Alergia a la picadura de abeja</b>	___ Sí ___ No	¿Diagnosticado por un Médico? ___ Sí ___ No ¿La reacción requiere un EpiPen? ___ Sí ___ No La Reacción: Respiración dificultosa ___ Sí ___ No Hinchazón local ___ Sí ___ No ¿Requiere tratamiento de emergencia? ___ Sí ___ No
<b>Diabetes</b>	___ Sí ___ No	¿Usa insulina? ___ Sí ___ No Comentarios _____
<b>Epilepsia/ Convulsiones</b>	___ Sí ___ No	Medicamento _____ Fecha de la última convulsión _____
<b>Enfermedades del corazón</b>	___ Sí ___ No	¿Diagnosticado por un Médico? ___ Sí ___ No Medicamento _____ ¿Restricciones físicas? ___ Sí ___ No Comentarios _____

**Enumere información médica, como enfermedades graves, cirugías o lesiones en los últimos 12 meses.**

¿Qué medicamentos se toman con regularidad? \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ objetivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ objetivo \_\_\_\_\_

*Para asegurar que su hijo reciba el cuidado adecuado, la información que pueda afectar la seguridad y el bienestar de su hijo puede compartirse con el personal escolar apropiado.*

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

## PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR PARA EL AÑO ESCOLAR 2022-23

\*\*\*\*\*

Estimado Padre / Tutor:

El personal de la escuela administra la distribución de medicamentos. Además, la distribución se limitará únicamente a los medicamentos recetados.

De manera procesal, el padre / tutor debe:

1. Traiga el medicamento recetado, estando en el envase original y etiquetado;
2. Los medicamentos serán contabilizados y firmados con los padres presentes;
3. El formulario de medicación debe ser completado por el padre y el médico;
4. El padre / tutor es responsable de saber el tiempo necesario para reabastecer.

Doy mi permiso para (nombre del niño) \_\_\_\_\_  
recibir tratamiento básico de salud, educación para la salud y atención de emergencia por parte del personal escolar.

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Este consentimiento estará en vigor durante el año escolar actual.)

### **POR FAVOR IMPRIME:**

Padre 1/Tutor _____	Teléfono en Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____
Padre 2/Tutor _____	Teléfono en Casa _____
	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____
Contacto de emergencia _____	Teléfono en Casa _____
Relación con estudiante _____	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____
Contacto de emergencia _____	Teléfono en Casa _____
Relación con estudiante _____	Teléfono del Trabajo _____
	Teléfono Celular _____