

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

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

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

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

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

Por favor haga una cita para revisar los documentos con la oficina de consejería.

Por favor llame al 914-592-8532 o venga en persona a la oficina 106.

! Gracias!

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

DATE/FECHA: _____

Last School Attended/Colegio Previo:

Name of Last School Attended /Nombre del colegio PREVIO

Address of Last School Attended/Dirección del colegio PREVIO

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

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

Attn: _____

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

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

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

Signature of Parent/Guardian/Firma del Padre o tutor _____ Date _____

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

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

Thank you,
Guidance Department
Alexander Hamilton

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

FECHA: _____

Estimado Padre o Tutor,

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

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

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

Desarrollo Cognitivo
Desarrollo Lingüístico
Desarrollo Motor
Logros Académicos

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

Sinceramente,

Director o Consejero

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

Firma del Padre _____ Fecha: _____

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

**HEALTH OFFICE
914-592-6389**

Dear Parent/Guardian,

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

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

Sincerely,
Nancy Venuti-Cordero, RN

**LA OFICINA DE SALUD
914-592-6389**

Estimados Padres y Tutores,

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

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

Atentamente,
Nancy Venuti-Cordero, RN

TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

STUDENT INFORMATION

School:	Grade:	Exam Date:
---------	--------	------------

Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes **Hypertension:** ☐ No ☐ Yes

Name:

DOB:

SCREENINGS

Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			☐ Yes ☐ No	
Scoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	
	☐	☐	☐ Yes ☐ No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
Recommendations:				

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

☐ **Full Activity** without restrictions including Physical Education and Athletics.

☐ **Restrictions/Adaptations**

Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications

☐ **No Contact Sports**
Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling
☐ **No Non-Contact Sports**
Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field
☐ **Other Restrictions:**
☐ **Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY**
Grades 7 & 8 to play at high school level **OR** Grades 9-12 to play middle school level sportsStudent is at **Tanner Stage:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
☐ **Accommodations:** Use additional space below to explain

☐ Brace*/Orthotic

☐ Colostomy Appliance*

☐ Hearing Aids

☐ Insulin Pump/Insulin Sensor*

☐ Medical/Prosthetic Device*

☐ Pacemaker/Defibrillator*

☐ Protective Equipment

☐ Sport Safety Goggles

☐ Other:

*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

Explain: _____

MEDICATIONS

☐ **Order Form for Medication(s) Needed at School attached**

List medications taken at home:

IMMUNIZATIONS

☐ Record Attached

☐ Reported in NYSIS
Received Today: ☐ Yes ☐ No

HEALTH CARE PROVIDER

Medical Provider Signature:

Date:Provider Name: *(please print)*

Stamp:

Provider Address:

Phone:

Fax:

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

Dental Health Certificate

Elmsford Public Schools

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

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

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / / Sex: ☐ Male ☐ Female Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐ No
Month Day Year

School: Name Grade

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

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

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

Parent's Signature Date

Section 2. To be completed by the Dentist

I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

- ☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit 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.

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

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

Optional Sections - If you agree to release this information to school, parent please initial here.

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

☐ Yes ☐ No

Caries Experience/Restoration History – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No

Untreated Caries – Does this child have an open cavity? [At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No

Dental Sealants Present

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

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

ALEXANDER HAMILTON JR/SR HIGH SCHOOL
ELMSFORD, NEW YORK
914 592-6839
HEALTH INFORMATION

Nombre del estudiante _____ Sexo M ____ F ____
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
Ciudad, Departament, Pais

Ha tenido su hijo un examen médico durante este año? SI ____ NO ____

Si respondió, SÍ, de la fecha: _____

Nombre del médico o clínica _____

POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DEL EXAMEN

Ha sufrido su hijo alguna enfermedad o herida en el pasado año? SI ____ NO ____

Si respondió SI, esta aun bajo tratamiento? SI ____ NO ____

Puede el servicio de salud del colegio ayudarlo? SI ____ NO ____

Si respondió SÍ, explique _____

Tiene su hijo discapacidades? SI ____ NO ____

Si respondió SÍ, explique _____

Tiene su hijo limitaciones físicas que le impidan hacer actividades?

Si respondió SÍ, explique _____

Necesita su hijo atención especial por algún problema de salud? SI ____ NO ____

Si respondió SÍ, explique _____

Utiliza su hijo anteojos? SI ____ NO ____

HISTORIAL DE SALUD

Indique cuál de las siguientes tiene o ha tenido su hijo y de fechas si es posible:

convulsiones	_____	problemas con la piel	_____	varicela	_____
diabetes	_____	dolor de cabeza	_____	pulmonia	_____
asma	_____	hemorragia nasal	_____	tuberculosis	_____
Problemas	_____	infección frecuente de la garganta	_____	problemas	_____
del corazon	_____	desmayos	_____	de menstruación	_____
fracturas graves	_____	alergias(comida,insectos, medicina)	_____		

Ha tenido su hijo alguna enfermedad, herida u operación que requirió hospitalización? SI ____ NO ____

Si respondió SÍ, explique _____

Toma el estudiante medicamento con regularidad? SI ____ NO ____

Si respondió SÍ, haga lista de los medicamentos y explique las razones _____

Cuando fue su última visita al dentista? Fecha: _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

**ELMSFORD PUBLIC SCHOOLS
HEALTH SERVICE**

AUTORIZACIÓN DE USO O SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Proveedor de Salud: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

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

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

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

☐ Renuncio mi derecho de recibir una copia de esta carta.

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

(Fecha)

Si un estudiante es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es una autoridad firmante para actuar en nombre del estudiante, firme aquí: _____

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

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

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

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

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

Propiedad y Propósito

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

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

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

Alcance

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

Obligaciones de Uso Adecuado y afirmación de los Usuarios

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

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

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

Usos Prohibidos

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

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

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

Correo electrónico

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

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

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

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

Responsabilidades del distrito

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

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

Sanciones

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

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

Signature: _____

Date: _____

Print Name: _____

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

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

Nombre del Estudiante: _____

El Grado: _____

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

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

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

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

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

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

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

PÓLIZA DE USO ACEPTABLE

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

Nombre del Estudiante: _____

El Grado: _____

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

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

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

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____

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

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____