



2025 - 2026 Formularios para el Estudiante

FORMULARIOS IMPORTANTES
QUE NECESITAN DE SU FIRMA



2025-2026 Formularios para el Estudiante

Charlotte-Mecklenburg Schools

Por favor lea todo el cuadernillo y complete los formularios que correspondan en su cuenta de Infinite Campus. Los formularios para estudiantes 2025-2026 se puede encontrar en www.cmsk12.org

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| Acuerdos sobre tecnología para estudiantes | 1-3 |
| Asignación de casillero estudiantil (Grados 6-12). | 4 |
| Participación en Educación Física (Grados K-12)) | 4 |
| Formulario publicación de fotos y videos | 5 |
| Formulario de exención de responsabilidad por instrumentos musicales | 6 |
| Autorización de medicación para estudiantes de CMS. | 7-9 |
| Formulario para Autorización de Dieta Especial..... | 10 |
| Formulario de Exclusión Voluntaria de One Access | 11 |
| Certificación de Elegibilidad Título VI para estudiantes | 12 |

Misión y Visión

La misión de las Escuelas de Charlotte- Mecklenburg es crear un entorno innovador, inclusivo y centrado en el estudiante que favorezca el desarrollo de alumnos independientes.

La visión de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg es liderar la comunidad en excelencia educativa, inspirando la curiosidad intelectual, la creatividad y el rendimiento para que todos los estudiantes alcancen su máximo potencial.

En cumplimiento de la Ley Federal, las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminar a ninguna persona por motivos de género, raza, color, religión, nacionalidad, edad o discapacidad. Las consultas relativas al cumplimiento del Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, que prohíben la discriminación por razón de sexo en los programas o actividades educativas pueden remitirse al Coordinador de Título IX del Distrito a titleixcoordinator@cms.k12.nc.us o a la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de EE.UU.

Las escuelas de Charlotte- Mecklenburg también proporcionan accesibilidad según lo exigido por la Ley Estadounidense Con Discapacidad (ADA, siglas en Inglés). Si necesita ayudas auxiliares para la comunicación a fin de participar en un programa o servicio de CMS, notifíquelo al coordinador de ADA del distrito al menos una semana antes de que comience el programa o servicio. Llame al 980-343-6661 o envíe un correo electrónico: accessibility@cms.k12.nc.us

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE PARA ESTUDIANTE (AUP)

Antes de que los estudiantes tengan acceso a Internet desde las computadoras de CMS o se les permita usar la red de CMS, deben aceptar los términos del "Acuerdo de uso de Internet para estudiantes". Este Acuerdo define los objetivos educativos y las pautas de uso, informa a los estudiantes usuarios que sus actividades en línea están sujetas a monitoreo y establece que usos inaceptables pueden llevar a la revocación del acceso y posibles acciones legales. Padres de estudiantes menores de 18 años que no desean que sus hijos(as) usen la red de CMS y/o accedan a Internet en la escuela debe notificar a la escuela por escrito. (S-TECH).

REGLAS DEL ESTUDIANTE PARA USAR LA RED CMS O INTERNET

Violar las reglas para el uso de Internet o la red CMS es un asunto serio. Los estudiantes que no siguen las "Reglas de Netiqueta" o realizan cualquier actividad que sea de "Usos Inaceptables" están violando el Código de Conducta Estudiantil de CMS y también pueden estar infringiendo las leyes de los Estados Unidos o de Carolina del Norte.

La siguiente lista se resume de la Regulación S-TECH / R "Uso de Internet y acceso a la red de los estudiantes" y la política S-TECH, "Uso de Internet de los estudiantes", que contiene una declaración más detallada de estas reglas. El reglamento se reimprime en el Manual para padres y estudiantes y está disponible en línea en www.cmsk12.org

Usos inaceptables

- Interrumpir la red CMS
- Introducir (o intentar introducir) virus en la red.
- Hackear.
- Pedir a otras personas que hagan cosas ilegales.
- Ver material amenazante o pornográfico.
- Usar lenguaje soez, palabras que hieran o amenacen a otras personas.
- Enviar mensajes o imágenes de carácter sexual.
- Copiar el trabajo de otras personas/plagio.
- Utilizar la inteligencia artificial (IA) para fines poco éticos, tal y como se describe en el Código de Conducta, S-TECH y S-TECH/R.
- Vender cosas.
- Trabajar para un candidato político.
- Enviar cadenas de mensajes o pedir dinero (phishing).
- Publicar fotos de un estudiante o trabajos escolares sin permiso.
- Divulgar información personal sobre otros estudiantes o miembros del personal sin su permiso.
- Reenviar correos electrónicos sin el permiso del autor.
- Divulgar información que pertenece a una empresa sin permiso.

CONSECUENCIAS POR USOS INACEPTABLES

| NIVEL 1 | NIVEL 2 | NIVEL 3 | NIVEL 4 |
|-------------|--------------|---------------------------|----------------------------|
| Conferencia | Intervención | Suspensión por 1 – 5 días | Suspensión por 6 – 10 días |

ACUERDO DE USO DE INTERNET PARA ESTUDIANTES DE CMS

Los estudiantes deben aceptar este Acuerdo antes de poder iniciar sesión en una computadora CMS que esté conectada a la red CMS.

Entiendo que mi escuela cuenta con computadoras e Internet para que pueda aprender más sobre lo que estoy estudiando en mi salón de clases. Los estudiantes de mi escuela también usan una computadora para sacar libros del Centro Multimedia.

Hay reglas en el Manual del Estudiante que debo seguir si quiero usar Internet en la escuela. Mi maestro(a) me explicó estas reglas y las entiendo. Si no sigo las reglas y las instrucciones de mi maestro(a) al usar Internet, es posible que no se me permita usar Internet en la escuela. No seguir estas reglas también puede significar que he roto las reglas del Código de Conducta Estudiantil. Podría ser disciplinado o suspendido de la escuela por no seguir las reglas y las instrucciones de mi maestro(a).

ACUERDO DE TECNOLOGÍA PARA ESTUDIANTES CONTINÚA

NOTIFICACIÓN PARA PADRES/TUTOR Y PARA ESTUDIANTE

Me están entregando un dispositivo del Distrito Escolar de Charlotte-Mecklenburg (CMS) y acepto mantenerlo seguro y en buen estado. Seguiré las pautas para el cuidado del dispositivo como se explica a continuación.

TARIFAS DE DISPOSITIVOS

Los estudiantes y los padres/tutores son responsables del costo de reparación de los dispositivos que se hayan dañado, perdido o hayan sido robados mientras estaban en su posesión. ([S-DISC/R](#))

| TARIFAS | EJEMPLOS |
|---|---|
| \$10 por cargadores | Perdido o dañado: Cargadores de Chromebook, Cargadores de iPad |
| \$15 por dispositivo dañado | Daños en el teclado, daños en la pantalla, daños en el conector para auriculares/puerto de carga, carcasa agrietada, daños por agua |
| \$50 por pérdida robo o sustitución total | Perdido, robado o dañado sin posibilidad de reparación: Chromebooks, iPads, hotspots |
| \$5 Artículos varios | Funda de iPad rota o perdida, teclas del teclado faltantes, etiquetas de identificación faltantes, calcomanía/stickers o marcas escritas. |

NORMAS Y REGULACIONES

SEGURIDAD

- Me comprometo a llevar un registro de la ubicación de mi dispositivo asignado en todo momento.
- Nunca dejaré mi dispositivo asignado sin vigilancia. Debe estar debidamente protegido cuando no se utilice.
- Entiendo que no estoy autorizado a prestar mi dispositivo asignado a nadie bajo ninguna circunstancia.
- Reconozco que el dispositivo asignado está equipado con funciones de seguridad para su seguimiento y que mi uso será supervisado.
- Daré prioridad a mi seguridad personal y actuaré con discreción al utilizar el dispositivo, evitando acciones que puedan atraer una atención no deseada.

CUIDADO

- Tomaré medidas para evitar arañazos en la pantalla de mi dispositivo asignado.
- Me aseguraré de mantener los alimentos y bebidas alejados de mi dispositivo asignado para evitar cualquier daño.
- Me abstendré de marcar, dibujar, escribir o colocar pegatinas no autorizadas en el dispositivo o su funda.
- Entiendo que cualquier intento de desmontar o reparar cualquier parte del dispositivo que se me ha asignado anulará su garantía, y me comprometo a no realizar tales acciones.
- En caso de daños, incluidos, entre otros, arañazos, grietas o abolladuras, informaré inmediatamente de los daños a la administración de la escuela en un plazo de 24 horas.
- Si mi dispositivo asignado es robado o vandalizado, presentaré una denuncia policial y lo notificaré inmediatamente a la administración de la escuela en un plazo de 24 horas.

USO

- Seguiré la Política de uso aceptable (AUP) de CMS para el uso de los dispositivos y sistemas de red de CMS. ([S-TECH](#)).
- No reformatearé el dispositivo, no manipularé la configuración de seguridad ni cambiaré su sistema operativo.
- Cumpliré con todos los acuerdos de derechos de autor y licencias de software aplicables que prohíben la descarga de medios y software que no hayan sido adquiridos legalmente.
- No participaré en ningún tipo de acoso o acto de intimidación (ciberacoso) para dañar a otras personas utilizando el dispositivo que se me ha asignado o cualquier otro dispositivo electrónico.

RESPONSABILIDAD

- Entiendo que el dispositivo que se me ha asignado está sujeto a inspección por parte de cualquier miembro del personal, maestro o administrador de la escuela, en cualquier momento y sin previo aviso. Además, entiendo que el dispositivo sigue siendo propiedad de CMS.
- Acepto devolver el dispositivo y el cargador en buen estado de funcionamiento inmediatamente, cuando CMS lo solicite.
- Devolveré el dispositivo asignado a mi escuela cuando se me solicite, si me doy de baja, soy expulsado o termino mi inscripción en mi escuela por cualquier motivo.
- Soy responsable de transferir los datos de [Google Workspace](#) y OneDrive a una cuenta que no sea de CMS antes de darme de baja o graduarme de CMS.[\[LR1\]](#) [\[ML2\]](#)
- Completaré las lecciones de ciudadanía digital y cuidado de dispositivos.

ACUERDO DE TECNOLOGÍA PARA ESTUDIANTES

CONTINÚA

Responsabilidad por los dispositivos asignados a cada estudiante

Este aviso describe sus responsabilidades legales con respecto al dispositivo y el cargador que las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg (CMS) le prestan a su hijo(a).

Los estudiantes y los padres / tutores son responsables del costo de reparación de los dispositivos que se hayan dañado, perdido o sean robados mientras estaban en su posesión. ([S-DISC/R](#)).

- Acepto las condiciones de *Seguridad, Cuidado, Uso y Responsabilidad* enumeradas en las *Normas y Regulaciones* de la página anterior. Entiendo que si mi hijo(a) no cumple con estas *Normas y Regulaciones*, lo que resulte en daños o pérdida de su dispositivo asignado, soy responsable de pagar las tarifas asociadas con el daño o la pérdida.
- El dispositivo asignado por el estudiante es propiedad de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg, con el uso exclusivo previsto para el estudiante a quien se le ha asignado.
- Además, acepto cumplir con la Política de uso aceptable de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg para el uso de equipos informáticos y el Acuerdo de uso de Internet para estudiantes de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg.
- Entiendo que mi hijo usará *Google Workspace for Education* como parte de su experiencia de aprendizaje en las escuelas de Charlotte-Mecklenburg. Esto incluye herramientas como Gmail, Docs, Classroom y Drive, que se utilizarán para completar tareas, colaborar con compañeros y comunicarse con los maestros.
- Entiendo que el uso de *Google Workspace* significa que la información personal de mi hijo(a), incluido su nombre, dirección de correo electrónico de la escuela y actividad en el aula, puede compartirse con Google. Estos datos se tratarán de acuerdo con la política de privacidad de Google, que se puede revisar aquí: <https://support.google.com/a/answer/7391849?hl=en-GB>
- Doy mi consentimiento para la creación y el uso de una cuenta de *Google Workspace for Education* para mi hijo(a) y para que se compartan sus datos educativos con Google únicamente con fines educativos, como se ha descrito anteriormente.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre propio): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del parent/madre (tutor): _____

Firma del parent/madre (tutor): _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE CASILLEROS PARA ESTUDIANTES (GRADOS 6-12)

Los casilleros son propiedad del distrito escolar. Éstos deben contener únicamente los útiles necesarios para la escuela y están sujetos a inspecciones autorizadas en cualquier momento, incluyendo inspecciones olfativas realizadas por perros especialmente entrenados, tal como lo permite la Póliza O-DOG de la Junta Escolar de CMS.

Firma del estudiante: _____

Firma del parente/tutor: _____

Escuela: _____ N.º de casillero asignado: _____

Fecha de asignación: _____ Fecha: _____

Asignado por: _____ Combinación de casillero: _____

PARTICIPACIÓN EN CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA (GRADOS K-12)

Todos los estudiantes participarán en Educación Física. A ningún estudiante se le permitirá renunciar o sustituir otras clases por el requisito de educación física, excepto de la siguiente manera: La educación física adecuadamente adaptada se incluirá como parte del Programa de Educación Individualizada para estudiantes con un problema de salud crónico, otras condiciones de discapacidad u otras necesidades especiales que impidan seguir con la sección de los Estándares Esenciales de Educación Física:

IDEA: <https://www.ed.gov/laws-and-policy/individuals-disabilities/idea>.

Nombre del estudiante: _____

Maestro(a): _____ Grado: _____

Escuela: _____

Por favor, marque uno:

- Mi hijo puede participar plenamente en la clase de Educación Física
- Me gustaría que el maestro(a) de Educación Física esté al tanto de los siguientes problemas de salud (por ejemplo, diabetes, reacciones alérgicas, asma, afecciones cardíacas) que pueden requerir modificaciones o un programa de educación física especialmente diseñado:

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

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE TOMA DE FOTOS Y VIDEOS

Otorgo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg el derecho ilimitado de utilizar y/o reproducir fotografías*, retratos o la voz de mi hijo(a) de cualquier manera legal y para las actividades promocionales e informativas internas o externas de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También acepto permitir que mi hijo(a) sea entrevistado y/o fotografiado* por representantes de los medios de comunicación externos, el personal de la escuela y los Servicios de Comunicaciones de CMS en relación con toda la cobertura de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg en la que participa. También acepto que se publique el trabajo y/o la fotografía* de mi hijo(a) en cualquier comunicación de CMS, incluidos sitios web e intranet, canales de medios sociales y de difusión y publicaciones impresas y electrónicas. Además, entiendo que al firmar este comunicado, renuncio a todos y cada uno de los derechos de compensación presentes o futuros por el uso de los materiales mencionados anteriormente, incluidos los medios impresos, electrónicos y en línea.

También doy permiso para usar el nombre y apellido de mi hijo. (Inicial aquí: _____)

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Maestro(a) de clase: _____

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

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta): _____

Dirección del padre/tutor: _____

* Las fotos grupales tomadas durante las actividades y eventos relacionados con la escuela pueden ser utilizadas por el distrito con fines promocionales o informativos (por ejemplo, en el sitio web, las redes sociales, boletines informativos o materiales impresos). Estas imágenes pueden publicarse sin consentimiento adicional siempre que no se incluya información de identificación personal (PII), como nombres de estudiantes, números de identificación u otros detalles de identificación. El distrito tomará medidas razonables para garantizar que las personas no sean identificables a través de pistas contextuales o subtítulos a menos que se haya obtenido un consentimiento previo por escrito.

This information to be completed by school officials only.

(Esta información será completada por el personal de la escuela)

Your Name: _____ Date: _____

Type of Material

- Photograph
- Slide
- Videotape
- Other (please specify) _____

Use of Material

(Please provide additional information such as name of news outlet, brochure, purpose of presentation, etc.)

- News outlet _____
- CMS website/Intranet site _____
- Brochure _____
- PowerPoint presentation _____

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD SOBRE INSTRUMENTOS MUSICALES

Los estudiantes inscritos en cualquier clase de música instrumental (banda, orquesta, guitarra, etc.) deben completar este formulario.

Áreas para almacenar instrumentos

Si fuera necesario, las escuelas pueden habilitar zonas de almacenamiento para guardar los instrumentos durante toda la noche. Estas áreas de almacenamiento no son los casilleros individuales, sino estanterías abiertas. Dado que los estudiantes tienen acceso a estas zonas, así como a otras áreas del campus, la Junta de Educación de Charlotte- Mecklenburg no asume ninguna responsabilidad por ningún daño o perdida de los instrumentos guardados en estos lugares, en los autobuses o en las paradas de los autobuses.

Instrumentos propiedad de la escuela

Antes de que un instrumento propiedad de la escuela pueda ser asignado al estudiante, los padres o tutores deben completar un **Formulario de Préstamo de Instrumentos Musicales**, declarando que los estudiantes son *financieramente responsables del instrumento más allá del desgaste normal*. Este formulario se puede obtener con el maestro(a) de música instrumental.

Cambios de instrumentos

Todos los cambios de instrumentos quedan a discreción del director musical.

Reparación de instrumentos

Si un instrumento propiedad de un estudiante necesita reparación, debe llevarse a un taller de reparación de instrumentos de manera oportuna. Proporcione una nota escrita o un correo electrónico del padre o tutor con el nombre del taller de reparación, la fecha en que se recogió el instrumento y cuándo se espera que se devuelva para que la calificación de su hijo(a) no se vea afectada. Los instrumentos propiedad de la escuela que necesitan reparación deben ser llevados directamente a la atención del director musical.

Nombre de la escuela: _____

(Por favor, Letra de molde)

Nombre del estudiante: _____

(Por favor ,letra de molde)

Firma del parent/madre/tutor: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS DE CMS

| | | |
|---|------------------------------|-------------------------------------|
| Nombre de la escuela: | # de teléfono de la escuela: | Fax: |
| Nombre del estudiante (por favor escriba en letra de imprenta): | | Fecha de nacimiento del estudiante: |

Padre/tutor: Lea ambas páginas de la orden de medicamentos. Firme y feche la parte inferior de ambas páginas para mostrar su acuerdo.

1. Siempre que sea posible, los medicamentos deben tomarse antes o después de las clases. No se aconseja la administración de medicamentos sin receta en la escuela. 6.
No se administrará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera escolar.
2. Se requiere el consentimiento por escrito de los padres/tutores y una orden de un proveedor de atención médica con licencia en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y de venta libre en la escuela (Póliza P-AMS y Póliza[®] P-AMS/R). Comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda si se muda de otro estado con órdenes de un proveedor fuera del estado. Es posible que algunos medicamentos no sean adecuados para un entorno escolar. Es posible que se requiera documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: uso no indicado en la etiqueta, medicamentos de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). 8.
Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas. 9.
Se requieren nuevos formularios de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando cambia la dosis o las instrucciones, y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Los padres/tutores deben suministrar los medicamentos.
3. A menos que se modifique por escrito, este plan se utilizará durante todo el año escolar en el que fue redactado.
Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o del consultorio del proveedor de atención médica. Algunas farmacias proporcionarán un recipiente adicional para uso escolar.
4. Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.
La información sobre este medicamento y la salud del estudiante se puede compartir con otro personal escolar o agentes de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito del estudiante en la escuela.

| | | |
|--|--|--|
| Nombre del Proveedor Médico/ dirección / teléfono / fax (por favor imprima o use un sello) | Envíe por fax la información de contacto de los padres / tutores (en letra de imprenta) | |
| Padre/Tutor: Teléfono: Teléfono: | | |
| Padre/Tutor: Teléfono: Teléfono: | | |

He leído y entiendo la "Información importante sobre la administración de medicamentos en las escuelas de CMS" en esta orden de medicamentos. Doy permiso para que mi hijo reciba los medicamentos indicados en este plan durante el horario escolar. Doy permiso para que el proveedor de atención médica, el farmacéutico y su personal brinden información a la enfermera de la escuela sobre este medicamento y la salud de mi hijo. En nombre de mi hijo, libero a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar que mi hijo(a) tome este medicamento en la escuela.

| Nombre del parent/tutor (letra de imprenta) | Firma | Fecha | | |
|---|---|--|--|---|
| FOR SCHOOL USE ONLY | | | | |
| Date Received: Receiver's Signature: | Medication Received? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date Approved: Nurse's Signature: | Entered in EHR? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Student Self Carries <input type="checkbox"/> Medication in Health Room <input type="checkbox"/> Medication in Classroom |

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS DE CMS (CONTINÚA)

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| Escuela: | Teléfono de la Escuela # | For School Use Only |
| | | Date Received/Receiver's Signature: |
| Fax | | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Nombre del Estudiante (Letra de molde) | Fecha de nacimiento del estudiante | Date Approved/Nurse's Signature |
| | | <input type="checkbox"/> Entered in EHR? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |

Se requiere el consentimiento por escrito del padre/tutor y una orden de un proveedor de atención médica con licencia en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y de venta libre en la escuela (Póliza P-AMS y Póliza P-AMS/R). Comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda si se muda de otro estado con órdenes de un proveedor fuera del estado. Es posible que algunos medicamentos no sean adecuados para un entorno escolar. Es posible que se requiera documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: uso no indicado en la etiqueta, medicamentos de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

SECTION 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION (LLENADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD)

- When possible, medications should be taken before or after school. Administration of non-prescription medications at school is discouraged.
- CMS action plans for asthma, diabetes, seizure disorders and severe allergies may be used instead of this form. See CMS Coordinated School Health webpage.
- When using this form, complete a separate form for each medication; write legibly; use lay terms.
- Complete Section 3 for students who will self-carry and/or self-medicate.

| | |
|--|--|
| Medication: (Generic/Brand) | Controlled Substance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no |
| Dose/Dosing Instructions: | Route: |
| Administration Time: _____ Relationship to meals: <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> With meals <input type="checkbox"/> With snacks <input type="checkbox"/> Other: | <input type="checkbox"/> PRN (specify time interval): _____ |
| Purpose: | <input type="checkbox"/> Check here if this medication is to be used for emergencies only. |
| Side Effects/Adverse Reactions: | |
| Anticipated length of treatment: <input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> _____ Months <input type="checkbox"/> _____ Weeks <input type="checkbox"/> _____ Days | Other Instructions (including emergency situations): _____ |

In my professional opinion, it is medically necessary for this student to receive this medication during school hours.

Signature of Healthcare Provider: _____ Date: _____

| | |
|---|-------------------------------------|
| Stamp, Print or Type Healthcare Provider's Name & Address | Office Phone |
| | <input type="checkbox"/> Office Fax |

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL

- Yo entiendo: No se dará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera de la escuela. Se requieren nuevos formularios de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando cambie la dosis o las instrucciones, y cuando se recete un nuevo medicamento. Es mi responsabilidad suministrar la medicación. Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o del consultorio del proveedor de atención médica. Algunas farmacias proporcionan un envase adicional para uso escolar. La información sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a) puede ser compartida con el personal de la escuela o agentes de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito de mi hijo(a) en la escuela. La enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con el proveedor de atención médica que recetó el medicamento y con la farmacia donde se surtió la receta, para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a). Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.
- Doy permiso para que mi hijo(a) reciba la medicación descrita anteriormente durante el horario escolar. Doy permiso para que el proveedor de atención médica, farmacéutico y a su personal proporcionen información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo(a).
- En nombre de mi hijo(a) dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte- Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo(a) tome este medicamento en escuela.

| | | |
|--------------------------------|--------|---|
| Firma del padre o tutor legal: | Fecha: | Números Telefónicos (celular, trabajo, casa): |
|--------------------------------|--------|---|

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS DE CMS (CONTINÚA)

SECCIÓN 3: Autorización para la automedicación por parte de estudiantes de CMS

| Nombre del Estudiante | Fecha de Nacimiento del Estudiante | Nombre del medicamento |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------|
| | | |

CMS ELIGIBILITY REQUIREMENTS FOR SELF-MEDICATION

Los alumnos con enfermedades crónicas como asma, diabetes, alergias graves y los que necesitan dosis frecuentes de productos sin receta pueden optar a la automedicación. La autoadministración de una sustancia controlada se considerará en raras ocasiones en las que puedan producirse episodios médicos potencialmente perjudiciales. Para la automedicación, los alumnos 1) deben ser mental, emocional y físicamente capaces de auto administrarse la medicación, 2) deben haber sido instruidos en el uso adecuado y la custodia segura de sus medicamentos, 3) deben demostrar un comportamiento maduro y responsable al utilizar su medicación 4) deben mantener su medicación para sí mismos o de alguna otra manera acordada con la enfermera y la administración de la escuela y 5) no deben compartir la medicación ,ni mostrarla a otros alumnos. El privilegio de poder automedicarse puede ser retirado si existe una causa justificada. El incumplimiento de las políticas y reglamentos de CMS puede resultar en acciones disciplinarias como se indica en el Código de Conducta Estudiantil. La Junta de Educación de CMS, sus designados y agentes, no asumen responsabilidad por la automedicación de los estudiantes. Detalles adicionales se indican en la Póliza P-AMS y Póliza P-AMS/R.

HEALTHCARE PROVIDER (LLENADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD)

The student named above meets the CMS eligibility requirements for self-medication. This student is capable of, has been instructed on the procedures for and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed in Section 1 of this form. This student will not require adult supervision while taking this medication. Check applicable items below:

- This medication is a controlled substance.
- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours.
- This student should always carry this medication with him/her during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities.

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Healthcare Provider Signature: | Date: |
| Healthcare Provider (Print Name): | |

PADRES/TUTOR

MI hijo(a) es capaz de automedicarse y cumple con los requisitos de elegibilidad de CMS. Doy mi consentimiento a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg para que permitan que mi hijo(a) se auto administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y la custodia de este medicamento. Me aseguraré de que mi hijo(a) lleve a la escuela el medicamento correcto y no caducado. Si este medicamento es para una emergencia potencialmente mortal, como anafilaxia o asma, acepto proporcionar un suministro de reserva del medicamento que se mantendrá en la escuela en un lugar al que mi hijo(a) tenga acceso inmediato para asegurar que el medicamento esté disponible si es necesario. Libero a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda suceder como resultado de que mi hijo(a) lleve o tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a) puede ser compartida con otro personal escolar y agentes de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito de mi hijo(a) en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que recetó el medicamento y con la farmacia donde se surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a).

| | |
|---|--------|
| Firma del Estudiante: | Fecha: |
| Nombre del Estudiante (Letra de molde): | |

STUDENT (ESTUDIANTE)

Soy capaz de tomar esta medicación por mí mismo(a). Me comprometo a tomar este medicamento tal y como se me ha ordenado. Lo mantendré en un lugar seguro y fuera de la vista de los demás cuando no lo esté utilizando. No permitiré que otras personas tengan o utilicen mi medicación o suministros médicos. Entiendo que seré disciplinado bajo el Código de Conducta Estudiantil de CMS si abuso del privilegio de ser permitido automedicarme mientras estoy en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que puedo perder el privilegio de auto administrarme mi medicación si no sigo estas reglas. Entiendo que, si me autoadministro mi medicación y mis síntomas no mejoran, notificaré a la enfermera de la escuela o a otro miembro del personal de CMS.

| | |
|--|--------|
| Firma del Estudiante: | Fecha: |
| Nombre del Estudiante (Letra de molde) | |

SCHOOL NURSE (ENFERMERÍA)

I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication and has the correct and non-expired medication with them at the time of signage of this document. I have informed this student that he or she must tell an appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

| | |
|---------------------|-------|
| Nurse Signature: | Date: |
| Nurse (Print Name): | |

PRINCIPAL / DESIGNEE (DIRECTOR)

I have reviewed this request and approve this student for self-administering this medication.

| | |
|--|-------|
| Principal / Designee Signature and Print Name: | Date: |
| | |



Medical Statement for Students with Unique Mealtime Needs for School Meals

Return completed form to: CMS School Nutrition Services PO Box 668847 Charlotte, NC 28266
Phone (980) 343-6041 Fax (980) 343-6045 specialdiets@cms.k12.nc.us

DO NOT WRITE IN THIS AREA

9154476286

PART A Parent / Guardian: Complete Items 1 - 15 (Padre/madre/tutor: complete la información en los espacios 1 al 15)

Parent/Guardian: It is REQUIRED that this completed form be returned to CMS School Nutrition Services. This form must be completed by a state licensed authorized medical authority each time student's diagnosis or change of treatment is indicated. This written statement will remain in effect until the parent or legal guardian revokes such statement.
(Padre/madre/tutor: Se REQUIERE que se devuelva esta planilla debidamente completada a CMS School Nutrition Services. Este formulario debe ser completado por una autoridad médica autorizada con licencia estatal cada vez que se indique un diagnóstico o un cambio de tratamiento del alumno. Esta declaración escrita permanecerá en vigencia hasta que el padre/madre/tutor revoque dicha declaración.)

* Monthly menus with carbohydrate content in grams and major food allergens are posted at <http://cms.nutrislice.com>. A completed Diet Order Form is not required if nutrislice information is sufficient for parent/guardian to manage a student's diet at school.

(El menú mensual, con la información sobre los gramos de carbohidratos y los principales alérgenos de los alimentos se encuentra en <http://cms.nutrislice.com>. No es necesario completar esta planilla si la información mencionada en nutrislice es suficiente para que los padres/tutores supervisen la dieta del estudiante en la escuela)

1) Student's Power School #/Nº de estudiante 2) Student's Last Name/Apellido del estudiante 3) Student's First Name/Nombre del estudiante 4) Date of Birth/Fecha de nacimiento

5) Request Type (Solicitud) 6) School (Escuela)

7) Grade (Grado)

8) Meals Eaten at School (Los alimentos que su niño(a)

Initial Diet Order (nueva)
 Revision to Diet Order (revisión)

Breakfast (Desayuno) consumirá en la escuela
 Lunch (Almuerzo) Snack (Merienda) None (Nada)

Parent/Guardian Contact Information (Información del parent/madre/tutor)

9) Name (Nombre)

10) Phone Number (Teléfono)

11) Mailing Address, City, State, Zip (Dirección postal, ciudad, estado, código postal)

12) E-mail Address (We will use this to send acknowledgement and details of your child's menu plan. PRINT NEATLY)

Dirección electrónica (será usada para mandarle la confirmación de recibo y los detalles sobre el menú de su niño(a). IMPRIMA)

13) Does the student have an identified IEP or 504 Plan? (Ha sido el estudiante identificado con una PEI o Plan 504?)

Describe concerns you have about your student's nutritional needs and ability to safely participate in meal time at school

IEP 504 No

14) Request for fluid milk substitution and cultural/personal preferences do not require medical approval. If you request a substitute for fluid milk, state the medical or dietary need that restricts the student's diet. School Nutrition Services reserves the right to modify the menu based on product availability.

(La solicitud de sustitución de la leche fluida y las preferencias culturales/personales no requieren aprobación médica. Si solicita un sustituto de la leche fluida, indique la condición médica o dietética que restringe la dieta del estudiante. School Nutrition Services se reserva el derecho de modificar el menú basado en la disponibilidad de los productos.)

Fluid Milk Substitution: (Sustitución de leche:) Lactaid Milk (leche lactaid)

Medical or dietary need for this request (condición médica o dietética para esta solicitud)

Cultural/Personal Preferences (preferencias culturales/personales) No Pork (carne de cerdo) No Beef (carne de res) Vegan (vegana) Vegetarian (vegetariana)
 Other Condition (Must be diagnosed by authorized medical authority using Part B) (Otra condición- debe ser autoridad médica reconocida por un médico en la parte B)

15) I consent to the exchange of information between the Healthcare Provider and district/school personnel, as needed.

(Doy mi consentimiento para que la información sea intercambiada entre el médico y el personal del distrito/escuela, según sea necesario)

Parent / Guardian Signature (required for processing)
(Firma del parent/madre/tutor - requerido para ser procesado)

X

Date
(Fecha)

PART B/Food Allergies

(Items 16 - 20 to be completed by a RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY, i.e. Licensed physicians, physician assistants, nurse practitioners, and registered dietitians)

(Artículos 16 - 20 para ser completado por una AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos con licencia, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y dietistas registradas)

16) Does the student have a medical condition or severe food allergy warranting a special diet? (Yes No) If "YES", specify

Describe major life activities affected Eating Learning Digestion Other (specify) _____

Student Diagnosis or Condition: For the following diagnosis, section 17 below must be completed to identify which foods must be omitted due to the identified condition:

Food Intolerance Food Allergy Life Threatening Food Allergy - Check appropriate box: Ingestion Contact Inhalation

*Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school

17) Please check all food(s) to omit from the child's meals while at school due to the above noted medical condition or severe food allergy:

DAIRY

- Fluid Milk Substitution Lactaid milk
- Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient
- Ice Cream
- Yogurt
- Recipes with any dairy listed as an ingredient

WHEAT / GLUTEN

- Recipes with wheat listed as an ingredient
- Recipes with Gluten (wheat, barley, rye, triticale) listed as an ingredient

SOY

- Soy Lecithin
- Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate)
- Recipes with any soy listed as an ingredient

PEANUTS OR TREE NUTS

(CMS cafeterias do not serve peanuts or tree nuts)

- Peanuts Tree nuts

FISH OR SHELLFISH (CMS cafeterias do not serve shellfish)

- Fish Shellfish

SESAME

- Sesame Oil Sesame Seed

OTHER

- Other, specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh

18) Food Texture Modifications: Designate safest consistency, CHOOSE ONE: Pureed Ground Chopped

19) Other Nutrition Requirements due to documented concern in Section #16: Please specify: _____

20) Recognized Medical Authority* Information

Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not filled in its entirety.

Signature of Recognized Medical Authority*

Printed Name of Recognized Medical Authority*

Date

*A recognized medical authority in N.C. includes licensed physicians, physician assistants, nurse practitioners, and registered dietitians.

PART C (To be completed by SCHOOL DISTRICT REGISTERED DIETITIAN)

NOTES: (School Nutrition Registered Dietitian)

School Nutrition Registered Dietitian Signature:

Date:

Revised by School Nutrition Services 06/01/2024

USDA is an equal opportunity provider and employer.

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE “ONE ACCESS” - BIBLIOTECA DE CHARLOTTE MECKLENBURG

CHARLOTTE MECKLENBURG
LIBRARY

Las escuelas y las bibliotecas de Charlotte-Mecklenburg han establecido una colaboración para apoyar la educación continua de los estudiantes. Compartimos la creencia de que el amor por los libros y el aprendizaje es una base sólida para el éxito de los estudiantes y, con este objetivo en mente, estamos trabajando juntos para garantizar que todos los estudiantes de CMS tengan acceso a los libros y recursos de su biblioteca pública.

Gracias a esta colaboración, los estudiantes de CMS pueden utilizar su número de identificación para acceder y sacar recursos de la biblioteca pública. A esta iniciativa la llamamos «ONE Access», porque un número (el de identificación del estudiante de CMS) es todo lo que necesitan. Visite cmlibrary.org/oneaccess.

Formulario de exclusión de ONE Access

Si desea que su estudiante participe en ONE Access en el año académico 2025-2026, entonces no necesita hacer nada. Su estudiante se inscribirá automáticamente.

Si **no** desea que su estudiante participe, complete este formulario de exclusión de los padres y devuélvalo a la escuela de su hijo(a) o a cualquier sucursal de la Biblioteca de Charlotte Mecklenburg.

Nombre del Estudiante (Por favor escríbalo en letra de molde)

Escuela

Grado

Estudiante (ID)

Nombre del Padre o Tutor (Por favor escríbalo en letra de molde)

Número Telefónico

Al firmar este formulario, entiendo que mi estudiante **no** tendrá una cuenta de biblioteca de ONE Access. También entiendo que al firmar este formulario, mi estudiante no podrá participar en el uso de los recursos de la biblioteca en el aula a menos que tenga una tarjeta de la Biblioteca de Charlotte Mecklenburg y conozca el número completo de la tarjeta y el PIN.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

**CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE
INDIO AMERICANO TITULO VI ED****OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE EE. UU. PARA LA
EDUCACIÓN DEL INDIO AMERICANO**

Padres: Por favor devuelva este certificado completado a la escuela de su estudiante. Para poder solicitar un subsidio según la fórmula del Programa de Educación del Indio Americano, la escuela de su hijo debe determinar el número de niños nativos americanos matriculados. Cualquier niño que cumpla con la siguiente definición puede ser contado para este propósito. Usted no está obligado a llenar o enviar este formulario a la escuela. Sin embargo, si decide no presentar el formulario, la escuela no podrá contar a su hijo para la financiación del programa. **Este formulario deberá conservarse en el expediente y no será necesario llenarlo todos los años.** Cuando proceda, la información contenida en este formulario podrá divulgarse con su consentimiento previo por escrito o con el consentimiento previo por escrito de un estudiante que reúna los requisitos (mayor de 18 años), o si la ley lo autoriza de otro modo, siempre que hacerlo esté permitido por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act), 20 U.S.C. § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Definition: *Indio significa un individuo que es (1) Miembro de una tribu o grupo indio americano, tal y como la pertenencia a la misma sea definida por la tribu o grupo indio americano, incluyendo cualquier tribu o grupo extinguido desde 1940, y cualquier tribu o grupo reconocido por el Estado en el que reside la tribu o grupo; (2) Un descendiente de un parente o abuelo que cumpla los requisitos descritos en el párrafo (1) de esta definición; (3) Considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; (4) Un esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska; o (5) Un miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación Indígena de 1988, tal como estaba en vigor el 19 de octubre de 1994.*

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____
(Según consta en los registros de matriculación escolar) Por favor, tenga en cuenta: Se requiere un formulario por cada hijo indio inscrito

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

INSCRIPCIÓN DE LA TRIBU

Name of individual with tribal enrollment: _____
(La persona nombrada debe ser descendiente en primera o segunda generación)

El individuo con pertenencia tribal es el: _____ Niño(a) _____ Padre/madre _____ Abuelo(a) _____ Tutor del menor

Nombre de la tribu o grupo a la que el individuo mencionado anteriormente afirma pertenecer _____

La tribu o grupo es (marque solo uno):

- Reconocido federalmente Reconocido por el Estado Tribu Desaparecida (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)
 Miembro de un grupo indígena organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación del Indio Americano de 1988, vigente desde el 19 de octubre de 1994. (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)
 Comprobante de inscripción en la tribu o grupo mencionado anteriormente, según lo definido por la tribu o grupo:

A. Membresía o número de inscripción (si está disponible) _____ OR

B. Otra evidencia de pertenencia a la tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte) _____

Nombre y dirección de la tribu o grupo que mantiene los datos de registro de los individuos mencionados arriba:

Nombre _____ Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN: Yo confirmo que la información provista arriba es correcta:

Nombre Padre/Madre o Tutor _____ Firma _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Fecha _____

AVISO: Reporte Público de Exceso de Trámites al reverso de esta hoja.

También se proporciona información de contacto para el programa de Educación del Indio Americano Título VI.

DECLARACIÓN SOBRE EL EXCESO DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que ésta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recolección de datos es 1810-0021. Se estima que el tiempo necesario para completar esta parte de la recolección de datos por tipo de encuestado es, en promedio, de 15 minutos por formulario de certificación de estudiante indio americano (ED 506); incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. Si tiene comentarios o inquietudes sobre el estado de su envío individual de este formulario, escriba directamente a: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Rom 3W203, Washington, D.C. 20202-6335.

Escuelas de Charlotte-Mecklenburg

Por favor entregue una copia completa de este formulario de Titulo VI ED
Certificado de Elegibilidad del Estudiante Indio Americano a:

Chiquitha Lloyd

Directora Ejecutiva de Participación, Acceso y Desarrollo de
Proveedores
4421 Stuart Andrew Blvd., Suite 350
Charlotte, NC 28217
Courier #835-A
980-343-8638 – Teléfono de oficina
980-343-7135 - Fax
engagement-access@cms.k12.nc.us

CharMeckschools



P.O. BOX 30035, CHARLOTTE, NC 28230 | cmsk12.org