



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
EVALUACIÓN DE SALUD para el año escolar : 2025-2026
También se puede descargar en el sitio web del distrito JCS.



Al padre o tutor:

El propósito de este formulario es brindarle a la enfermera de la escuela información adicional sobre las necesidades de salud de su hijo. La enfermera de la escuela puede comunicarse con usted para obtener más información. La información solicitada es esencial para que la enfermera de la escuela satisfaga las necesidades de salud de su hijo.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

POR FAVOR complete ambas páginas de este formulario (Devuélvalo a la enfermera de la escuela)

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela
Nombre de la calle)				
Numero de telefono de casa	Número de teléfono celular	Número de teléfono adicional	Calificación	Maestro/aula principal
Nombre del padre/tutor (apellido, nombre, segundo nombre)			Número de teléfono del trabajo	

Transporte

Pasajero en autobús Número de autobús Pasajero en automóvil Autobús para necesidades especiales Después de la escuela

Parte I – Información de salud

Lugar donde su hijo recibe atención sanitaria habitual:
del médico : _____

DIRECCIÓN:

Teléfono: _____

- Centro de salud comunitario
- Departamento de Salud
- Hospital Clínico
- Sin lugar regular
- Médico privado/HMO

Información del seguro de su hijo:

- TODOS LOS NIÑOS
 - Medicaid
 - Sin seguro
 - Otro
- _____
- Seguro Privado

Lugar donde su hijo recibe atención dental:
Nombre del dentista: _____

DIRECCIÓN:

Teléfono: _____

- Centro de salud comunitario
- Departamento de Salud
- Hospital Clínico
- Sin lugar regular
- Dentista privado/HMO

Hospital preferido

Parte II – Historial médico Equipo/procedimientos médicos requeridos en la escuela

<input type="checkbox"/> Catheter	<input type="checkbox"/> Gastric Tube	<input type="checkbox"/> Nebulizer Treatments	<input type="checkbox"/> Oxygen Supplement	<input type="checkbox"/> Tracheostomy
<input type="checkbox"/> Vagal Nerve Stimulator (VNS)	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> Walker	
<input type="checkbox"/> Other <i>Please explain:</i>				

Los medicamentos y procedimientos en la escuela requieren un formulario de autorización del médico/padre (uno por cada medicamento o procedimiento). Por favor consulte a la enfermera de su escuela.

Complete el formulario en la página siguiente (se requiere firma)



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
EVALUACIÓN DE SALUD para el año escolar: 2025-2026



Nombre del Estudiante: _____ **Parte III – Historial**
 Médico

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS Si NO , vaya directamente al final de la página y proporcione la firma del padre/tutor En caso afirmativo y diagnosticado por un médico, responda cada pregunta a continuación.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trastorno por déficit de atención (TDA) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ¿ Requiere medicación? <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> En casa
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Alergias: <input type="checkbox"/> Urticaria/sarpullido <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Comida _____ <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> Insectos _____ <input type="checkbox"/> Ambiental _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Asma <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en la escuela <input type="checkbox"/> Usa un inhalador en casa
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de sangre/sangrado: <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Requiere medicación <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sangrados nasales frecuentes: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cáncer/Leucemia: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Parálisis cerebral: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fibrosis quística: <i>explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas dentales: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Controla los niveles de azúcar en la sangre al escuela <input type="checkbox"/> Requiere insulina en la escuela <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Orden de glucagón <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Manejado con dieta <input type="checkbox"/> Medicación oral
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Emocional/Conductual/Psicológico: <i>Por favor explique :</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas gastrointestinales/estómacos: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trastornos genéticos/raros: explique:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dolores de cabeza: Por favor explique:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de audición: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos oídos <input type="checkbox"/> Tubos <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Implante coclear
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Condiciones cardíacas: <input type="checkbox"/> Restricciones de actividad: <input type="checkbox"/> Medicamentos que se toman en casa: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión (presión arterial alta): <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Artritis juvenil/Problemas de las articulaciones óseas: <i>explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de riñón/vejiga/urinarios: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis: <input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Usa aparato ortopédico <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Historia familiar
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ataques/Convulsiones: Tipo de ataque: _____ Medicamentos: <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Klonopin <input type="checkbox"/> Versed <input type="checkbox"/> Medicamentos tomados en casa <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Anemia falciforme : <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rasgo
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Derivación: <input type="checkbox"/> Derivación VP <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Espina bífida:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dieta Especial: <i>Por favor explique:</i>
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de visión: <input type="checkbox"/> Usa anteojos <input type="checkbox"/> Usa contactos <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otras condiciones médicas: <i>incluya <u>cualquier</u> medicamentos tomados en casa únicamente.</i>

Firmas requeridas

Firma del padre(s) o tutor: _____	Fecha: _____
Firma de la enfermera escolar: _____	Fecha : _____



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/RECTADOR DE MEDICAMENTOS ESCOLAR

Año escolar _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Maestro: _____

____ No se conocen alergias a medicamentos _____ Alergias (enumere) _____

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR (Para ser completado por un proveedor de atención médica autorizado)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Frecuencia/hora(s) que se administrarán: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de

finalización: _____ Motivo por el que toma la medicación: _____

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: _____

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿Es el medicamento una sustancia controlada? sí No

¿Está permitida y recomendada la automedicación? sí No

- En caso afirmativo, por la presente afirmo que este estudiante ha recibido instrucciones sobre la autoadministración adecuada del medicamento recetado.

¿Recomienda que el estudiante mantenga este medicamento "en persona"? sí No

¿Gel para pasteles SOLO PARA estudiantes diabéticos durante el transporte en autobús? sí No

Nombre impreso del proveedor de atención médica autorizado: _____ Teléfono: () _____ - _____

Fax: () _____ - _____

Firma del proveedor de atención médica autorizado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN) o la enfermera práctica autorizada (LPN), a administrar o delegar en personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anterior de acuerdo con las reglas de práctica del código administrativo. Entiendo que serán necesarias declaraciones adicionales firmadas por el padre o la persona que receta el medicamento si se cambia la dosis del medicamento.

Los medicamentos recetados deben estar registrados con la enfermera de la escuela o el asistente de medicamentos capacitado. Los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre de quien receta, el nombre del medicamento, la dosis, los intervalos de tiempo, la vía de administración y la fecha de vencimiento del medicamento cuando corresponda.

Los medicamentos de venta libre deben presentarse a la enfermera de la escuela o al asistente de medicamentos capacitado. Los OTC deben estar en el envase original, sin abrir y sellado. **Los medicamentos de venta libre no se pueden conservar durante más de 2 semanas sin la autorización por escrito de un proveedor de atención médica autorizado.** Se debe seguir la política de la agencia de educación local para medicamentos de venta libre.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN

(Para completar SÓLO si el estudiante está autorizado para el autocuidado completo por parte de un proveedor de atención médica autorizado).

Autorizo y recomiendo que mi hijo se automedique con el medicamento mencionado anteriormente. También afirmo que su médico tratante le ha instruido sobre la autoadministración adecuada del medicamento recetado. Indemnizaré y eximiré de responsabilidad a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta de educación local contra cualquier reclamo que pueda surgir relacionado con la autoadministración de medicamentos recetados por parte de mi hijo.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/RECTADOR DE MEDICAMENTOS ESCOLAR**

Año escolar _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: ____ Maestro: _____

____ No se conocen alergias a medicamentos ____ Alergias (enumere) _____

Autorización de medicamentos de venta libre

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Frecuencia/hora(s) que se administrarán: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Motivo por el que toma la medicación: _____

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: _____

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN) o la enfermera práctica autorizada (LPN), a administrar o delegar en personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anterior de acuerdo con las reglas de práctica del código administrativo. Entiendo que serán necesarias declaraciones adicionales firmadas por el padre o la persona que receta el medicamento si se cambia la dosis del medicamento.

Los medicamentos recetados deben estar registrados con la enfermera de la escuela o el asistente de medicamentos capacitado. Los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre de quien receta, el nombre del medicamento, la dosis, los intervalos de tiempo, la vía de administración y la fecha de vencimiento del medicamento cuando corresponda.

Los medicamentos de venta libre deben presentarse a la enfermera de la escuela o al asistente de medicamentos capacitado. Los OTC deben estar en el envase original, sin abrir y sellado. **Los medicamentos de venta libre no se pueden conservar durante más de 2 semanas sin la autorización por escrito de un proveedor de atención médica autorizado.** Se debe seguir la política de la agencia de educación local para medicamentos de venta libre.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____



ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER
NOTIFICACIÓN ANUAL RELATIVA A SERVICIOS DE SALUD MENTAL PROPORCIONADOS O
PATROCINADOS POR LA ESCUELA

Servicios de salud mental

El sistema escolar proporciona o patrocina los siguientes servicios de salud mental ¹:

1. **Evaluaciones o encuestas:** incluye cuestionarios proporcionados a los estudiantes relacionados con comportamientos sociales, sentimientos, etc.
2. **Intervención en crisis:** asistencia inmediata y a corto plazo por parte de un consejero escolar o un profesional para una situación específica.
3. **Salud Mental Escolar:** Servicios de consejería continua impartidos por profesionales escolares o profesionales privados en el entorno escolar. Se solicitará la autorización de los padres o tutores legales durante una reunión de admisión antes de brindar los servicios.

Revisión de materiales

Puede solicitar la revisión de cualquier material utilizado en los programas de orientación y asesoramiento disponibles para los estudiantes comunicándose con el director del estudiante.

Información sobre cómo permitir, limitar o prevenir la participación de su hijo en los servicios de salud mental

Según la ley de Alabama, ningún estudiante menor de catorce años puede participar en servicios de asesoramiento escolar continuo, incluidos, entre otros, servicios de salud mental, a menos que (1) el padre o tutor legal del estudiante haya presentado una solicitud por escrito otorgando permiso para que el estudiante participe o (2) exista una amenaza inminente para la salud del estudiante o de otras personas.

Por lo tanto, si su hijo/a es menor de catorce años, solo podrá participar en los servicios de salud mental si usted se inscribe. **Si desea que el sistema escolar pueda ofrecer o proporcionar servicios de salud mental a su hijo/a, debe inscribirse en cada servicio indicado para que participe en él.**

Incluso si no opta por los servicios de salud mental, su hijo/a podría recibirlos si existe una amenaza inminente para su salud o la de otras personas. El personal escolar podrá determinar, a su discreción, si existe dicha amenaza inminente y brindar los servicios de salud mental que considere necesarios según las circunstancias.

Padres de estudiantes con discapacidades : Tengan en cuenta que el proceso de inscripción voluntaria no aplica a los servicios de orientación escolar ni a los servicios de salud mental incluidos en el PEI o el plan §504 del estudiante. Se obtendrá el consentimiento para dichos servicios y se proporcionará información sobre los servicios de salud mental de su hijo/a mediante el proceso habitual de educación especial.

¹ A los efectos de esta notificación y política, “servicios de salud mental” incluye servicios, tratamientos, encuestas o evaluaciones relacionados con la salud mental; sin embargo, no incluye actividades educativas diseñadas para educar a los estudiantes sobre temas relacionados con la salud mental (1) incluidos en el currículo aprobado del sistema escolar o (2) que la ley exige que se enseñen (por ejemplo, la Ley de Erin; la Ley Jamari Terrell Williams para la Prevención del Acoso Estudiantil). Los “servicios de orientación escolar continua”, a efectos de la inscripción obligatoria, no incluirán aquellos servicios de orientación escolar que se dividen en áreas que no requieren un terapeuta de salud mental ni otra licencia terapéutica en salud mental.



ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER OPCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A la fecha de mi firma abajo, mi hijo, _____, es menor de 14 años:

Sí

No

Si no, deténgase aquí.

Si es así, continúe a continuación.

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo participe en los siguientes servicios de salud mental:

(Marque la casilla correspondiente a cada servicio de salud mental que desea que esté disponible para su hijo)

Evaluaciones/Encuestas: incluye cuestionarios proporcionados a los estudiantes relacionados con comportamientos sociales, sentimientos, etc.

Intervención en crisis: asistencia inmediata y a corto plazo por parte de un consejero escolar o un profesional para una situación específica.

Salud Mental Escolar: Consejería continúa impartida por profesionales escolares o profesionales privados en el entorno escolar. Se solicitará la autorización de los padres o tutores legales durante una reunión de admisión antes de brindar los servicios.

Puede rescindir el permiso para que un estudiante participe en servicios de salud mental en cualquier momento mediante notificación por escrito al consejero escolar.

Nombre del padre/tutor (impreso)

Nombre del padre/tutor (firma)

Fecha: _____

2025-2026

FORMULARIO DE PERMISO Y ACUERDO PADRE-ESTUDIANTE

- He leído el *Manual para padres y estudiantes* de las escuelas de la ciudad de Jasper y conozco plenamente las políticas y procedimientos establecidos por la Junta de Educación de la ciudad de Jasper.
- Acepto seguir todas las reglas y políticas que se enumeran en el *Manual para padres y estudiantes de las escuelas de Jasper City*.
- He leído y cumpliré la Política de uso aceptable (AUP) en las páginas 57-58.
- Conozco las reglas para tomar fotografías y videos que se encuentran en la página 63. Entiendo que Jasper City Schools no permite que nadie que no sea un padre o tutor tome fotografías y/o videos. de cualquier otra persona que no sea su hijo.

Por favor complete lo siguiente:

- Por la presente doy mi permiso para que el Sistema Escolar de Jasper City publique fotografías y/o videos de mi hijo/hija y/o su trabajo dentro del dominio de las Escuelas de Jasper City y los sitios web de redes sociales. Los estudiantes individuales pueden ser identificados por su nombre completo a menos que el padre o tutor niegue el permiso para hacerlo .

Si **no** da permiso para el Sistema Escolar de la Ciudad de Jasper Para publicar fotografías de su hijo/hija y/o su trabajo, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días posteriores al primer día de asistencia del estudiante cada año escolar.

-
- Por la presente doy mi permiso para que mi hijo acceda a Internet con la supervisión de su maestro según sea necesario.

Si **no** le da permiso a su hijo para acceder a Internet con la supervisión de su maestro, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días posteriores al primer día de asistencia del estudiante cada año escolar.

-
- Por la presente doy mi permiso para que mi hijo viaje en autobús para la escuela o actividades extracurriculares.

Si **no** le da permiso a su hijo para viajar en el autobús para la escuela o actividades extracurriculares, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días posteriores al primer día de asistencia del estudiante cada año escolar.

-
- Por la presente doy mi permiso para que mi hijo participe en el examen de visión/audición.

Si no da permiso para que su hijo participe en el examen de visión/audición, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días posteriores al primer día de asistencia del estudiante cada año escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (por favor imprima) _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FIRMA DEL PADRE: _____

FECHA: _____

ESCUELA: _____

Complete este formulario, retírelo del manual y devuélvalo a la oficina de la escuela. Guarde el manual para consultarlo en el futuro.

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER--ACUERDO DE USO DE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO
ESTUDIANTE / PADRE 2024-2025

Nombre del estudiante: _____ La escuela primaria : _____
Nombre del padre: _____
Dirección: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

CONDICIONES:

1. Acepto practicar la tecnología digital y las redes sociales responsables.
2. Acepto cumplir en todo momento con las reglas del Uso Aceptable de las Escuelas de la Ciudad de Jasper y el Acuerdo de Uso de Equipos incorporados aquí como referencia y hecho una parte de esto para todos los propósitos. Cualquier incumplimiento puede dar por terminado mi derecho de posesión con efecto inmediato y el sistema escolar puede recuperar el dispositivo electrónico y los accesorios.
3. Acepto que no dañará el dispositivo o los accesorios de ninguna manera, incluida la adición de calcomanías, marcas, etc.
4. Acepto que no alteraré (es decir, " jailbreak ") el dispositivo electrónico, la configuración del software o la funcionalidad instalada por Jasper City Schools .
5. Cuidaré bien mi dispositivo electrónico
6. Nunca deje el dispositivo electrónico sin supervisión.
7. Nunca prestaré mi dispositivo electrónico a otras personas.
8. Sabré dónde está mi dispositivo electrónico en todo momento.
9. Cargaré la batería de mi dispositivo electrónico en casa antes de cada día escolar.
10. Mantenga los alimentos y bebidas lejos de mi dispositivo electrónico ya que pueden dañar el dispositivo.
11. No desarmaré ninguna parte de mi dispositivo electrónico ni intentaré ninguna reparación.
12. Protegeré mi dispositivo electrónico con solo cargarlo mientras esté en el estuche provisto.
13. Utilizaré mi dispositivo electrónico de manera apropiada, educativa y cumpliendo con las expectativas de las Escuelas de Jasper City.
14. No desfiguraré el número de serie en la parte posterior de mi dispositivo electrónico.
15. Entiendo que mi dispositivo electrónico está sujeto a inspección en cualquier momento sin previo aviso y es propiedad de Jasper City Schools .
16. Seguiré las políticas descritas en el Manual para padres y estudiantes y las reglas de uso aceptables mientras esté en la escuela, así como también fuera del día escolar.
17. Presentaré un informe policial en caso de robo, vandalismo o incendio.
18. Seré responsable de todos los daños o pérdidas causados por negligencia o abuso.
19. Me honraré a mí mismo ya los demás al comunicarme de manera respetuosa en todas las comunicaciones electrónicas.
20. Acepto devolver el dispositivo electrónico, la caja y los cables de alimentación a las Escuelas de Jasper City en buenas condiciones de funcionamiento.
21. **Es posible que los estudiantes deseen llevar su propio dispositivo electrónico personal. Si este es el caso, los estudiantes deben estar conectados a la red de la escuela y utilizar el filtro de contenido de la escuela .**

Firma del alumno: _____ Fecha: _____
Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

TÍTULO

El dispositivo electrónico y todos los accesorios están a nombre de Jasper City Schools y en todo momento seguirá siendo legalmente de la escuela. Mi derecho de posesión y uso está limitado y condicionado a mi total y total cumplimiento de este Acuerdo y las reglas de uso aceptables.

COSTO DE PÉRDIDA / REPARACIONES PARA DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS Y ACCESORIOS:

Además, el alumno será responsable de cualquier daño al dispositivo electrónico y deberá devolver el dispositivo electrónico y los accesorios a la escuela en condiciones satisfactorias. Al estudiante se le cobrará por cualquier reparación necesaria, que no exceda el costo de reemplazo del dispositivo electrónico.

CARGOS DE REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- a) Dispositivo robado o * robado: Reemplazo del dispositivo \$ 200.00
- b) Reparación de la pantalla del dispositivo \$ 40.00c) Reemplazos de accesorios:
 - a) Cable, cargador o estuche para iPad \$ 20.00
 - b) Cable o estuche para computadora portátil \$ 30.00/ Entrada de audífonos rota/pantalla rota \$40.00

* Un dispositivo electrónico que se considera robado debe tener un informe policial registrado.

Escuelas de la ciudad de Jasper

Aceptación de responsabilidad de dispositivos informáticos/de red de propiedad personal y Formulario de permiso del acuerdo de uso del dispositivo

Yo, _____ (Nombre del padre o tutor), acepto _____ (Nombre del estudiante) traer su dispositivo informático de propiedad personal para uso educativo en _____ (Nombre de la escuela). Entiendo que al estudiante mencionado anteriormente se le permitirá usar su dispositivo de propiedad personal, sujeto a las condiciones de este documento.

Entiendo que, si acepto permitir que mi estudiante use su propio dispositivo, Jasper City Schools (JCS) no es responsable de ninguna pérdida de dispositivos o datos, robo, infección, daño u otros costos asociados de reemplazo o reparación incurridos durante el día escolar o en el hogar como resultado de la participación en este programa. Entiendo que el personal de JCS no podrá almacenar, brindar soporte o solucionar problemas de dispositivos propiedad de los estudiantes. El estudiante mencionado anteriormente asumirá toda la responsabilidad del dispositivo y asegurará adecuadamente todos los dispositivos cuando no estén en uso.

JCS utiliza medidas tecnológicas como el filtrado para promover la seguridad en Internet. El filtrado limita la capacidad de los estudiantes para acceder a sitios de Internet dañinos desde cualquier dispositivo conectado a la red JCS, pero solo cuando este equipo se usa en la escuela en la red JCS. El acceso a través de redes celulares no proporciona las mismas medidas de filtrado. Los estudiantes solo deben usar la red JCS (no el servicio celular privado) para acceder a Internet mientras se encuentran en la propiedad de JCS.

He verificado que mi estudiante es consciente de que todos los aspectos del Manual para padres y estudiantes: Código y disciplina del estudiante, Pautas para estudiantes de la política de uso aceptable, Pautas de Internet, Propiedad de recursos y expectativas de privacidad, páginas 56 y 57 del Manual para padres y estudiantes y la Política de la Junta 6.1 que previene el acoso cibernético se aplican al uso y cuidado de su dispositivo personal mientras se encuentra en la propiedad de JCS o mientras participa en cualquier evento / actividad patrocinado por JCS. Soy responsable de garantizar que el dispositivo utilice aplicaciones de seguridad para proteger los dispositivos de infecciones y evitar la propagación de infecciones desde los dispositivos.

Entiendo que el propósito de permitir que mi estudiante use su propio dispositivo es participar en actividades aprobadas por el maestro en apoyo del plan de estudios de JCS. Está prohibido el uso de estos dispositivos para actividades no relacionadas más allá o fuera del programa educativo de JCS.

De firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Aceptación de estudiantes:

Acepto adherirme a las pautas de AUP presentadas en el Manual para padres y estudiantes de las escuelas de la ciudad de Jasper. Utilizaré los dispositivos solo con fines educativos mientras esté en cualquier escuela de JCS o en la red de JCS.

Firma del estudiante _____

Estudiante ID _____

Fecha _____

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER PADRE/ESTUDIANTE

MANUAL RECONOCIMIENTO

2025-2026

Alumno: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Todos los padres o tutores y estudiantes del Distrito Escolar de la Ciudad de Jasper deben firmar este formulario para confirmar que conocen y se hacen responsables de lo siguiente:

- Un reconocimiento al contenido del Manual para padres y estudiantes del Distrito Escolar de la Ciudad de Jasper que se encuentra en línea en <https://www.jasper.k12.al.us/quick-links/registration-forms> .
- Un reconocimiento de todas las políticas escolares locales.
- Un reconocimiento de que los padres / tutores pueden ver la información del estudiante de su hijo en línea. La información como las calificaciones, el horario y la asistencia se puede ver obteniendo una contraseña de la escuela local.
- Que los padres / tutores son financieramente responsables de los libros de texto, libros de la biblioteca, equipos escolares y dispositivos móviles perdidos o dañados.
- Ese permiso se otorga para usar la fotografía, la imagen de video y la semejanza fotográfica del niño para fines escolares, incluidas cintas de video, anuario, redes sociales y anuncios. (Puede enviar una carta al director de la escuela si no desea que su hijo sea fotografiado para fines escolares).
- Complete, firme y devuelva el paquete del formulario del manual que contiene: Evaluación de salud Formulario, formularios de autorización de prescriptor de medicamentos, acuerdo de padres / estudiantes y Formulario de permiso, Acuerdo de uso de dispositivos electrónicos.

Firma del estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____