



## Bienvenidos al Distrito Escolar Central de Saugerties

La inscripción de nuevos estudiantes tendrá lugar en la oficina de inscripciones del distrito, ubicada en:

**310 Washington Avenue Ext, Saugerties, NY  
12477, edificio Hildebrandt**

Los horarios de inscripción son de lunes a viernes, con cita.

**Por favor, llame para obtener su cita.**

(845) 247-6800 x4105 F: (845) 681-4241

Para inscribir a su hijo(a) en el Distrito Escolar Central de Saugerties, necesitará la siguiente documentación:

- Prueba de residencia:** Debe proporcionar **dos (2)** copias originales y actuales (de no más de 30 días de antigüedad), que contengan el nombre del progenitor o tutor y la dirección física de residencia. Documentos aceptados:

- Arrendamiento residencial, escritura, hipoteca u otra prueba de propiedad de la vivienda
  - Declaración notariada o firmada de un tercero arrendador, propietario o inquilino con quien comparte la propiedad
  - Declaración notariada o firmada de un tercero que establezca su presencia física en el Distrito
  - Factura de servicios públicos y/o del hogar (agua, electricidad, gas, propano, basura, cable, teléfono)
  - Póliza de seguro (propietarios de vivienda, alquiler): identificando su nombre y dirección
  - Factura de impuestos sobre la propiedad o la escuela
  - Talón de pago
  - Formulario de impuesto sobre la renta
  - Documentos de membresía basados en la residencia.
  - Documentos de registro de votantes
  - Licencia de conducir, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor
  - Identificación emitida por el estado u otro gobierno
  - Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia de servicios sociales local,
  - Oficina federal de Reasentamiento de Refugiados)
- Evidencia de custodia del niño, incluidas, entre otras, órdenes de custodia judiciales o documentos de tutela que demuestren residencia.

**El Distrito considerará cualquier tipo de documento presentado para evaluar la residencia.**

- Prueba de fecha de nacimiento:** el certificado de nacimiento, el pasaporte del niño o la niña o otro.
- Registro de vacunas**
- Examen de salud (físico)/Formulario dental**
  - La Ley de Salud Pública n.º 2164 exige la vacunación como requisito previo a que se le permita a un niño asistir a la escuela. →Haga clic [aquí](#) para ver las vacunas requeridas por el Estado de NY.
- Id. con foto del progenitor o tutor:** licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno con nombre y foto.
- Documentos de custodia:** requeridos en los casos aplicables.
- Registros académicos:** se solicitarán expedientes académicos, libretas de calificaciones recientes y cualquier Plan de Educación Especial de la escuela anterior (si corresponde). Si su hijo(a) ha recibido servicios de educación especial o adaptaciones a través de un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de la Sección 504, proporcione una copia del mismo.

Complete el paquete adjunto de la forma más clara y nítida posible. Esta información se utilizará para los registros educativos de su hijo(a). Las preguntas sin responder y los datos ilegibles podrían retrasar el proceso de inscripción.

Gracias por su cooperación.



Solo para uso interno

Nombre del/de la estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ N.º de estudiante: \_\_\_\_\_

Externo al distrito: \_\_\_\_\_ No residente: \_\_\_\_\_ IEP/504: \_\_\_\_\_ ENL: \_\_\_\_\_ MV: \_\_\_\_\_

Transferencia desde una escuela del estado de NY \_\_\_\_\_ Transferencia desde una escuela fuera del estado de NY \_\_\_\_\_

Ingreso desde fuera de los EE. UU. \_\_\_\_\_ Ingreso desde una escuela privada/doméstica \_\_\_\_\_

**Información del/de la estudiante:**

Nombre legal:

Género: Masculino / Femenino / No binario

Grado:

Sobrenombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:  
(país, estado, ciudad)

¿El estudiante es hispano/latino o de origen hispano?      Sí / No

**ETNIA DEL/DE LA ESTUDIANTE** (marque **al menos una**; maque todas las opciones que correspondan)

\_\_\_ **Blanca:** persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

\_\_\_ **Negra o afroamericana:** persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África.

\_\_\_ **Indoamericana o nativa de Alaska:** persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un apego comunitario.

\_\_\_ **Asiática:** persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, como, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

\_\_\_ **Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico:** persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Firma del progenitor o tutor:

Fecha:



**Información del hogar**

Información sobre los derechos de los padres según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA): las agencias o instituciones educativas otorgarán a los padres todos los derechos contemplados en esta Ley, a menos que la agencia o institución en cuestión haya recibido evidencia de que existe una orden judicial, normativa estatal o documento legalmente vinculante relacionado con asuntos tales como divorcio, separación o custodia que revoque específicamente estos derechos.

**POR FAVOR, INFORME A SU ESCUELA LOS CAMBIOS EN DISPOSICIONES DE CUSTODIA**

**Número de teléfono principal:**

**Progenitor/Tutor A (Dirección PRINCIPAL del estudiante)**  
Prioridad de contacto n.º 1

Nombre completo	Parentesco del progenitor/tutor A con el estudiante (marque una): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro _____		
Dirección física			
Ciudad			
Estado/Código postal			
¿Se encuentra en servicios militares actuales o activos?    Sí / No			
Dirección postal (si es otra)			
Ciudad			
Estado/Código postal	Custodia del estudiante (si no vive con ambos padres): <input type="checkbox"/> Custodia legal exclusiva con el progenitor/tutor A <input type="checkbox"/> Custodia legal conjunta con custodia física principal con el progenitor/tutor A <input type="checkbox"/> Custodia legal y física conjunta con residencia principal con el progenitor/tutor A <input type="checkbox"/> Informal, sin órdenes judiciales vigentes		
Teléfono celular:		Teléfono laboral:	Correo electrónico:

**Padrastro o madrastra que vive en esta dirección (si corresponde)**

Nombre completo	Teléfono celular:
	Teléfono laboral:

**Progenitor/Tutor B**  
Prioridad de contacto n.º 2

Nombre completo	Parentesco del progenitor/tutor B con el estudiante (marque una): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección física		
Ciudad		
Estado/Código postal		Ubicación desconocida: <input type="radio"/>
¿Se encuentra en servicios militares actuales o activos?    Sí / No		
Dirección postal (si es otra)		
Ciudad		
Estado/Código postal	¿Tiene la misma residencia que el progenitor/tutor A?    Sí / No	
Teléfono celular:	Teléfono laboral:	Correo electrónico:

**Padrastro o madrastra que vive en esta dirección (si corresponde)**

Nombre completo	Teléfono celular:
	Teléfono laboral:

**Hermanos u otros niños que viven en la dirección principal**

Nombre completo	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela actual	Parentesco con el estudiante

El estudiante mencionado será inscrito de inmediato o tan pronto como sea posible, en espera de la determinación final por parte del Distrito indicando que el estudiante es uno de sus residentes y tiene derecho a asistir con matrícula gratuita. Tenga en cuenta que, si una familia infringe el requisito de residencia, el Distrito Escolar Central de Saugerties tendrá derecho a facturar la matrícula correspondiente al periodo en que el estudiante haya asistido a las escuelas del Distrito como no residente.

**Certifico que soy residente del Distrito Escolar Central de Saugerties.**

<b>Firma del progenitor o tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------------------	---------------





Cuestionario sobre la residencia del/de la estudiante			
<b>ESTE CUESTIONARIO ESTÁ DESTINADO A LA LEY MCKINNEY-VENTO 42 U.S.C. 11435. LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS SOBRE LA RESIDENCIA AYUDAN A DETERMINAR LOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL ESTUDIANTE PUEDE SER ELEGIBLE.</b>			
Nombre del/de la estudiante:		<b>¿Dónde vive el estudiante?</b> (marque <u>una</u> opción)  <input type="checkbox"/> En una vivienda permanente (marque esta opción si posee, alquila o comparte una vivienda formalmente)  <input type="checkbox"/> En un refugio  <input type="checkbox"/> Con otra familia o persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado «vivienda compartida»)  <input type="checkbox"/> En un hotel o motel  <input type="checkbox"/> En un automóvil, parque, autobús o camping  <input type="checkbox"/> Trasladándose de un lugar a otro	
Fecha de nacimiento:	Grado:		
N.º de estudiante:	Escuela:		
Dirección residencial:			
Dirección (continuación)			
¿Su situación de vivienda es temporaria?    Sí / No			
Si es así, ¿de quién es la dirección? _____ <span style="margin-left: 150px;">Nombre y apellido</span>			
¿Cuál es el parentesco con el estudiante? _____			
<b>Según la Sección 37.10 del Código Penal, la presentación de un registro falso o la falsificación de registros representa un delito; la inscripción de un niño con documentos falsos expone a la responsabilidad del pago de gastos de matrícula u otros costos. TEC Sec. 25.2002(3)(d).</b>			
Nombre del progenitor, tutor o menor no acompañado:			
Firma del progenitor, tutor o menor no acompañado:			Fecha:
<b>Solo para uso interno</b>			
Formulario STAC 202 completo			
Transporte/cocina central notificados			
Contacto con la familia efectuado		Alexis Bulich, enlace de McKinney Vento	Firma                      Fecha

Favor de enviar una copia a Alexis Bulich en Saugerties High School



Lisette Colón-Collins, comisionada adjunta  
Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel.: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

## Cuestionario del idioma del hogar (HLQ)

**Estimados padres o tutores:**  
Con el fin de brindarle a su hijo(a) la mejor educación, debemos determinar qué tan bien entiende, habla, lee y escribe en inglés, y conocer su historial escolar y personal previo. Complete las siguientes secciones tituladas «Antecedentes lingüísticos» e «Historial educativo». Apreciamos su dedicación para responder a estas preguntas. Gracias.

### Complete esta sección de forma clara y nítida.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
1.º nombre	2.º nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DEL PROGENITOR/PERSONA CON RELACIÓN PARENTAL:</b>		
Apellido	Primer nombre	Parentesco con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

### Antecedentes lingüísticos (marque todo lo que corresponda)

1. ¿Qué idioma(s) se hablan en la casa o lugar de residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
3. ¿Cuál es el idioma del hogar de cada progenitor o tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre
		<i>especificar</i>	<i>especificar</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	<i>especificar</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No habla
			<i>especificar</i>
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No lee
			<i>especificar</i>
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No escribe
			<i>especificar</i>

### ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARLA EL DISTRITO EN EL QUE ESTÁ INSCRITO EL ESTUDIANTE:

INFORMACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:

N.º DE ID. DE ESTUDIANTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL DEL ESTADO DE NY:

Nombre (número) de distrito y escuela

Dirección

## Cuestionario del idioma del hogar (HLQ) - Página 2

<b>Historial educativo</b>
8. Indique el número total de años que su hijo(a) estuvo matriculado(a) en la escuela _____
9. ¿Cree que su hijo(a) puede tener alguna dificultad o problema que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, descríbalas. <b>Sí*</b> <b>No</b> <b>No lo sé</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *En caso afirmativo, explique: _____
¿Qué tan graves cree que son estas dificultades? <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Algo graves <input type="checkbox"/> Muy graves
10a. ¿Alguna vez han <u>derivado</u> a su hijo(a) para una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Complete el punto 10b más abajo
10b. *Si fue derivado(a) para una evaluación, ¿ha <u>recibido</u> algún servicio de educación especial en el pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Tipo de servicio recibido: _____
Edad a la que recibió los servicios (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> 0 a 3 años (intervención temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (educación especial) <input type="checkbox"/> 6 años o más (educación especial)
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. ¿Hay algo más que crea que es importante que la escuela sepa sobre su hijo(a)? (como talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____
12. ¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información de la escuela? _____

Mes:                      Día:                      Año:

\_\_\_\_\_  
*Firma del progenitor o persona con relación parental*

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

Parentesco con el estudiante:     Madre     Padre     Otro:

SOLO ENTRADA OFICIAL - NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL HLQ	
NOMBRE: _____	CARGO: _____
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE NOMBRE, CARGO Y CREDENCIALES:	
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y REALIZA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL	
NOMBRE: _____	CARGO: _____
ENTREVISTA ORAL NECESARIA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
**FECHA DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL: _____ <small>MES                      DÍA                      AÑO</small>	RESULTADO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL: <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR NYSITELL <input type="checkbox"/> COMPETENTE EN INGLÉS <input type="checkbox"/> DERIVAR A EQUIPO DE COMPETENCIA LINGÜÍSTICA
NOMBRE/CARGO DEL PERSONAL CALIFICADO QUE ADMINISTRA LA PRUEBA NYSITELL	
NOMBRE: _____	CARGO: _____
FECHA DE LA PRUEBA NYSITELL: _____ <small>MES                      DÍA                      AÑO</small>	NIVEL DE COMPETENCIA ALCANZADO EN NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTRADA <input type="checkbox"/> EMERGENTE <input type="checkbox"/> TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> EXPANSIÓN <input type="checkbox"/> DOMINIO
PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, ENUMERE LAS ADAPTACIONES PROPORCIONADAS SEGÚN EL IEP Y DE CONFORMIDAD CON LA RECOMENDACIÓN DEL CSE, SI LAS HAY: _____	



## OPTAR POR NOFORMULARIO FOTOGRAFÍAS/VIDEO

**NO SE NECESITA ACCIÓN** si permite que el Distrito tome la foto de su hijo para los fines que se describen a continuación. Complete y devuelva este formulario solo si **NO** dé permiso para que la imagen de su estudiante aparezca como se describe a continuación.

De vez en cuando, se toman fotografías o videos de los estudiantes durante el día escolar para uso en el Distrito y para comunicados de prensa educativos, publicaciones, producciones de video, redes sociales, proyectos educativos y el sitio web del Distrito. Dicha fotografía o videografía no se utilizará con fines comerciales.

**Si NO desea que su hijo sea fotografiado/grabado en video** para estos fines, firme y devuelva este formulario al director de la escuela antes del 16 de septiembre. Este formulario se aplica al año escolar actual y las dos primeras semanas del próximo año escolar. Complete un formulario nuevo cada año escolar si no desea que se publique la imagen de su hijo.

**YO NO** Deseo que la foto de mi hijo se use como se explicó anteriormente.

Nombre completo del estudiante (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Escuela actual Nivel de grado: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

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

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

*Tenga en cuenta que si su estudiante participa en eventos públicos (como un evento deportivo o producciones teatrales abiertas a la comunidad), la escuela/distrito puede tener poco o ningún control sobre las fotografías tomadas por los medios, otros padres o miembros de la comunidad que asistan al evento. Para obtener más información, comuníquese con la oficina del Distrito Escolar Central de Saugerties al 845-247-6550.*

Uso de oficina  
**SOLAMENTE**

Bandera ingresada en IC:

Iniciales del empleado:



## SOLICITUD DE REGISTRO DE ALUMNO

Nombre completo del/de la estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado al que ingresa:
---------------------------------------	----------------------	-----------------------

Con el fin de coordinar los planes educativos para el estudiante mencionado, autorizo que la siguiente escuela acreditada o agencia autorizada divulgue la información solicitada al Distrito Escolar Central de Saugerties.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_ Fax de la escuela: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información se tratará como confidencial y privilegiada, y se usará con el único fin de brindar ayuda y orientación a las personas que trabajan con mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del progenitor, tutor o representante autorizado de la escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha

**No escriba debajo de esta línea (solo para uso interno):**

Por medio de la presente, autorizo la divulgación de la siguiente información verificada contenida en el registro del estudiante mencionado, con el propósito de:

- Inscripción (fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)       Derivación de educación especial

**El estudiante mencionado está solicitando su inscripción en el Distrito Escolar Central de Saugerties. Envíenos los siguientes documentos cuanto antes para que los revisemos:**

- Expedientes académicos       Registros de asistencia       Certificado de nacimiento  
 Registros médicos/de salud       IEP actual       Registros de disciplina  
 Planes de la Sección 504       Vacunas       Informes psicológicos  
 Horas de servicio comunitario       Puntaje en pruebas estandarizadas       Otro \_\_\_\_\_

**Enviar los registros a:**

- L.M. Cahill Elementary School  
(845) 247-6800 / f: (845) 246-4302
- Oficina de orientación de la Escuela Saugerties Junior High  
(845) 247-6561 / f: (845) 246-1075
- Departamento de Educación Especial de Saugerties  
(845) 247-6800 / f: (845) 246-8553
- Escuela Primaria Grant D. Morse (845) 247-6960 / f: (845) 246-4184
- Escuela Primaria C. M. Riccardi (845) 247-6870 / f: (845) 246-2582
- Oficina de orientación de la Escuela Saugerties Senior High (845) 247-6651 / f: (845) 246-1267
- Oficina de inscripciones  
(845) 247-6550 x9211 / f: (845) 681-4241

**(LEY FEDERAL 99.31: «No se requiere la firma de los padres para enviar registros educativos a otra institución educativa»).**

# ESCUELAS DEL DISTRITO CENTRAL DE SAUGERTIES

## Acuerdo del Distrito para el acceso web a la información del estudiante a través del portal para padres de «Infinite Campus» de las Escuelas del Distrito Central de Saugerties

Solicito revisar los datos o la información de estudiante de mi hijo(a) en el sitio web de las Escuelas del Distrito Central de Saugerties. He leído las expectativas para **usuarios de las Escuelas del Distrito Central de Saugerties** y los requisitos informáticos del portal de padres/estudiantes «Infinite Campus», y acepto cumplir y fomentar su cumplimiento. Entiendo que, en aras de la seguridad, el Distrito se reserva el derecho de cambiar las contraseñas de los usuarios o negarles el acceso en cualquier momento. Al firmar este acuerdo, yo, como progenitor o tutor, eximo a las Escuelas del Distrito Central de Saugerties de toda responsabilidad por los daños que surjan del acceso no autorizado a mi cuenta de progenitor/tutor. Acepto que no deberé compartir mi contraseña ni permitir que otras personas usen la cuenta, lo que incluye a mis propios hijos.

Acepto proteger cualquier información impresa o transferida a mi computadora, o destruir la documentación generada desde este sitio.

Entiendo que realizar tres inicios de sesión fallidos provocará la desactivación de mi cuenta. Si mi cuenta del portal para padres es bloqueada, es mi responsabilidad enviar una solicitud por correo electrónico a la dirección del portal para padres, [scsdportal@saugerties.k12.ny.us](mailto:scsdportal@saugerties.k12.ny.us) para solicitar que se restablezca mi cuenta del portal para padres. En dicho correo electrónico, proporcionaré la identificación de inicio de sesión personal (Personal Login ID) que se me proporcionó en el momento de crear la cuenta, y responderé cualquier pregunta necesaria para verificar mi identidad. La cuenta será desbloqueada a la sola discreción del Distrito, y entiendo que el proceso de desbloqueo puede demorar entre 3 y 5 días escolares en completarse.

He verificado que la computadora que usaré para acceder al sitio web y ver la información del estudiante cumple o supera los requisitos mínimos indicados en el sitio web de las Escuelas del Distrito Central de Saugerties.

### EN LETRA DE IMPRENTA

Enumere todos sus hijos que actualmente estén matriculados en las Escuelas del Distrito Central de Saugerties y residan en la dirección que se indica a continuación. La información proporcionada en este formulario debe coincidir con la información de inscripción que proporcionó durante el registro.

Apellido del progenitor o tutor:		Primer nombre:		
Dirección residencial:				
Correo electrónico:				
Teléfono residencial:				
Escriba con letra de imprenta el nombre y apellido del niño tal cual figura en el certificado de nacimiento:				
Primer nombre del niño:	Apellido del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	Nombre de la escuela de Saugerties a la que asiste el niño	<b>(Completado por la escuela) Id. de estudiante</b>

### Verificación del acuerdo de autorización

La Oficina del Administrador de Datos del Distrito conservará el formulario completo y firmado en la carpeta del Portal de Padres. El progenitor/tutor debe proporcionar una identificación con foto antes de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del progenitor o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del progenitor o tutor (imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el progenitor/tutor no puede asistir a la escuela, deberá proporcionar una Id. con foto junto con su solicitud electrónica.**

### **SOLO PARA USO INTERNO**

Fecha de activación: \_\_\_\_\_

Clave de activación enviada al correo electrónico brindado: \_\_\_\_\_

Clave de activación enviada por correo postal: \_\_\_\_\_



Estimados padres o tutores:

Fecha: 1/09/22

La Ley de Educación del Estado de Nueva York exige la realización de un examen de salud a todos los estudiantes **que ingresan a Pre-Kínder o Kínder, 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 9.º y 11.º grado, o que ingresan al distrito escolar por primera vez.**

El examen debe ser realizado por un médico, asistente médico o enfermero practicante con licencia del **estado de Nueva York** y completarse en el Formulario de examen de salud para estudiantes del Departamento de Saludo de Nueva York (NYSED) aprobado para la escuela. **Desde el 31/01/21, las escuelas no pueden aceptar exámenes de salud que no estén en el formulario requerido o en el registro de salud equivalente. Se adjunta el formulario requerido, que también se puede encontrar en el sitio web de la escuela.**

También se solicita un certificado dental que acredite que su hijo(a) ha sido revisado(a) por un dentista o higienista dental. Si lo solicita, la escuela le proporcionará una lista de dentistas e higienistas dentales registrados que ofrecen servicios de forma gratuita o a costo reducido.

Se debe proporcionar una copia del examen de salud dentro de los 30 días del ingreso de su hijo(a) a la escuela, y al comenzar Kínder, 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 9.º y 11.º grado. Si no se entrega una copia dentro de los 30 días, la escuela se comunicará con usted.

**Si tiene una cita para el examen de hijo(a) con fecha posterior a los primeros 30 días de clases, informe la fecha a la Oficina de Salud.** Para su comodidad, se adjunta el formulario de examen físico y el certificado dental para sus proveedores de atención médica.

La comunicación entre el personal de salud privado y el escolar es fundamental para una atención segura y eficaz en la escuela. Su proveedor de atención médica no puede compartir información con el personal de salud de la escuela sin su permiso firmado. En la cita para el examen de su hijo(a), hable con su proveedor acerca de firmar un formulario de consentimiento para la escuela. Le sugerimos que, antes de enviar los formularios completos a la oficina de salud de la escuela, haga copias para sus propios registros. Los formularios también pueden enviarse por fax o correo electrónico al número/dirección que figura más abajo.

Debido al COVID, muchos estudiantes no han visitado a un proveedor médico privado en dos años o más. El Director Médico del Distrito, el Dr. William Maliha, advierte que es importante que los estudiantes tengan una relación con un proveedor médico privado, ya que ellos pueden ayudar a evaluar y guiar mejor su salud y bienestar emocional durante estos importantes años de formación. El Dr. Maliha recomienda que haga lo posible para obtener esta importante evaluación de salud antes de que comience el año escolar.

Atentamente,

*Dr. Lisjane Kappeler*

Directora de Servicios del Personal Estudiantil

Por favor, dirija cualquier pregunta a:

<b>Primaria Cahill:</b> Marcy Traudt	845-247-4799	F: 845-681-4001
<b>Primaria Morse:</b> Connie Scuitto	845-247-5799	F: 845-681-4222
<b>Escuela Mt. Marion:</b> Andrea Silinovich	845-247-6799	F: 845-681-4233
<b>Primaria Riccardi:</b> Lynda Angier	845-247-7799	F: 845-246-2582
<b>Saugerties Jr. High:</b> Susan Pavlaudakis	845-247-2799	F: 845-246-2773
<b>Saugerties High School:</b> Susan Carter	845-247-1799	F: 845-246-2773



Información de salud del estudiante (1 de 2)			
Nombre del/de la estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:		Teléfono particular:	
Nombre del progenitor/tutor:		Teléfono de emergencia:	
Nombre del médico:		Teléfono del médico:	
Historial de salud del estudiante			
Marque con un círculo SÍ o NO si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades. En caso afirmativo, proporcione la información solicitada.			
Varicela	No	Sí	Fecha(s):
Rubéola (sarampión alemán)	No	Sí	Fecha(s):
Hepatitis	No	Sí	Fecha(s):
Mononucleosis	No	Sí	Fecha(s):
Paperas	No	Sí	Fecha(s):
Neumonía	No	Sí	Fecha(s):
Fiebre reumática	No	Sí	Fecha(s):
Escarlatina/faringitis estreptocócica	No	Sí	Fecha(s):
Fiebre alta	No	Sí	Fecha(s):
Convulsiones, ataques o ausencias	No	Sí	Fecha(s):
Al anotar los medicamentos, enumere TODOS los que debe tomar el/la estudiante, <u>en casa o en la escuela</u> . Consulte la política de medicamentos recetados del Distrito para autorizar la administración de medicamentos en la escuela.			
Medicamento(s):		Dosis:	Horarios:
Medicamento(s):		Dosis:	Horarios:
Alergias:	No	Sí	Describa:
Diabetes	No	Sí	Describa:
Hemorragias nasales	No	Sí	Describa:
Tuberculosis o contacto con TB	No	Sí	Describa:
Enfermedad cardíaca	No	Sí	Describa:
Problemas visuales	No	Sí	Describa:
Usa anteojos	No	Sí	Describa:
Problema auditivo	No	Sí	Describa:
Prótesis auditiva	No	Sí	Describa:
Enfermedad de garganta, nariz u oído	No	Sí	Describa:
Cirugía anterior	No	Sí	Describa:
Hospitalización anterior	No	Sí	Describa:
Otra:	No	Sí	Describa:



**Información de salud del estudiante, cont. (2 de 2)**

Nombre del/de  
la estudiante:

Fecha de nacimiento:

Responda las siguientes preguntas. Si la pregunta no es aplicable, escriba «ninguno/a».

Enumere cualquier deformidad o discapacidad física:

Otras enfermedades o problemas (describa):

Enumere cualquier accidente o lesión que haya tenido el niño:

¿Hay algo más relacionado con la salud, el comportamiento o el desarrollo que la escuela deba saber para tomar disposiciones especiales? Describa.

Firma del progenitor o tutor:

Fecha:

**FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR DEL ESTADO DE NUEVA YORK (OBLIGATORIO)  
PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA  
SI NO SE EVALUA UN ÁREA, INDICAR «NO EVALUADO»**

**Nota:** El NYSED exige la realización de un examen físico para los nuevos ingresantes y los estudiantes en los grados Pre-K o K, 1.º, 3.º, 5.º, 7.º, 9.º y 11.º; uno anual para deportes interescolares; y papeles de trabajo según sea necesario o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

**INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE:**

Nombre	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

**HISTORIAL DE SALUD**

<b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indicar tipo)	Tipo: <input type="checkbox"/> Orden de medicamento/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> Plan de atención de anafilaxis adjunto
<b>Asma</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indicar tipo)	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Orden de medicamento/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> Plan de atención de asma adjunto
<b>Convulsiones</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indicar tipo)	Tipo: Fecha de la última convulsión: <input type="checkbox"/> Orden de medicamento/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> Plan de atención de convulsiones adjunto
<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indicar tipo)	Tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Orden de medicamento/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> Plan de gestión médica de la diabetes adjunto

**Factores de riesgo para diabetes o prediabetes.** Considere la detección de DM2 si el % de IMC es > 85 % y tiene 2 o más factores de riesgo: antecedentes familiares de DM2, origen étnico, síndrome de resistencia a la insulina, historial gestacional de la madre o prediabetes.

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

**Percentil (categoría de peso):**  < 5.<sup>to</sup>  5.º- 49.º  50.º- 84.º  85.º- 94.º  95.º- 98.º  99.º y >

**Hiperlipemia:**  No  Sí  No evaluado **Hipertensión**  No  Sí  No evaluado

**EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA**

<b>Altura:</b>	<b>Peso:</b>	<b>P. A.:</b>	<b>Pulso:</b>	<b>Ritmo respiratorio:</b>
<b>Pruebas de laboratorio</b>	<b>Positivo</b>	<b>Negativo</b>	<b>Fecha</b>	<b>Enumere otros problemas médicos relevantes (por ejemplo, traumatismo, salud mental, un solo órgano en funcionamiento)</b>
TB (si es necesario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Células falciformes (si es necesario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Nivel de plomo en Pre-Kínder y Kínder</b>			<b>Fecha</b>	
<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> Nivel elevado ≥ 5 µg/dL				

**Revisión completa y hallazgos anormales enumerados**

<input type="checkbox"/> Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Habla
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Espalda/columna	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Socioemocional
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Musculoesquelético

<input type="checkbox"/> Evaluación/anormalidades halladas/recomendaciones:	Diagnósticos/problemas (enumere)	Código CIE-10*
<input type="checkbox"/> Información adicional adjunta	*Requerido solo para estudiantes con un IEP y Medicaid	

Nombre:				Fecha de nacimiento:	
<b>Exámenes de visión y audición</b> - Requerido para Pre-K, K, 1.º, 3.º, 5.º, 7.º y 11.º					
<b>Visión</b> (c/corrección prescrita)		<b>Derecha</b>	<b>Izquierda</b>	<b>Derivación</b>	<b>No evaluado</b>
Agudeza a larga distancia		20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Agudeza a corta distancia		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Evaluación de la percepción de colores <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado					<input type="checkbox"/>
Notas					
<b>Audición</b> Aprobado indica que el estudiante puede escuchar 20 dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7.º y 11.º también se prueba a 6000 y 8000 Hz.					<b>No evaluado</b>
Audiometría de tonos puros		<b>Derecha</b> <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado	<b>Izquierda</b> <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado	<b>Derivación</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Notas					
<b>Escoliosis</b> Evaluar niños en 9.º grado y niñas en 5.º y 7.º grado		<b>Negativo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Derivación</b>	<b>No evaluado</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN ED. FÍSICA/DEPORTES/PATIOS DE JUEGO/TRABAJO</b>					
<input type="checkbox"/> El/la estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones. <input type="checkbox"/> El/la estudiante tiene restricciones para la participación en: <input type="checkbox"/> <b>Deportes de contacto:</b> baloncesto, <i>cheerleading</i> competitivo, clavados, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol americano, gimnasia, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol y lucha libre. <input type="checkbox"/> <b>Deportes de contacto limitado:</b> béisbol, esgrima, sóftbol y voleibol. <input type="checkbox"/> <b>Deportes sin contacto:</b> tiro con arco, bádminton, bolos, campo traviesa, golf, rifle, natación, tenis y atletismo. <input type="checkbox"/> <b>Otras restricciones:</b>					
<b>Etapas de desarrollo para el proceso de asignación deportiva <u>SOLO</u> requerido</b> para estudiantes de los grados 7.º y 8.º que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar de escuela secundaria <b>O</b> de los grados 9.º a 12.º que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar modificado. <b>Escala de Tanner:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V      Edad de la 1.ª menstruación (si corresponde):					
<input type="checkbox"/> <b>Otras adaptaciones*:</b> (p. ej., órtesis, aparatos ortopédicos, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.) Use el espacio adicional para explicar. *Consulte con el organismo deportivo rector si se requiere aprobación previa o completar un formulario para el uso del dispositivo en competencias atléticas.					
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Formulario de pedido de medicamentos necesarios en la escuela adjunto</b>					
<b>VACUNAS</b>					
<input type="checkbox"/> Registro adjunto <input type="checkbox"/> Reportado en NYSIIS					
<b>PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA</b>					
Firma del proveedor médico:					
Nombre del proveedor: <i>(imprenta)</i>					
Dirección del proveedor:					
Teléfono:      Fax:					
<b>Devuelva este formulario a la escuela de su hijo(a) cuando esté completo.</b>					

# Certificado de salud dental (opcional)

Progenitor/tutor: complete la Sección 1 y lleve el formulario a su dentista/higienista dental para una evaluación. Solicite a su dentista/higienista dental que complete la Sección 2. Devuelva el formulario completo al maestro o la maestra de su hijo lo antes posible.

## Sección 1. Completada por un progenitor o tutor (impresa)

Nombre del niño: Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento: / /  
Mes Día Año

Sexo:  Masculino  
 Femenino

¿Esta será la primera visita de su hijo(a) a un dentista?  Sí  
 No

Escuela: Nombre

Grado

## Sección 2. Completada por el dentista/higienista dental

### I. Estado de salud bucal (marque todo lo que corresponda)

Sí  No **Experiencia con caries/historial de arreglos:** ¿alguna vez ha tenido una caries (tratada o no tratada)?

[Un empaste (temporal/permanente) O un diente extraído como resultado de una caries O una cavidad abierta].

Sí  No **Caries sin tratar:** ¿Tiene una cavidad abierta?

[Al menos ½ mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración entre marrón y marrón oscuro en las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las lesiones de fosas y fisuras, así como a las que se encuentran en superficies dentales lisas. Si la raíz permanece, suponga que la caries destruyó todo el diente. Los dientes rotos, astillados o con empastes temporales se consideran sanos a menos que también exista una lesión cavitada].

Sí  No **Selladores dentales presentes**

Sí  No **Patología en tejidos blandos**

Sí  No **Maloclusión**

### II. Tratamientos necesarios (marque todo lo que corresponda)

**No necesita tratamiento**

**Tratamiento urgente:** absceso, exposición del nervio, estado avanzado de enfermedad, signos o síntomas que incluyen dolor, infección o hinchazón

**Tratamiento restaurativo:** amalgamas, composites, coronas, etc.

**Tratamiento preventivo:** selladores, tratamiento con flúor, profilaxis, protector bucal, etc.

**Otros:** tratamientos periodontales y de ortodoncia

**Describe:**

The Dental Health condition of \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date of exam) Check one:

Yes, The student listed above *is* in fit condition of dental health to permit him/her attendance at the public schools.

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

Nombre y dirección del dentista (en imprenta o sello):

Dentist/Dental Hygienist Signature:

Date of Exam: / /

\* The dental health condition of the student when the exam is made and the date of exam shall not be more than 12 months prior to the commencement of the school year in which the exam is requested.



### Política de uso aceptable de equipos informáticos

Adjunto encontrará una copia de la «Política de Uso Aceptable de Recursos de Información Computarizados por Parte de los Estudiantes» del Distrito Escolar de Saugerties, así como las Regulaciones del Superintendente. En estos documentos se explican las pautas para el uso de los equipos informáticos escolares.

Por favor, revise este documento con su hijo(a). Para que su hijo(a) pueda usar las computadoras de la escuela, debe proporcionar un permiso por escrito mediante la firma del formulario de «Consentimiento de Progenitor/Tutor Legal».

Además, su hijo(a) debe aceptar que usará el equipo de acuerdo con las pautas mediante la firma del formulario «Acuerdo sobre el Uso de los Recursos de Información Computarizados del Distrito por Parte del Estudiante».

Los estudiantes no podrán usar las computadoras de la escuela hasta no firmar y devolver los formularios adjuntos.

Gracias.

### ACUERDO SOBRE EL USO DE LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN COMPUTARIZADOS DEL DISTRITO POR PARTE DEL ESTUDIANTE

En consideración del privilegio de usar el Sistema Informático del Distrito Escolar Central de Saugerties (DCS), acepto que se me ha proporcionado una copia de la Política de Uso Aceptable de Recursos de Información Computarizados por Parte de los Estudiantes y de las regulaciones establecidas en relación con esa política. Acepto adherirme a la política y los reglamentos así como a cualquier cambio o adición que adopte el Distrito con posterioridad. También acepto cumplir con las políticas y regulaciones relacionadas.

Entiendo que el incumplimiento de estas políticas y regulaciones puede provocar que pierda el acceso al DCS, junto a una posible imposición de medidas disciplinarias según la Política de Conducta y Disciplina Escolar del Distrito y del Código de Disciplina Estudiantil. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de emprender acciones legales en mi contra si intencional, maliciosa o ilegalmente daño o destruyo propiedades del Distrito o participo en otro tipo de actividad ilegal.

Adicionalmente, el Distrito puede entablar una demanda contra mis padres o tutores legales en un tribunal civil de conformidad con la Sección 3-112 de la Ley de Obligaciones Generales si yo daño o destruyo propiedades del Distrito de forma intencional, maliciosa o ilegal.

Nombre del/de la estudiante:	Grado:	Escuela:
Firma del/de la estudiante:		Fecha:

### CONSENTIMIENTO DE PROGENITORES/TUTORES

Soy el progenitor/tutor legal de \_\_\_\_\_, quien ha firmado el Acuerdo Sobre el Uso de los Recursos de Información Computarizados del Distrito por Parte del Estudiante. Declaro que me han proporcionado una copia de la política y los reglamentos del Distrito Escolar de Saugerties con respecto al uso del Sistema Informático del Distrito (DCS) y que la he leído.

También reconozco haber recibido un aviso de que, a diferencia de la mayoría de los materiales didácticos o bibliotecarios tradicionales, el DCS puede permitir que mi hijo(a) acceda a redes informáticas externas no controladas por el Distrito Escolar. Entiendo que algunos de los materiales disponibles a través de estas redes informáticas externas pueden ser inapropiados y objetables: sin embargo, reconozco que es imposible que el Distrito evalúe o revise todos los materiales disponibles. Acepto la responsabilidad de establecer y transmitir estándares para que mi hijo(a) haga un uso apropiado y aceptable del DCS o de cualquier otro medio electrónico o de comunicación.

Acepto eximir al Distrito Escolar Central de Saugerties, la Junta de Educación y sus agentes y empleados de reclamos de cualquier naturaleza en relación al uso del DCS por parte de mi hijo(a) de cualquier manera.

Acepto que mi hijo(a) tenga acceso al DCS.

Firma del progenitor/tutor:	Fecha:
-----------------------------	--------



## **POLÍTICA DE USO ACEPTABLE DE RECURSOS DE INFORMACIÓN COMPUTARIZADOS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Código: 7315 (copia para padres)**

### **Implementación del programa**

La Junta Escolar de Saugerties Central reconoce que el uso eficaz de la tecnología es importante para los estudiantes y lo será cuando sean adultos. En consecuencia, el Distrito Escolar brindará acceso a varios recursos de información computarizados a través del Sistema Informático del Distrito (en adelante, DCS), que consta de software, hardware, redes informáticas y sistemas de comunicaciones electrónicas. Esto puede incluir el acceso a Internet.

El DCS está pensado exclusivamente para un uso educativo o de investigación, y su uso debe ser consistente con las metas y el propósito del Distrito Escolar Central de Saugerties. Los estándares de uso aceptable, así como las conductas prohibidas por parte de los estudiantes que acceden al DCS, según se describen en las Regulaciones de los Superintendentes, no pretenden ser exhaustivos. Los estudiantes son responsables de su buen comportamiento en las redes informáticas de la escuela al igual que lo son en un aula o un pasillo de la escuela. Además de los estándares específicos de conducta estudiantil delineados en esta regulación, los requisitos generales de conducta estudiantil aceptable esperados bajo las Política de Conducta y Disciplina Escolar del Distrito y del Código de Disciplina Estudiantil también se aplicarán al acceso de los estudiantes al DCS. Las comunicaciones en la red suelen ser de naturaleza pública. Se aplicarán las reglas generales de la escuela para el comportamiento y las comunicaciones.

Se enseñarán las implicaciones legales y éticas del uso de software a los estudiantes de todos los niveles donde se use dicho software. Además, el director o su designado y el maestro o maestra del aula será la persona responsable de informar a los estudiantes del Distrito sobre las reglas y regulaciones que rigen el acceso de los estudiantes al DCS.

### **Autorización**

No se permitirá que los estudiantes usen el DCS sin la autorización específica del administrador o instructor correspondiente. Además, solo podrán acceder al DCS aquellos estudiantes que hayan firmado un formulario de acuerdo y cuenten con un permiso por escrito de sus progenitores/tutores legal, incluyendo el acceso potencial de los estudiantes a redes informáticas externas no controladas por el Distrito Escolar. Este permiso no es transferible y no se puede compartir. Todos los formularios requeridos deben ser archivados por el director.

### **Estándares de conducta que rigen el acceso de los estudiantes al DCS**

El uso del DCS es un privilegio y no un derecho; el uso inapropiado representa una infracción de esta política y puede resultar en una acción disciplinaria, que puede incluir la suspensión de la escuela o la cancelación de los privilegios de uso. Cada estudiante al que se le conceda acceso será responsable del uso que realice. El DCS se proporciona a los estudiantes como apoyo a su programa educativo y para realizar investigaciones y comunicarse con otros. El acceso de los estudiantes a redes informáticas externas no controladas por los distritos se permite a los estudiantes que actúan de manera considerada y responsable. Los usuarios individuales de los recursos de información computarizados del Distrito son responsables de su propio comportamiento y de las comunicaciones que realizan a través de la red informática del Distrito. Los usuarios deben cumplir con los estándares del Distrito que rigen el uso del DCS y honrar los acuerdos que han firmado.

Durante el aprendizaje virtual, los estudiantes deberán cumplir con los estándares existentes establecidos en el Código de Conducta, incluyendo las normativas relativas a conductas prohibidas y posibles sanciones. Durante las videoconferencias o el aprendizaje virtual, los estudiantes no deben mostrar fondos virtuales, fotografías u objetos que infrinjan el Código de Conducta.

Los archivos de datos de los estudiantes y otras áreas de almacenamiento electrónico se tratarán como si fueran taquillas de la escuela. Esto significa que dichas áreas se considerarán propiedad del Distrito Escolar y estarán sujetas a controles e inspecciones razonables por parte del Distrito Escolar. La escuela, el administrador del sistema o los maestros pueden acceder a todos esos archivos y comunicaciones para garantizar la integridad del sistema y asegurarse de que los usuarios cumplan con los requisitos de la política y los reglamentos del Distrito con respecto al acceso de estudiantes al DCS. Los estudiantes NO deben esperar que la información almacenada en el DCS sea privada.

Los usos del DCS que infrinjan cualquier aspecto de la política del Distrito Escolar, el Código de Disciplina Estudiantil y las leyes o reglamentos federales, estatales o locales están estrictamente prohibidos y pueden resultar en una acción disciplinaria de conformidad con las pautas aplicables del Distrito o las leyes federales, estatales y locales, lo que incluye, entre otras, la suspensión de la escuela o la revocación del acceso al DCS. Además de los requisitos generales del Distrito que rigen el comportamiento de los estudiantes, los estudiantes usuarios del DCS deberán seguir las Regulaciones del Superintendente.

### **Acceso a contenidos o materiales inapropiados y uso de dispositivos tecnológicos o electrónicos personales**

Esta política tiene como objetivo establecer pautas generales para el uso aceptable del DCS por parte de los estudiantes así como informar a los estudiantes y progenitores/tutores que el uso del DCS por parte de los estudiantes les proporcionará acceso a redes informáticas externas no controladas por el Distrito Escolar. No es posible que el Distrito filtre o revise todos los contenidos o materiales disponibles en estas redes informáticas externas. Por lo tanto, algunos de los contenidos o materiales disponibles en esas redes externas pueden considerarse inadecuados para el uso de los estudiantes o el acceso de los progenitores/tutores.



A pesar de la existencia de políticas, reglamentos y pautas del Distrito, es virtualmente imposible evitar por completo el acceso a contenidos o materiales que puedan considerarse inapropiados para los estudiantes. Los estudiantes pueden tener la capacidad de acceder a dichos contenidos o materiales desde su hogar, otros lugares fuera de las instalaciones escolares o mediante los dispositivos tecnológicos propios del estudiante dentro de los terrenos de la escuela o en eventos escolares. Los progenitores y tutores deben hacer lo posible por establecer límites y estándares para el uso apropiado y aceptable de la tecnología y comunicarlos a sus hijos. Los estándares de uso apropiado o aceptable descritos en esta política se aplican al uso de la tecnología por parte de los estudiantes a través del DCS u otros medios o comunicaciones electrónicas, incluso por medio del propio dispositivo electrónico o tecnológico del estudiante dentro de los terrenos escolares o en eventos escolares.

#### Privilegios de los titulares de cuentas de usuario

- a. Acceso igualitario: todos los usuarios de cuentas tendrán acceso gratuito e igualitario a la red y a Internet.
- b. Privacidad: todos los usuarios de cuentas tienen derecho a la privacidad de sus archivos y correos electrónicos, sin embargo, debe tenerse en cuenta que, de existir una sospecha razonable de que un usuario está infringiendo la política y los reglamentos del Distrito, un administrador del sistema o un maestro podrá obtener acceso a la correspondencia o archivos privados del usuario. Se intentará notificar al usuario de dichas inspecciones siempre que sea posible.
- c. Seguridad: cualquier usuario de cuentas que reciba comunicaciones amenazantes o no deseadas deberá informar de inmediato al administrador del sistema o un maestro.
- d. Responsabilidad: debido a la amplia disponibilidad de servicios e información en Internet, algunos de los cuales pueden resultar potencialmente ofensivos para ciertas personas o grupos de usuarios, cada usuario individual debe ser responsable de sus propias acciones al navegar por Internet.
- e. Libertad Intelectual: los administradores de la red no impondrán sanciones oficiales a la expresión de opiniones personales en la red. Sin embargo, el Distrito Escolar Central de Saugerties declara que no respalda oficialmente ninguna opinión expresada en la red y se entiende implícitamente que cualquier declaración de creencia personal representa el punto de vista individual del autor y no el del Distrito Escolar o los miembros de su personal.

#### Responsabilidades de los usuarios de la red e Internet

- a. Uso del lenguaje apropiado: todos los usuarios de cuentas deben expresarse con un lenguaje apropiado para situaciones escolares, como lo indican los Códigos de Conducta del Distrito. Está prohibido el uso de blasfemias, obscenidades y lenguaje vulgar o sexualmente ofensivo.
- b. Contenido del discurso: los usuarios de cuentas deben respetar los derechos de los demás y tener en cuenta la edad y la madurez de las personas con quienes se comunican. Las expresiones comunicadas por los usuarios no deberán ser difamatorias (falsedades injuriosas, expresadas con o sin malicia, con temerario desprecio por la verdad o simplemente falsas, cuando la comunicación no sea sobre una figura pública). Si alguien es víctima de un ataque personal, debe comunicar el incidente a su maestro o al administrador del sistema.
- c. Derechos de autor: los usuarios de cuentas deben respetar todas las cuestiones relativas a derechos de autor con respecto al software, la información y las atribuciones de autoría. La copia o transferencia no autorizada de materiales con derechos de autor puede provocar la pérdida de la cuenta de usuario o acciones disciplinarias.
- d. Plagio: los usuarios de cuentas deben procurar no tomar ideas o escritos de otras personas como propios. Los usuarios de cuentas deben otorgar la atribución adecuada al autor o creador de la idea o escrito.
- e. Prohibición de uso para publicidad y uso comercial: los usuarios de cuentas no deben publicar información que contenga publicidad o la solicitud para que otros miembros usen bienes y servicios. Los usuarios de cuentas no utilizarán las capacidades de la cuenta para realizar negocios o actividades prohibidas por la ley.
- f. Comprensión del usuario de cuentas con respecto al contenido de la información alojada en otros sistemas en Internet: algunos sistemas pueden contener material difamatorio, inexacto, abusivo, obsceno, profano, sexual, amenazante, racialmente ofensivo o ilegal. El Distrito Escolar Central de Saugerties no aprueba el uso de dichos materiales ni permite su uso en el entorno escolar. Los usuarios de cuentas y los progenitores/tutores de estudiantes usuarios de cuentas deben ser conscientes de la existencia de tales materiales y controlar el uso en el hogar. Los usuarios de cuentas que a sabiendas traigan dichos materiales al entorno escolar pueden ser declarados en infracción de la Política y las Regulaciones sobre el Uso de Internet, por lo que se cancelarán sus privilegios y quedarán sujetos a medidas disciplinarias y acciones legales de acuerdo con la Política del Distrito y la ley.



- g. Correspondencia electrónica: se debe denunciar la correspondencia electrónica que presuntamente contenga material difamatorio, amenazante, profano, obsceno, sexual o con ofensas raciales, tras lo cual será inspeccionado por el administrador escolar. Si se descubre que dicho material fue enviado por un usuario de cuentas, la cuenta del usuario puede cancelarse y el usuario podría quedar sujeto a medidas disciplinarias y acciones legales de acuerdo con la Política del Distrito y la ley.
- h. Seguridad: si un usuario de cuentas cree que puede identificar un problema de seguridad mediante el uso de una cuenta de Internet, el titular de la cuenta deberá notificar de inmediato al administrador escolar. El usuario de la cuenta no debe demostrar el problema a otros. Los intentos de iniciar sesión en el DCS como administrador del sistema o maestro provocarán la cancelación de los privilegios del usuario o acciones disciplinarias. Se puede negar el acceso al DCS a cualquier usuario identificado como un riesgo de seguridad o como poseedor de un historial de problemas con otros sistemas informáticos. Adicionalmente, cualquier infracción relacionada con el uso y la aplicación del DCS deberá ser informada por el estudiante al maestro a cargo.
- i. Publicación de comunicaciones personales sin el consentimiento previo del autor original: volver a publicar comunicaciones personales sin el consentimiento previo del autor original representa una infracción de la privacidad del autor y, como tal, está prohibido. Sin embargo, los mensajes publicados en foros públicos, tales como grupos de noticias o servidores de listas, pueden copiarse en comunicaciones posteriores siempre que se atribuya adecuadamente su autoría.
- j. Uso de la red para actividades ilegales: están prohibidas las actividades ilegales, lo que incluye, entre otras, la manipulación de computadoras o software, la entrada no autorizada a computadoras o el vandalismo o destrucción de archivos informáticos a sabiendas. Estas actividades pueden ser consideradas delitos en virtud de las leyes estatales y federales, y llevar al usuario a procedimientos legales en virtud de dichas leyes.
- k. Interferencias en el funcionamiento de la red: está prohibido dañar, deshabilitar o interferir de otro modo con el funcionamiento de computadoras, sistemas informáticos, software o equipos relacionados a través de acciones físicas o por medios electrónicos. Si se encuentra a un usuario realizando cualquiera de estas acciones sin permiso, se tomarán medidas disciplinarias.
- l. Interferencias en archivos: está prohibido cambiar, copiar, renombrar, borrar, leer o acceder de otra manera a archivos o software no creado por el estudiante sin el permiso expreso del administrador del sistema. Si se encuentra a un usuario realizando cualquiera de estas acciones sin permiso, se tomarán medidas disciplinarias.
- m. Software no autorizado: está prohibido el uso de software no autorizado. Para reducir el riesgo de propagar virus informáticos o dañar la red, los usuarios no deben instalar software en ningún equipo del DCS. La instalación del software será responsabilidad exclusiva del administrador del sistema o su delegado.
- n. Virus informáticos: los «virus informáticos» son programas que se han desarrollado para perturbar y destruir programas y datos valiosos. Para reducir el riesgo de propagar virus informáticos, los usuarios no deben importar archivos de fuentes desconocidas o de mala reputación. Los intentos deliberados de degradar o interrumpir un sistema informático o red en Internet mediante la propagación de virus informáticos se consideran actividades delictivas según las leyes estatales y federales, y pueden someter a la persona a enjuiciamiento según estas leyes, así como a medidas disciplinarias escolares.
- o. Responsabilidad por la cuenta de usuario: todas las infracciones de esta política que se puedan rastrear hasta un nombre de cuenta individual serán tratadas como responsabilidad exclusiva del propietario de esa cuenta. El titular de una cuenta no debe dar su contraseña a otro usuario bajo ningún concepto.
- p. Suplantación de identidad y anonimato: está prohibida la suplantación de identidad o el anonimato. El nombre real debe utilizarse en todo momento; no se permite el uso de seudónimos. Cada persona debe asumir la responsabilidad de sus acciones y palabras.
- q. Revocación del privilegio de uso: la posesión de una cuenta de usuario de conformidad con esta Política es un privilegio que puede revocarse ante un incumplimiento de las disposiciones establecidas anteriormente para un usuario de cuentas. Además, el incumplimiento de los términos de esta Política puede considerarse un acto de desobediencia y dar lugar a medidas disciplinarias para el titular de la cuenta.