

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PROCESO DE REGISTRO EN EL KINDERGARTEN

Durante el proceso de registro, deberá proporcionar TODOS los documentos detallados a continuación.

Durante el proceso de registro, deberá proporcionar TODOS los documentos detallados a continuación.

Certificado de nacimiento original (o un certificado de nacimiento certificado)

Comprobante de tutela (prueba de que el adulto que registra al niño es el padre, la madre o el encargado legal)

- El nombre en el certificado de nacimiento debe coincidir con el nombre que figura en la identificación con foto del padre/madre/encargado legal o con los documentos judiciales de custodia legal.

Copia de la boleta de calificaciones de la escuela anterior (si corresponde)

Informe de examen físico (disponible a través de un proveedor de atención médica)

- La ley estatal (ref. Código de Virginia § 22.1-270) exige que su hijo reciba un examen físico integral y sea inmunizado en los Estados Unidos antes de ingresar al kindergarten o a la escuela primaria pública. El examen físico debe tener una antigüedad no mayor a un plazo de un año respecto a la fecha de ingreso al kindergarten.
- Con base en lo anterior, los estudiantes que actualmente participan en un programa de pre-kindergarten de ACPS deben presentar comprobante de vacunación y un nuevo examen físico antes de ingresar al kindergarten, incluso si estos documentos fueron presentados antes de su ingreso al pre-kindergarten. .

Registros de vacunación (documentando mes, día y año en que se administró cada vacuna).

Todos los siguientes elementos son requeridos:

- Evaluación negativa de riesgo de tuberculosis, prueba cutánea de tuberculina PPD, análisis de sangre IGRA o radiografía de tórax negativa, realizadas en los Estados Unidos.**
 - Administrada dentro de los 12 meses previos al primer día de clases del niño.
- Hepatitis B**
 - Serie completa de tres (3) dosis de la vacuna contra la hepatitis B.
- Difteria, tétanos, tos ferina (Dtap, DTP o Tdap)**
 - Un mínimo de cuatro (4) dosis, con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños.
- Polio (OPV o IPV)**
 - Un mínimo de cuatro (4) dosis, con una dosis administrada en o después del cuarto cumpleaños.
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR)**
 - Al menos dos (2) dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis contra las paperas y una dosis contra la rubéola antes de ingresar al kindergarten. La primera dosis debe administrarse a partir de los 12 meses de edad.
- Hepatitis A (HAV)**
 - Se requiere un mínimo de dos (2) dosis de la vacuna contra la hepatitis A para los estudiantes que ingresan al kindergarten.
- Varicela (también llamada "Chicken Pox" en inglés)**
 - Dos (2) dosis de la vacuna contra la varicela o documentación médica que acredite haber padecido la enfermedad.

IMPORTANTE SI LA INMUNIZACIÓN ES DEFICIENTE: Si se han administrado nuevas vacunas recientemente, un proveedor de atención médica autorizado debe indicar por escrito la fecha de la próxima visita programada para recibir las vacunas adicionales. Asimismo, se debe respetar el intervalo adecuado entre las dosis. Cuando se reciban vacunas adicionales, se deberá proporcionar documentación escrita al personal de enfermería escolar. Los estudiantes que no completen su esquema de vacunación antes de la fecha asignada serán excluidos de la escuela.

COMPROBANTE DE RESIDENCIA (se requieren 3 documentos en total)

TRES comprobantes de residencia en la ciudad de Alexandria, con fecha dentro de los últimos 60 días. Solo se admiten originales (no copias) que indiquen el nombre y la dirección del padre, madre o encargado legal que realiza la inscripción.

Debe presentar UNO (1) de los siguientes documentos:

- Contrato de alquiler
- Escritura
- Contrato/estado hipotecario

Y 2 Documentos de respaldo:

- Teléfono fijo (fecha dentro de los últimos 60 días)
- Impuesto actual sobre la propiedad personal en Alexandria
- Recibo de pago actual (que indique la retención de impuestos de Virginia)
- Última declaración de impuestos federales/estatales sobre la renta
- 2 estados bancarios consecutivos
- Póliza actual de seguro de vivienda para propietarios o inquilinos
- Factura de servicios públicos (agua, gas, electricidad, cable y/o factura/recibo)
- Carta enviada por correo desde una agencia gubernamental (TANIF, HUD, IRS, etc.)

Si reside con otra persona, el padre/madre/encargado legal debe completar un formulario A/B de Vivienda Compartida (PDF) notariado y proporcionar una copia original de la hipoteca, escritura (con factura de impuestos) o una copia original del contrato de arrendamiento de la persona con quien el padre/madre/encargado legal y el/los hijo(s) viven. Además, el padre/madre/encargado legal debe proporcionar dos documentos de respaldo (a nombre del padre/madre/encargado legal), tal como se indicó anteriormente. **NOTA:** Una licencia de conducir o un documento de identidad emitido por el estado NO sirve como comprobante válido de residencia.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección del estudiante y del padre/madre/encargado legal principal: _____ Calle _____ Apto. n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ País de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: Masculino Femenino Identidad de género: Masculino Femenino Otro Nombre preferido: _____
 (Para estudiantes cuyo nombre legal no refleja su identidad de género. No para apodos)

¿Este estudiante es hispano o latino? (elige solo uno)

- No, no es hispano ni latino. Sí, es hispano o latino (persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano u otra cultura española, independientemente de la raza)

¿Cuál es la raza del estudiante? (elige una o más)

- Indígena americano/de Alaska Negro o afroamericano Blanco (persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte)
 Asiático Pueblos nativos de Hawái u otros isleños del Pacífico

Última escuela a la que asistió: _____ Pública Privada

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si no es una escuela de la ciudad de Alexandria, ¿el estudiante ha asistido ALGUNA VEZ a Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria? Sí No

Si la respuesta es Sí, proporcione los siguientes datos: Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

Padre/madre/encargado legal principal:

Padre, madre o encargado legal con quien el estudiante vive la mayor parte de la semana y que actúa como el principal contacto en lo que respecta al estudiante.

¿Vive o reside en la ciudad de Alexandria? Sí No Si la respuesta es No, ¿se ha aprobado una excepción a la política? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Encargado legal
 Madre Madrastra Padre/madre de acogida

Otro (indique relación): _____

Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ ¿Su teléfono del hogar es un teléfono móvil? Sí

Teléfono móvil: (____) _____ - _____ No

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Int.: _____

¿Idioma preferido de comunicación del padre, madre o encargado legal?

- Inglés Español Amárico Árabe Dari Otro (especifique) _____

Nombre del padre/madre/encargado legal n.º 2:

Apellido: _____ Nombre: _____ Masculino Femenino

- Padre Padrastro Encargado legal
 Madre Madrastra Padre/madre de acogida

Otro (indique relación): _____

Dirección: La dirección es la misma que la del estudiante y el padre/madre/encargado legal principal indicada anteriormente

Calle _____ Apto. n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar: (____) _____ - _____ ¿Su teléfono del hogar es un teléfono móvil? Sí

Teléfono móvil: (____) _____ - _____ No

Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____

Dirección laboral: _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Int.: _____

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo tiene un IEP vigente para servicios de educación especial o un Plan 504? Sí No

En caso afirmativo, ¿se ha proporcionado la documentación a la escuela? Sí No

¿Su hijo ha sido expulsado de una escuela privada o pública en Virginia o en otro estado por una infracción de las normas del consejo escolar relacionada con armas, alcohol o drogas, o por causar lesiones intencionadamente a otra persona? Sí No

HERMANOS DEL ESTUDIANTE

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor, indique al menos dos personas a quienes podamos llamar para tomar decisiones en caso de emergencia y/o para recoger a su hijo de la escuela si no podemos contactar a los padres o encargados legales:

Contacto de emergencia n.º 1 (que no sea padre/madre/encargado legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apto. n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Vínculo con el estudiante: _____

Contacto de emergencia n.º 2 (que no sea padre/madre/encargado legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apto. n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Vínculo con el estudiante: _____

Contacto de emergencia n.º 3 (que no sea padre/madre/encargado legal):

Nombre: _____

Dirección: Calle _____ Apto. n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Vínculo con el estudiante: _____

EXPERIENCIA DE PRE-KINDERGARTEN

Solo para estudiantes que se inscriban para el kindergarten

Durante el año previo al kindergarten, mi hijo asistió a (elija uno):

Programa Virginia Preschool Initiative (VPI) para niños de 4 años en:

- Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS)
- Centro Campagna
- Centro Child and Family Network (CFNC)
- Escuela Creative Play
- Academia Preescolar Helen Day de Hopkins House

Otro programa pre-K:

- Early Childhood Special Education
- Preschoolers Learning Together (PLT)
- Head Start
- Guardería/Preescolar privado de jornada completa
- Preescolar privado de media jornada
- Proveedor de cuidado infantil familiar con licencia
- Programa de Desarrollo Infantil del Departamento de Defensa

Otro:

- Padre/Pariente
- Cuidador en el hogar (niñera, au pair, etc.)
- Otro:

Especifique: _____

Al firmar este formulario, certifico que la información contenida en el mismo es correcta.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Id. del estudiante	Id. de la escuela	Escuela/Residencia	Código de asistencia/permiso	Dirección/Permiso de transferencia verificado	Grado	Código de ingreso	Fecha de ingreso	Verificación/Firma de la oficina

Encuestas sobre el idioma del hogar

Parent/Guardian: Federal regulations require school systems to survey all enrolling students regarding the students' home language and any other languages the students may speak. Based on the information provided below, the student may be assessed for English proficiency as required by federal regulations. Based on the results of the assessment, the student may be eligible for supplemental instruction through the English Learner (EL) program. Parents/guardians will be informed about the assessment results and if the student is eligible for supplemental services, the parents will have the opportunity to accept or refuse the supplemental EL services.

Padre, madre, encargado legal: Las regulaciones federales requieren que los sistemas escolares encuesten a todos los estudiantes que se inscriben sobre el idioma que se habla en su hogar y sobre cualquier otro idioma que puedan hablar. Con base en la información proporcionada a continuación, el estudiante puede ser evaluado para determinar su dominio del idioma inglés según lo exigido por las regulaciones federales. Según los resultados de la evaluación, el estudiante puede ser elegible para recibir instrucción suplementaria a través del programa de Aprendices de Inglés (EL). Se informará a los padres/encargados legales sobre los resultados de la evaluación y, si el estudiante es elegible para servicios suplementarios de EL, tendrán la oportunidad de aceptar o rechazar dichos servicios.

ወላጅ/አሳዳጊ፣ አዲስ የሚመዘገቡ ተማሪዎች በቤታቸው ስለሚናገሩት ቋንቋ እና ተማሪው ስለሚናገረው ሌላ ቋንቋ የትምህርት ቤት አስተዳደሮች መጠይቅ እንዲያዘጋጁ የፌዴራል ሕግ ይጠይቃል። እታች በተገለጸው መረጃ ላይ ተመሰርቶ የፌዴራል ሕግ በሚጠይቀው መሰረት የተማሪውን የእንግሊዘኛ ቋንቋ ብቃት ምዘና ይካሄዳል። ከሚካሄደው ምዘና በሚገኘው ውጤት መሰረት ተማሪው በእንግሊዘኛ ቋንቋ ትምህርት (ኢ ኤል) ፕሮግራም ተጨማሪ የቋንቋ ትምህርት ለመውሰድ ብቁ ሊሆን ይችላል። ወላጆች/አሳዳጊዎች ስለምዘና ውጤት እና ተማሪው ለተጨማሪ ድጋፍ አገልግሎት ብቁ ስለመሆኑ መረጃ የሚደርሰባቸው ሲሆን ወላጆችም በተጨማሪ የሚሰጠውን የኢ ኤል አገልግሎት የመቀበል ወይም ያለመቀበል እድል ያገኛሉ።

قيام النظم التعليمية بإجراء استبيان لجميع الطلاب المسجلين فيما يتعلق باللغة المستخدمة في منزل الطالب وأية لغات أخرى قد يتحدثها الطالب. وعلى ضوء المعلومات المقدمة يكون الطلاب مؤهلاً للحصول على تعليم إضافي من خلال برنامج متعلمي اللغة سيتم إبلاغ أولياء ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي بتتطلب اللوائح الفيدرالية أثناءه، يمكن تقييم كفاءة الطالب في اللغة الإنجليزية وكما هو مطلوب بموجب اللوائح الفيدرالية. واستناداً إلى نتائج التقييم، قد (EL). الإنجليزية التكميلية EL المور/ الوصياء الشرعيون بنتائج التقييم وفيما إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول على خدمات تكميلية، حيث ستتاح الأولياء المور فرصة قبول أو رفض تلقي خدمات

مکاتب را ملزم میسازد تا کلیه شاگردان ثبت نام شده را در مورد زبان خانگی متعلمین و هر زبان دیگری که ممکن است صحبت کنند، بررسی کنند. براساس اطالعات ارائه شده در نتایج ارزیابی، دانش آموز ممکن است واجد شرایط آموزش تکمیلی از طریق باشد. والدین/سرپرستان والدین/سرپرست: مقررات فدرال زیر، شاگرد ممکن است برای مهارت لسان انگلیسی مطابق مقررات فدرال ارزیابی شود. براساس (EL) برنامه تلمی انگلیسی را. بنیبرند یا امتناع کنند. EL از نتایج ارزیابی مطلع می شوند و اگر شاگرد واجد شرایط خدمات تکمیلی باشد، والدین این فرصت را دارند که خدمات آموزش انگلیسی

Student Name: _____	Date of Birth: _____
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
የተማሪው ስም	የትውልድ ቀን፤
أسم الطالب	تأريخ الميالد
اسم شاگرد	تاریخ تولد
Parent/Guardian Name: _____	Telephone: _____
Nombre del padre, madre o encargado legal:	Teléfono:
የወላጅ/አሳዳጊ ስም	ስልክ
أسم ولي الأمر/الوصي الشرعي	رقم الهاتف
اسم والدین/ سرپرست	تلیفون

1. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by the student? _____
 ¿Cuál es el idioma principal utilizado en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?
 በቤት ውስጥ የሚነገር የሚመረጥ ዋና ቋንቋ ምንድን ነው ተማሪው ሌላ ቋንቋ የሚናገር ቢሆንም እንኝ?
 ماهي اللغة الأساسية المستخدمة في البيت، بغض النظر عن اللغة التي يتحدث بها الطالب؟
 بدون توجه به زبانی که شاگرد صحبت میکند، زبان اصلی مورد استفاده در خانه، چیست؟
2. What is the language most often spoken by the student? _____
 ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla con mayor frecuencia?
 ተማሪው ብዙ ጊዜ የሚናገረው ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي يتحدث بها الطالب غالباً؟
 زبانی که اغلب شاگرد صحبت میکند، چیست؟
3. What is the language that the student first acquired? _____
 ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?
 የተማሪው የአፍ መፍቻ ቋንቋ ምንድን ነው?
 ماهي اللغة التي تعلمها الطالب لأول مرة؟
 زبانی که شاگرد برای اولین بار صحبت نمود، چیست؟

In which language do you prefer to receive communication from the school? English Español አማርኛ العربية دیگر

¿En qué idioma prefiere recibir la comunicación de la escuela?
 ከትምህርት ቤት የሚለከውን መረጃ መለዋወጫ መገናኛ እንዲሆን የትኛው ቋንቋ ይመርጣሉ?
 ماهي اللغة التي تفضل التواصل بها مع المدرسة؟
 در کدام زبان ترجیح می دهید با مکتب ارتباط برقرار کنید؟

Other: _____
 Otro
 ሌላ
 أخرى
 دیگر

Parent/Guardian Signature: _____	Date: _____
Firma del padre, madre o encargado legal:	Fecha:
የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ	ቀን
توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي	التأريخ
امضای والدین/ سرپرست	تاریخ

Miembros del personal de ACPS: Este formulario debe ser completado por todos los estudiantes que se inscriben en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. Debe ser el primer documento proporcionado al padre/madre/encargado legal durante el proceso de registro. Asegúrese de que todas las preguntas sean respondidas completamente.

Si se indica un idioma distinto del inglés, o además del inglés, en respuesta a la pregunta 1, 2, o 3, el estudiante debe ser remitido a la Oficina de Servicios para Aprendices de Inglés (Oficina de EL) para su inscripción y evaluación. Las familias y el personal pueden comunicarse con la Oficina de EL al 703-619-8022 para cualquier consulta. Rev. 08/08/18

Verificación de residencia y formulario de inscripción



Parte I: Información del estudiante y la familia

Por favor, complete A, B o C.

A. Soy el padre/madre que está inscribiendo a _____ en la escuela. (nombre completo del estudiante)

B. Soy el encargado legal/cuidador principal que está inscribiendo a _____ en la escuela (debe presentar documentación oficial). (nombre completo del estudiante)

C. Soy el estudiante adulto (18 años o más) que me inscribo a mí mismo _____ en la escuela. (nombre completo del estudiante)

Yo, el padre/madre/encargado legal/cuidador y/o estudiante adulto, afirmo/afirmamos que resido/residimos en el siguiente domicilio*: Dirección completa: _____

Nombre de la calle _____

Apto. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Parte II: Declaración jurada del padre/madre/encargado legal/cuidador o del estudiante adulto

Entiendo que la inscripción del estudiante en las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria se basa en mi afirmación de que soy (Parte I) el padre/madre/encargado legal del estudiante y residente de la ciudad de Alexandria, (Parte II) esta declaración jurada de residencia en la ciudad de Alexandria y (Parte III mi presentación de documentación de verificación de residencia) (ver página 3, categoría A, B o C). Afirmo que resido con el estudiante en la dirección indicada en este documento. Si esta declaración jurada es falsa, entiendo que puedo ser responsable del pago de la matrícula retroactiva del estudiante y que el estudiante será retirado de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria. Tenga en cuenta que, de acuerdo con el Código de Virginia §22.1-264.1, es un delito menor de Clase 4 declarar falsamente la residencia con el propósito de inscribirse en una escuela fuera de la zona de asistencia en la que reside el estudiante. Autorizo a las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria a acceder a información relacionada con mi residencia con el fin de verificarla utilizando medios legales. Asimismo, acepto notificar a la escuela cualquier cambio de residencia propio y/o del estudiante dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a dicho cambio.

Nombre impreso del padre/madre/encargado legal/cuidador o del estudiante adulto Número de teléfono

Firma del padre/madre/encargado legal/cuidador o del estudiante adulto Fecha

*Se define residencia/domicilio legítimo como el lugar donde una persona descansa cada noche. Ser propietario o inquilino de una propiedad no es suficiente para declarar residencia en la ciudad de Alexandria. El estudiante y su encargado legal deben dormir todas las noches en la ciudad de Alexandria.

SOLO PARA USO OFICIAL DEL PERSONAL DE ACPS - NO COMPLETE DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Parte III: Verificación de residencia

Los adultos que realizan el registro deben presentar una identificación con fotografía, el certificado de nacimiento del estudiante y los siguientes tres (3) documentos: Todos los documentos deben ser la copia original (deben ser copias vigentes, con no más de 60 días de antigüedad) y deben indicar claramente el nombre del padre/encargado legal o del estudiante adulto, así como la dirección de residencia en la ciudad de Alexandria. Consulte el reverso para una explicación más detallada de los documentos.

Categoría A – un (1) documento:

- Contrato de arrendamiento
- Escritura (con copia del impuesto a la propiedad)
- Contrato hipotecario

Categoría B – dos (2) documentos de respaldo:

- Factura de servicios públicos (agua, gas, electricidad, cable y/o teléfono fijo)
- Factura/recibo actual del impuesto sobre la propiedad personal de la ciudad de Alexandria
- Carta enviada por correo desde una agencia gubernamental (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.)
- Recibo de pago actual (que indique la dirección de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia)

2 estados bancarios consecutivos (recibidos por correo)

Categoría A (continuación)

Falta de vivienda

Servicios de DSS/cuidado de crianza

Última declaración de impuestos federales/estatales sobre la renta que indique la dirección en la ciudad Alexandria

Póliza actual de seguro de vivienda para propietarios o inquilinos que indique la dirección en la ciudad de Alexandria.

La familia es nueva en la ciudad de Alexandria (menos de 30 días). Fecha límite _____

Residentes de viviendas compartidas: Si el padre, madre o encargado legal vive en una vivienda compartida, se requerirá un formulario A/B notariado junto con una copia de la hipoteca, escritura o contrato de arrendamiento del propietario con quien viven el estudiante y el padre, madre o encargado legal. Además, se le solicitará proporcionar dos documentos de respaldo (a nombre del padre, madre o encargado legal), tal como se indicó anteriormente. Se podrá realizar una visita domiciliaria en casos de residencia dudosa. **VENCIMIENTO DEL FORMULARIO A/B: _____(Secretario/agente de registro: ingresar la fecha en PowerSchool).**

Certifico que revisé personalmente todos los documentos presentados y afirmo que la información representada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Asimismo, confirmo que se adjuntarán copias de toda la documentación requerida a este documento y se archivarán en el expediente del estudiante.

Nombre del funcionario escolar (en letra de imprenta) _____

Funcionario escolar (firma) Fecha _____

Lista de documentación aceptable para verificación de residencia Todos los documentos deben incluir el nombre completo del padre/madre/encargado legal o del estudiante adulto que realiza la inscripción y su dirección en la ciudad de Alexandria.

Categoría A: (adjunte un documento de esta lista para verificar la residencia)

- Contrato de arrendamiento o alquiler: El contrato de arrendamiento original debe estar vigente (no vencido) e indicar las fechas, nombres y dirección de la propiedad del padre/madre/encargado legal que inscribe al estudiante. Si el contrato de arrendamiento es un acuerdo privado celebrado con el propietario, deberá estar notariado.
- Escritura: La escritura de propiedad debe ir acompañada de una copia del impuesto sobre la propiedad personal del propietario. Esto puede obtenerse (de forma gratuita) en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>. La escritura debe estar a nombre del padre, madre o encargado legal.
- Hipoteca: El residente podrá presentar una factura de hipoteca emitida por el prestamista (que incluya la fecha, la dirección en Alexandria y el nombre del prestamista) dentro de los 60 días posteriores a la inscripción o el contrato hipotecario inicial con copia actual del impuesto sobre la propiedad del propietario. Esto puede obtenerse de forma gratuita en <http://realestate.alexandriava.gov/index.php?action=address>
 - Vivo en una vivienda compartida y el contrato de arrendamiento/escritura o hipoteca no está a mi nombre. Por favor, complete el formulario de Vivienda Compartida (A/B) y adjunte el contrato de arrendamiento/escritura o hipoteca de la persona con quien reside.

Y

Categoría B: (adjunte dos documentos de esta lista para verificar la residencia)

- Factura de servicios públicos (agua, gas, electricidad, cable y/o teléfono fijo). La factura debe tener una fecha de emisión no superior a 60 días. Si todos los servicios públicos están incluidos en su contrato de arrendamiento y no tiene otras facturas, proporcione una carta de su administrador de la propiedad en papel membretado de la empresa que indique que el agua, gas, alcantarillado y electricidad están incluidos en el alquiler mensual.
- Impuesto actual sobre los bienes personales de la ciudad de Alexandria (vehículo, vehículo recreativo, barco). Tenga en cuenta lo siguiente: el Departamento de Vehículos Motorizados de Virginia exige que todos los bienes personales estén registrados en la dirección actual dentro de los 60 días posteriores al cambio de domicilio.
- Carta enviada por correo desde una agencia gubernamental (TANIF, HUD, ARHA, IRS, etc.). La carta debe estar dirigida al padre/madre/encargado legal o al estudiante adulto.
- Recibo de pago actual (que indique la dirección de la ciudad de Alexandria y la retención de impuestos de Virginia).
- Última declaración de impuestos federales/estatales sobre la renta que indique la dirección de la ciudad de Alexandria.
- 2 estados bancarios consecutivos recibidos por correo en la dirección de la ciudad de Alexandria.

- Póliza actual de seguro de vivienda para propietarios o inquilinos que indique la dirección en la ciudad de Alexandria.

O

Categoría A: Por favor, consulte con el secretario/agente de registro escolar si aplica alguna de las siguientes situaciones.

- Servicios de cuidado de crianza: Proporcione verificación de que el estudiante se encuentra bajo la custodia del Departamento de Servicios Sociales mediante una orden judicial o documentación oficial del Departamento de Servicios Sociales.

**AVISO DE ESTUDIANTE QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO DE CRIANZA Y
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR**

Fecha de aviso:	<input type="checkbox"/> Coordinador de cuidado de crianza para la división escolar de origen	<input type="checkbox"/> Coordinador de cuidado de crianza para la división escolar del nuevo lugar de residencia
Información sobre la escuela de origen		
División escolar/Escuela:		
Superintendente:	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	Teléfono: () - -
Director: (ingresar nombre)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	Teléfono: () - -
Coordinador de cuidado de crianza: (ingresar nombre)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	Teléfono: () - -
Información sobre la división escolar del nuevo lugar de residencia		
División escolar: (seleccionar división)		
Superintendente: (ingresar nombre)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	Teléfono: () - -
Coordinador de cuidado de crianza: (ingresar nombre)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	Teléfono: () - -
Información del estudiante		
Nombre del estudiante: (primer y segundo nombre y apellido)	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Edad: (edad)
Grado: (grado)		
Plan 504: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Educación especial (IEP) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Información sobre la nueva colocación del estudiante		
Tipo de colocación: (seleccionar tipo de colocación)	Fecha de colocación: (seleccionar fecha)	
Dirección: (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono: () - -	
Contacto: (ingresar nombre completo de la persona de contacto de la colocación)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	
Agencia autorizada de colocación de menores (LCPA): (ingresar agencia/coordinador del caso, si corresponde)	Teléfono: () - -	
Información de la agencia del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS)		
Departamento de Servicios Sociales con servicio de custodia: (seleccionar agencia local de servicios sociales)	Fecha de remoción: (seleccionar fecha)	
Asistente social de LDSS: (ingresar nombre del asistente social)	Teléfono: () - -	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)
Coordinador de estabilidad educativa de LDSS: (ingresar nombre del coordinador)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	
Información de los padres o encargados legales		
¿Se han terminado los derechos parentales (TPR)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es sí, pasar a la siguiente sección)		
Nombre de la madre: (ingresar nombre completo)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	
Dirección: (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono: () - -	
Nombre del padre: (ingresar nombre completo)	Correo electrónico: (ingresar correo electrónico)	
Dirección: (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono: () - -	
Información sobre la determinación del interés superior (BID)		
<input type="checkbox"/> NO se requiere BID. La nueva colocación del estudiante es: seleccione una justificación. Por favor, notifique al servicio de transporte sobre el cambio de dirección.		

**AVISO DE ESTUDIANTE QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO DE CRIANZA Y
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR**

Sí, se requiere BID. La nueva colocación del estudiante se encuentra fuera de la zona geográfica de su escuela de origen; por lo tanto, se requiere una BID para abordar la estabilidad educativa.

Por favor, indique su disponibilidad (al menos 3 fechas/horarios) por correo electrónico al asistente social de LDSS **dentro de los 2 días hábiles posteriores** a la fecha de este aviso

Se ha programado una reunión del BID para este estudiante el (fecha) / (hora), en (ubicación), y usted, o una persona designada, está invitado a asistir. Si no es posible asistir en persona, la participación por teléfono es bienvenida. Por favor llame al (___) ___-___ para participar en la reunión por vía telefónica.

Si usted pertenece a la escuela de origen, se solicita información sobre la colocación académica actual del estudiante, incluyendo calificaciones, transcripción, asistencia, disciplina y plan IEP/504, para fundamentar el proceso de toma de decisiones de la BID. Si el estudiante recibe educación especial, se solicita la participación de un representante que conozca las necesidades educativas del mismo.

****Adicionalmente, se le solicitará a usted (o a la persona designada) que proporcione información sobre las opciones de transporte que puedan estar disponibles.**

Instrucciones generales:

Siempre que un estudiante ingrese al sistema de cuidado de crianza o experimente un cambio de colocación, asegúrese de completar todas las secciones con el mayor nivel de detalle posible. La información de los campos puede ingresarse haciendo clic en el área delimitada entre paréntesis, lo cual habilitará un campo de texto, un calendario o una lista desplegable.

Instrucciones específicas de la sección:

Si bien la mayoría de las secciones de este documento son autoexplicativas, a continuación se ofrecen algunas indicaciones específicas para cada sección que pueden resultar útiles para completar el formulario.

Información sobre la fecha de notificación:

En esta sección, seleccione la fecha en que se enviará el formulario a la división escolar y a qué división escolar se dirige MEJOR PRÁCTICA: Si involucra diferentes divisiones escolares, la notificación debe enviarse a los coordinadores de cuidado de crianza en AMBAS divisiones escolares.

La escuela de origen es la escuela a la que el joven asiste actualmente al ingresar al sistema de cuidado de crianza o al experimentar un cambio de colocación.

Información sobre la escuela/división escolar de origen:

La mayoría de las divisiones escolares cuentan con una función de “buscador de escuelas” en su sitio web que permite localizar un establecimiento escolar a partir de una dirección.

El Departamento de Educación de Virginia mantiene un listado con la información de las divisiones escolares públicas por región en http://www.doe.virginia.gov/directories/schools/school_info_by_regions.shtml. Al seleccionar el enlace de la división escolar, se puede encontrar información como el nombre y datos de contacto del superintendente y la administración del establecimiento escolar local. Puede encontrar una lista de los coordinadores de cuidado de crianza de la división escolar, y su información de contacto, en: http://www.doe.virginia.gov/support/student_family/foster_care_students/fostering_connection_liaisons.pdf

Información del estudiante:

Por favor, asegúrese de indicar si el niño tiene un plan 504 o un IEP (Programa de Educación Individualizado). Esta información es importante y afecta el proceso de la BID.

Información de la nueva colocación del estudiante:

Además del tipo, dirección y fecha de la colocación, asegúrese de proporcionar un nombre de contacto con número telefónico en esta sección. Si se trata de un hogar de acogida, aquí se deben incluir los datos de los padres de acogida y su información de contacto directa. Si la colocación es un hogar grupal, el “contacto” debe ser la persona que asistirá a la reunión de la BID. Este no es un asistente social de cuidado de crianza terapéutico; esa información debe colocarse en la línea siguiente titulada Agencia autorizada de colocación de menores (LCPA)

Información de la agencia:

En esta sección se ingresa la información de contacto del Departamento Local de Servicios Sociales.

Información de los padres:

Aquí es donde se ingresa la información sobre los **padres biológicos**. Si existe una terminación de los derechos parentales (TPR), continúe con la siguiente sección Si NO hay una TPR, complete esta sección con la información más precisa disponible. A menos

**AVISO DE ESTUDIANTE QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO DE CRIANZA Y
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR**

que exista una TPR, los padres biológicos conservan sus derechos educativos y, por lo tanto, deben considerarse participantes activos en este proceso, así como en todos los demás procesos educativos, como los planes 504 y las reuniones sobre el IEP-

Información sobre la determinación del interés superior (BID):

Si la nueva residencia está asignada a la escuela actual; la distancia entre la escuela de origen y la escuela receptora es mayor a 100 millas; la colocación es un centro residencial de tratamiento de Nivel C; o el estudiante regresa de un centro residencial o de detención a la misma colocación de cuidado de crianza, entonces no es necesario realizar una reunión de BID y debe marcarse la casilla "NO". En tales casos, este formulario sirve como notificación del traslado para que las bases de datos escolares puedan actualizarse y reflejar la nueva dirección e información de contacto.

Si no se cumple alguno de los criterios anteriores, es necesaria una reunión de BID para abordar la estabilidad educativa y debe marcarse la casilla "SÍ"

- Si no se ha programado una reunión y se solicita la disponibilidad del personal de la división escolar, seleccione la primera casilla de verificación.
- Si ya se ha programado una reunión, incluya la hora, fecha y ubicación de la misma, así como un número telefónico para permitir la participación por vía telefónica.

NOTA: Los documentos deben estar protegidos con contraseña antes de enviarse electrónicamente. Las instrucciones para proteger un documento de Word con contraseña se pueden encontrar en <https://support.office.com/en-us/article/Password-protect-a-document-8f4afc43-62f9-4a3a-bbe1-45477d99fa68>. **Deberá compartir la contraseña del documento por vía telefónica o mediante un correo electrónico separado.**

¿Actualmente vive en alguno de los siguientes lugares de manera temporal sin una dirección física permanente: un refugio de emergencia o de transición; un motel, hotel o campamento; un automóvil, parque o lugar público; un espacio no destinado para dormir; o con familiares o amigos debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar? Por favor, complete este cuestionario si su situación de vivienda corresponde a alguna de las mencionadas anteriormente:

Cuestionario de elegibilidad McKinney-Vento de ACPS

La definición de falta de vivienda, según lo establecido por la Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar, incluye a niños y jóvenes que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada. Los niños y jóvenes que se encuentran en una de las siguientes situaciones pueden ser considerados estudiantes en situación de falta de vivienda:

- Compartir la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar;
- Vivir en refugios de emergencia o de transición;
- Vivir en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o campamentos debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados;
- Vivir en automóviles, parques, espacios públicos, estaciones de autobús o tren, o edificios abandonados;
- Tener como residencia nocturna principal un lugar público o privado no destinado ni utilizado habitualmente como lugar para dormir; y
- Niños o jóvenes migrantes que vivan en las circunstancias descritas anteriormente.

Por favor, complete las siguientes preguntas.

El coordinador de McKinney-Vento de ACPS se pondrá en contacto directamente con la familia para determinar la elegibilidad del estudiante en conformidad con McKinney-Vento.

Comuníquese con Jackie Washington, jacquelyn.washington@acps.k12.va.us, para consultar cualquier pregunta o si desea obtener información adicional.

dinareed66@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

* Indica que debe completarse de manera obligatoria

Correo electrónico*

Nombre del estudiante*

¿Este estudiante está inscripto actualmente en ACPS?

Sí

No

En caso negativo, ¿a qué división escolar asistió el estudiante por última vez?

Grado del estudiante

Dirección actual

Nombre del cuidador

Número de teléfono del cuidador

Idioma preferido

Por favor, seleccione la situación de vivienda en la que reside actualmente el estudiante.

Con amigos/familiares debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar.

Carpenter's Shelter (930 N. Henry St.).

Alexandria Community Shelter (2355B Mill Rd.).

Refugio para víctimas de violencia doméstica.

Refugio en otra ubicación.

Programa de Vivienda Transitoria.

Hotel/Motel debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados.

Automóvil, parque u otro espacio público no destinado como lugar habitual para dormir.

¿Tiene este estudiante hermanos en edad escolar? En caso afirmativo, enumérelos aquí:

¿Tiene este estudiante hermanos en edad preescolar? En caso afirmativo, nómbralos a continuación:

Por favor, indique cualquier otra información importante que deba compartir con el coordinador de McKinney-Vento.

Nombre de la persona que completa este formulario*

Fecha de hoy*

Fecha

Se enviará una copia de sus respuestas a la dirección de correo electrónico que proporcionó.



ENCUESTA PARA EL ESTUDIANTE Y LOS PADRES

Fecha de la encuesta: 10/31/2026

Cada sección DEBE completarse en su totalidad cuando corresponda.

ACPS puede recibir fondos de subvenciones federales por la inscripción de estudiantes que tengan vínculos federales. Si ningún padre o encargado legal en su hogar vive o trabaja en propiedad federal, por favor complete la Sección 1 y firme y feche al final del formulario.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: Apellido	Nombre	Segundo nombre	Id. del estudiante
Dirección: Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal:
Nombre de la escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Teléfono del hogar

Si la propiedad mencionada anteriormente es una propiedad federal, por favor, ingrese el nombre de la propiedad.

Sección 2 – INFORMACIÓN LABORAL: SOLO CIVILES que trabajen en propiedad federal

Nombre del padre/madre/encargado legal: Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del empleador	
Dirección del empleador (ubicación física)	Número del edificio y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la propiedad federal (consulte el reverso para ver la lista de propiedades federales elegibles)				
Dirección de la propiedad federal	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 3 – INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL: PERSONAL DE SERVICIOS UNIFORMADOS

En esta sección, indique si alguno de los padres o encargados legales estaba en servicio activo en las Fuerzas Uniformadas de los Estados Unidos en la fecha de la encuesta. (Si ambos padres en el hogar están en el servicio militar en la fecha de la encuesta, complete un segundo formulario).

El estudiante no tiene vínculos con las fuerzas militares (no complete nada más en la Sección 3)

Rama del servicio activo:

- Fuerzas aéreas Ejército Guardia costera Cuerpo de Marines Marina
- Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica – NOAA
- Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. – USPHS
- Guardia Nacional o Reservas movilizadas por la Orden Ejecutiva Presidencial 13223 del 09/14/2001 y Título 10 USC (adjuntar copia de las órdenes de activación)
- Guardia Nacional; Reserva
- Reserva; el estudiante es dependiente de un miembro de las Fuerzas de Reserva (Ejército, Marina, Fuerza aérea, Cuerpo de Marines o Guardia costera).

Nombre del padre/madre/encargado legal (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)
Rango/grado militar

Sección 4 – INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL: FUERZAS MILITARES EXTRANJERAS

Ingrese información en esta sección si alguno de los padres/encargado legal estaba en **servicio activo** en la fecha de la encuesta. De lo contrario, omita esta sección.

Nombre del padre/madre/encargado legal	Nombre del gobierno extranjero
Rango/grado militar	Rama del servicio

Esta información se utiliza para respaldar nuestra solicitud de fondos federales en conformidad con el marco del Programa de Ayuda por Impacto (Título VIII de la Ley de Educación Primaria y Secundaria). Esta información podrá facilitarse al Departamento de Educación de los Estados Unidos si nuestra solicitud de fondos federales es objeto de una auditoría. Este formulario debe estar firmado y fechado para que ACPS reciba la parte que le corresponde de los fondos federales.

Al firmar este formulario, certifico que toda la información escrita y mecanografiada que contiene es precisa y completa a la fecha de la encuesta.

Firma de padre/madre/encargado legal

Fecha [mm/dd/aaaa]

Propiedades federales elegibles

- Albert V Bryan Federal Courthouse, 401 Courthouse Sq., Alexandria, VA 22314
- Mt. Weather EOC, 19844 or 19850 Blue Ridge Mountain Rd, Bluemont, VA 20135
- Arlington National Cemetery, Arlington, VA 22211
- MVB Bostetter, Courthouse, 200 S Washington St, Alexandria, VA 22314
- CIA Langley Campus, 1000 Colonial Farm Rd, McLean, VA22101
- Naval Surface Warfare Center, 17320 Dahlgren Rd, Dahlgren, VA 22448
- CIA NRO, 14675 Lee Rd, Chantilly, VA 20151
- NOAA NWS, 43858 or 43872 Weather Service Rd, Sterling, VA 20166
- Dulles International Airport, 1 Saarinen Ci, Sterling, VA 20166
- Pentagon [incluir ubicación del edificio en la dirección], Arlington, VA 22202
- FAA Air Route Traffic Control Center, 825 E Market St, Leesburg, VA20176
- Ronald Reagan National Airport, 1 Aviation Ci, Arlington, VA 22202
- FAA Potomac TRACON, 3699 Macintosh Dr, Warrenton, VA 20187
- Ronald Reagan National Airport, 2401 Smith Bv, Arlington, VA 22202
- FBI Academy & Laboratory, 2501 Investigation PW, Quantico, VA22135
- Steven F Udvar Hazy Ctr, 14390 Air and Space Museum Pw, Chantilly, VA 20151
- Fort Belvoir 9910 Tracy Loop, Fort Belvoir, VA 22060
- Turner-Fairbank HRC, 6300 Georgetown Pike, McLean, VA 22101
- Fort Belvoir North (NGA), 7500 Geoint Dr, Springfield, VA 22150
- US Army National Guard, 111 S George Mason Dr, Arlington, VA 22204
- Franconia GSA LOC 6808, 6810, 6999, or 7000 Loisdale Rd, Springfield, VA 22150
- US Army Reserve Center, 6901, or 6978 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22310
- George P Schulz NFATC, 4000 Arlington Bv, Arlington, VA 22204
- US Attorney's Office (USDOJ), 2100 Jamieson Ave, Alexandria, VA 22314
- George Washington Memorial Parkway, 700 GW Pw, VA 22101
- US Coast Guard Radio Station, 7323 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Henderson Hall, 1555 Southgate Rd, Arlington, VA 22214
- US Geological Survey, 12201 Sunrise Valley Dr, Reston, VA 20192
- Humphreys Engineer Center, 7701 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22315
- Warrenton Training Center – Site A, 8094 Shipmadilly Ln, Warrenton, VA 20186
- Hybla Valley Office Bldg, 6801 Telegraph Rd, Alexandria, VA 22306
- Warrenton Training Center – Site B, 7471 Bear Wallow Rd, Warrenton, VA 20186
- Joint Base Myer-Henderson Hall, Fort Myer, VA 22211
- Warrenton Training Center – Site C, 7248 Sumerduck Rd, Remington, VA 22734
- Marine Corps Base Quantico, 3250 Catlin Ave, Quantico, VA 22134
- Warrenton Training Center – Site D, 22129 Confederate Rd, Elkwood, VA 22718
- Mark Center Federal Office Bldg, 1897 N Beauregard St, Alexandria, VA 22350
- Wolf Trap Farm Park, 1551 Trap Rd, Vienna, VA 22182

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Página 1 de 2

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Año escolar: _____

CONDICIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Marque todos los casilleros que apliquen para el estudiante.

ALERGIAS Sí No

Tipo de alergia:

- Alimentos Lista de alimentos: _____
- Medicamentos Lista de medicamentos: _____
- Picaduras de abejas u otros insectos
- Otro: _____

Fecha de la última reacción grave: _____

Fecha de la última visita al hospital o a urgencias debido a alergias: _____

Medicamentos y tratamientos recetados actualmente para las alergias:

- Antihistamínico oral (Benadryl, etc.)
- Epinefrina Tiene Epi-Pen
- Otro: _____

RESTRICCIONES ALIMENTARIAS Sí No

Debido a malestar gastrointestinal (digestivo) Indique los alimentos: _____

Debido a preferencias religiosas o de otro tipo Indique los alimentos: _____

ASMA Sí No

Medicamentos y tratamientos actualmente recetados para el asma:

- Medicación de control diario (prevención)
- Medicación según necesidad (de rescate)

Fecha de la última visita al hospital o a urgencias por asma: _____

DIABETES Sí No

Fecha de la última visita al hospital o a urgencias debido a la diabetes: _____

¿La diabetes del estudiante requiere medicación y/o análisis de sangre EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

TRASTORNOS CONVULSIVOS Sí No

¿El trastorno convulsivo del estudiante requiere medicación EN LA ESCUELA?

- No
- Sí Indique los medicamentos: _____

Fecha de la última convulsión: _____

Fecha de la última visita al hospital o a urgencias debido a una convulsión: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

OTRAS CONDICIONES DE SALUD Sí No

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Trastorno nutricional | <input type="checkbox"/> Infección crónica (Hepatitis C, VIH) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (enfermedad de células falciformes) | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos/cromosómicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Depresión |
- Otras afecciones físicas o mentales: _____

¿La condición del estudiante requiere el USO EN LA ESCUELA de lo siguiente?

- Medicamentos:** No Sí Indique los medicamentos: _____
- Procedimientos especiales:** No Sí Indique los procedimientos: _____
- Equipo especial:** No Sí Indique los equipos: _____

AFECCIONES OFTALMOLÓGICAS Sí No

- Anteojos
- Lentes de contacto
- No corregible
- Otro: _____

AFECCIONES AUDITIVAS Sí No

- Audífono(s)
- No corregible
- Otro: _____

ATENCIÓN MÉDICA Y COBERTURA DE SALUD PARA ESTUDIANTES

- ¿El estudiante tiene seguro médico? No Sí Nombre de la compañía de seguros médicos: _____
- Nombre del médico de cabecera del estudiante: _____ Teléfono: _____
- ¿El estudiante tiene seguro dental? No Sí Nombre de la compañía de seguros dentales: _____
- Nombre de la compañía de seguro dental: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

En caso de emergencia, el personal de la escuela llamará al 911. Se hará todo lo posible por contactar con un padre, encargado legal o contacto de emergencia. Los estudiantes serán trasladados a la sala de urgencias más cercana, a menos que el padre o encargado legal se encuentre en las instalaciones del colegio para hacerse cargo del niño.

El padre, madre o encargado legal es responsable de proporcionar a la escuela cualquier medicamento, alimento especial, suministros o equipo que el estudiante necesite durante la jornada escolar. Consulte con el personal de enfermería escolar o el secretario/agente de registros para obtener los formularios correctos de medicación y procedimientos. Si se indica un plan individual de atención médica escolar, el padre/madre/encargado legal es responsable de proporcionar al personal de enfermería escolar la información médica necesaria, los formularios de autorización correspondientes y el consentimiento por escrito para intercambiar información con el médico del niño.

Yo, _____ (sí _____) (no _____) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en el entorno escolar a discutir las preocupaciones de salud de mi hijo y/o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque. Puede revocar su autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, se conserva documentación de dicha divulgación en el expediente de salud o académico de su hijo.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE SALUD PARA EL INGRESO A LAS ESCUELAS DE LA MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

Formulario de información de salud/Informe de examen físico integral/Certificado de vacunación

Parte I – FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

La ley estatal (Ref. Código de Virginia § 22.1-270) exige que su hijo esté vacunado y reciba un examen físico integral antes de ingresar al kindergarten público o a la escuela primaria. El **padre/madre o encargado legal debe completar esta página (Parte I) del formulario**. El proveedor médico debe completar la Parte II y III del formulario. Este formulario **debe completarse** dentro del año previo al ingreso de su hijo a la escuela.

Nombre de la escuela: _____ Grado actual: _____

Nombre del estudiante: _____
Apellido _____ Nombre/s _____

Fecha de nacimiento del estudiante: ____ / ____ / ____ Sexo: _____ Estado o país de nacimiento: _____ Idioma principal hablado: _____

Dirección del estudiante _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del padre/madre/encargado legal n.º 1: _____ Teléfono: ____ - ____ Trabajo o celular: ____ - ____

Nombre del padre/madre/encargado legal n.º 2: _____ Teléfono: ____ - ____ Trabajo o celular: ____ - ____

Contactos de emergencia: _____ Teléfono: ____ - ____ Trabajo o celular: ____ - ____

Hospital de preferencia: _____

Seguro médico del niño: Ninguno FAMIS Plus (Medicaid) FAMIS Privado/Comercial/Brindado por el empleador _____

Caja 1. Afecciones preexistentes

Condición	Sí	Comentarios	Condición	Sí	Comentarios
Alergias (alimentarias, a insectos, a medicamentos, al látex) Por favor, indique alergias potencialmente mortales :			Diabetes: Tipo 1		
			Diabetes: Tipo 2		
			Bomba de insulina		
Alergias (estacionales)			Lesión en la cabeza, conmoción cerebral		
Asma o afecciones respiratorias			Problemas de audición o sordera		
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad			Afecciones cardíacas		
Condiciones conductuales/psicológicas/sociales			Saturismo (intoxicación por plomo)		
Afecciones del desarrollo			Afecciones musculares		
Afecciones de la vejiga			Convulsiones		
Trastornos hemorrágicos			Enfermedad de células falciformes (sin rasgo)		
Afecciones intestinales			Afecciones del habla		
Parálisis cerebral			Lesión medular		
Fibrosis quística			Cirugía		
Afecciones en la salud dental			Afecciones oftalmológicas		

Describe cualquier otra información importante relacionada con la salud de su hijo (sonda de alimentación, traqueotomía, oxigenoterapia, audífonos, aparato dental, silla de ruedas, hospitalizaciones, etc.):

Caja 2. Medicamentos

Enumere todos los medicamentos recetados, de emergencia, de venta libre y a base de hierbas que su hijo toma regularmente (hogar/escuela):

Nombre del medicamento	Dosificación	Hora de administración (hogar/escuela)	Notas
1.			
2.			
3.			
4.			

Medicamentos adicionales (nombre, dosificación, hora de administración, notas)

Marque aquí si desea discutir sobre información confidencial con el personal de enfermería escolar u otra autoridad del centro educativo. Sí No Por favor, brinde la siguiente información:


	Nombre	Teléfono	Fecha de la última cita
Pediatra/proveedor de atención primaria			
Especialista			
Dentista			
Trabajador social (si corresponde)			

Yo _____ (sí) (no) autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo y al proveedor de atención médica designado en el entorno escolar a discutir las preocupaciones de salud de mi hijo y/o intercambiar información relacionada con este formulario. Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque. Puede revocar su autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con la escuela de su hijo. Cuando se divulga información del expediente de su hijo, se conserva documentación de dicha divulgación en el expediente de salud o académico de su hijo.

Firma de padre, madre o encargado legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del intérprete: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

**FORMULARIO DE SALUD PARA EL
INGRESO A LAS ESCUELAS DE LA
MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA
Parte II - Certificado de vacunación**

Verifique si los registros de vacunación del estudiante están adjuntos mediante un formulario separado firmado por un proveedor de atención médica (HCP). 

Sección I

Consulte la Sección II para inscripción condicional y exenciones.

Se aceptará una copia del registro de vacunación firmada o sellada por un médico o su persona designada, una enfermera registrada o un funcionario del departamento de salud, en el que se indiquen las fechas de administración de las vacunas requeridas, incluyendo mes, día y año, en lugar de registrar dichas fechas en este formulario, siempre y cuando el registro esté adjunto a este formulario. El formulario debe estar firmado y fechado por el proveedor médico o el funcionario del departamento de salud en el recuadro correspondiente. Comuníquese con su departamento de salud local para obtener asistencia con los registros de vacunación del extranjero.

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento: / /			Sexo:
Raza (opcional):	Etnicidad:	Hispano	No hispano		
VACUNACIÓN	REGISTRAR LAS FECHAS COMPLETAS (mes, día, año) DE LAS DOSIS DE LAS VACUNAS ADMINISTRADAS				
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Vacuna contra la difteria Y el tétanos (DT), Tdap o Td (administrada después de los 7 años de edad)	1	2	3	4	5
Refuerzo de la vacuna Tdap	1				
Vacuna contra la poliomielitis (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo B (Hib conjugada) solo para niños menores de 60 meses de edad	1	2	3	4	
Vacuna contra el rotavirus (RV) solo para niños menores de 8 meses de edad	1	2	3		
Vacuna neumocócica (PCV conjugada) solo para niños menores de 60 meses de edad	1	2	3	4	
Vacuna contra la varicela	1	2	Fecha de diagnóstico de varicela O confirmación serológica de inmunidad a la varicela:		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (vacuna MMR)	1	2			
Vacuna contra el sarampión (rubéola)	1	2	Confirmación serológica de inmunidad al sarampión:		
Vacuna contra la rubéola	1	2	Confirmación serológica de inmunidad a la rubéola:		
Vacuna contra las paperas	1	2	Confirmación serológica de inmunidad a las paperas:		
Vacuna contra la hepatitis B (HBV) <input type="checkbox"/> Se utilizó formulación para adultos de Merck	1	2	3	4	
Vacuna contra la hepatitis A	1	2			
Vacuna meningocócica ACWY	1	2			
Vacuna meningocócica B	1	2	3		
Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV)	1	2	3		
Gripe (anual)	1	2	3	4	5
Otra	1	2	3	4	5
Otra	1	2	3	4	5
Certificado de vacunación					
Certifico que este niño está INMUNIZADO DE FORMA ADECUADA O APROPIADA PARA SU EDAD de acuerdo con los requisitos MÍNIMOS para asistir a la escuela, guardería o preescolar prescritos por el <i>Reglamento para la vacunación de los niños en edad escolar</i> de la Junta Estatal de Salud (consulte la Sección III).					
Firma del proveedor médico o funcionario del departamento de salud: _____			Fecha (Mes, Día, Año): ____ / ____ / ____		

Sección II
Inscripción condicional y exenciones

Complete la sección de exención médica o inscripción condicional según corresponda, incluyendo su firma y fecha. Esta sección debe adjuntarse a la Parte I – Información de salud (que debe ser completada y firmada por el padre, madre o encargado legal).

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: |____|____|____|
 Nombre del padre, madre o encargado legal: _____
 Nombre del padre, madre o encargado legal: _____
 Número de teléfono: _____

EXENCIÓN MÉDICA: Tal como se especifica en el *Código de Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), certifico que la administración de la(s) vacuna(s) designada(s) a continuación sería perjudicial para la salud de este estudiante. La(s) vacuna(s) está(n) específicamente contraindicada(s) porque (por favor especifique):

DTP/DTaP/Tdap:[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; Sarampión:[____];

Paperas:[____]; Rubéola:[____]; VAR:[____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]

Esta contraindicación es permanente [] o temporal [], y se espera que impida las vacunaciones hasta: Fecha (Mes, Día, Año):
 |____|____|____|.

Firma del proveedor médico o funcionario del departamento de salud: _____ **Fecha (Mes, Día, Año):** __/__/__

EXENCIÓN RELIGIOSA: El *Código de Virginia* permite que un niño quede exento de recibir las vacunas requeridas para asistir a la escuela si el estudiante o su padre/madre/encargado legal presenta una declaración jurada al funcionario de admisión de la escuela en la que se indique que la administración de agentes inmunizantes entra en conflicto con las creencias o prácticas religiosas del estudiante. Todo estudiante que ingrese a la escuela debe presentar esta declaración jurada en un CERTIFICADO DE EXENCIÓN RELIGIOSA (Formulario CRE-1), que puede obtenerse en cualquier departamento de salud local, oficina del superintendente de la división escolar o departamento local de servicios sociales. Ref. *Código de Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

INSCRIPCIÓN CONDICIONAL: Tal como se especifica en el *Código de Virginia* § 22.1-271.2, B, yo certifico que este niño ha recibido al menos una dosis de cada una de las vacunas requeridas por la Junta Estatal de Salud para asistir a la escuela y que este niño tiene un plan para completar sus requisitos dentro de los próximos 90 días calendario. Próxima vacunación prevista para el _____.

Firma del proveedor médico o funcionario del departamento de salud: _____ **Fecha (Mes, Día, Año):** |____|____|____|

Sección III – Requisitos

Para conocer los requisitos mínimos de inmunización para el ingreso a la escuela y a la guardería, consulte el sitio web de la División de Inmunización en <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Los niños deberán ser inmunizados de acuerdo con el Calendario de Vacunación desarrollado y publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP), también conocido como recomendaciones del ACIP (Ref. *Código de Virginia* § 32.1-46(a)).
 (Los requisitos están sujetos a cambios)

Parte III – INFORME DEL EXAMEN FÍSICO INTEGRAL

Un médico con licencia calificado, enfermero practicante o asistente médico debe completar la Parte III. El examen no debe realizarse antes de un plazo de un año previo a la fecha de ingreso al kindergarten o a la escuela primaria (Ref. Código de Virginia § 22.1-270). Las instrucciones para completar este formulario se pueden encontrar en: www.vahealth.org/schoolhealth.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: / / Sexo: M F

Evaluación de salud	FECHA DE EVALUACIÓN: ____/____/____ Peso: _____ lbs. Altura: _____ ft. _____ in. Índice de Masa Corporal (BMI): _____ BP _____ <input type="checkbox"/> Se completó el historial apropiado para su edad y género <input type="checkbox"/> Se proporcionó orientación anticipada.	Examen físico											
	1 = Dentro de los valores normales 2 = Hallazgo anormal 3 = Derivado para evaluación o tratamiento												
		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
	HEENT				Neurológico				Piel				
	Pulmones				Abdomen				Genital				
Corazón				Extremidades				Urinario					
Detección de tuberculosis													
Marque los casilleros que corresponda: <input type="checkbox"/> No se ha identificado ningún riesgo de infección por tuberculosis <input type="checkbox"/> No presenta síntomas compatibles con una infección <input type="checkbox"/> Se identificó riesgo de infección o síntomas de tuberculosis Prueba para detectar infección por tuberculosis (TB): Fecha ____ Lectura TST ____ mm Resultado TST/IGRA: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo Se requiere radiografía de tórax (CXR) si la prueba de infección por tuberculosis o los síntomas de tuberculosis son positivos. Fecha de CXR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal													
Exámenes EPSDT requeridos para Head Start (incluir resultados específicos y fecha):													
Plomo en sangre: _____ Hct/Hgb _____													

Evaluación del desarrollo	Evaluado para:	Método de evaluación	Dentro de la normal	Se identificó una preocupación	Derivado para evaluación
	Aspectos socioemocionales				
	Resolución de problemas				
	Lenguaje/Comunicación				
	Habilidades de motricidad fina				
Habilidades de motricidad gruesa					
Examen de audición	<input type="checkbox"/> Evaluado a 20 dB: Indicar Aprobado (P) o Derivado (R) en cada casilla. <input type="checkbox"/> Evaluado mediante OAE (emisiones otoacústica): <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Derivado		<input type="checkbox"/> Derivado a audiólogo/ENT <input type="checkbox"/> No se pudo realizar la prueba; se necesita una nueva evaluación. <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva permanente previamente identificada: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Audifono u otro dispositivo de asistencia		
		10000	20000	40000	
	R				
L					

Examen de la vista	<input type="checkbox"/> Con lentes correctivos (marque si corresponde) Estereopsis <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Fallo <input type="checkbox"/> No evaluado	Examen dental	<input type="checkbox"/> Problemas identificados: derivado para tratamiento <input type="checkbox"/> Sin problemas: derivado para prevención <input type="checkbox"/> Sin derivar: ya recibe atención dental <input type="checkbox"/> No se puede realizar							
	Distancia <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ambos</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">R</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> <td style="text-align: center;">20/</td> </tr> </table> Prueba utilizada: _____			Ambos	R	L		20/	20/	20/
			Ambos	R	L					
	20/	20/	20/							
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Derivado al oftalmólogo <input type="checkbox"/> No se pudo realizar la prueba; se necesita una nueva evaluación.										

Recomendaciones para el personal escolar, de guardería, de preescolar o de intervención	Resumen de los resultados (marque uno): <input type="checkbox"/> Niño sano; no se identificaron condiciones que puedan afectar las actividades del programa escolar. <input type="checkbox"/> Se identificaron condiciones importantes que pueden afectar la escolarización o la actividad física (complete las secciones a continuación y/o explique aquí): _____ Alergias: <input type="checkbox"/> alimentos: _____ <input type="checkbox"/> insectos: _____ <input type="checkbox"/> medicamentos: _____ <input type="checkbox"/> otros: _____ Tipo de reacción alérgica: <input type="checkbox"/> anafilaxia <input type="checkbox"/> reacción local Respuesta requerida: <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> autoinyector de epinefrina <input type="checkbox"/> otro: _____ Se necesita un plan de atención médica individualizado (p. ej., asma, diabetes, trastorno convulsivo, alergia grave, etc.) Actividad restringida (especifique): _____ Evaluación del desarrollo <input type="checkbox"/> Tiene IEP <input type="checkbox"/> Se necesita una evaluación adicional para: _____ Medicación: El niño toma medicamentos para una o varias afecciones de salud específicas. <input type="checkbox"/> La medicación debe administrarse y/o estar disponible en la escuela. Dieta especial (especifique): _____ Necesidades especiales (especifique): _____ Otros comentarios: _____
--	--

Certificación del profesional de la salud (escriba legiblemente o selle) <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, certifico con mi firma electrónica que toda la información ingresada anteriormente es precisa (ingresar nombre y fecha en las líneas correspondientes a continuación).		
Nombre: _____	Firma: _____	Fecha: _____
Nombre del consultorio/clínica: _____	Dirección: _____	
Teléfono: _____ - _____ - _____	Fax: _____ - _____ - _____	Correo electrónico: _____

FORMULARIO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA ESTUDIANTIL

El *Código de conducta estudiantil* se pone a disposición de todas las familias en cada año escolar. Al firmar y devolver este formulario, no se considerará que los padres o encargado legales renuncian a sus derechos, sino que reservan expresamente sus derechos para protegerlos conforme a la Constitución o las leyes de los Estados Unidos y/o la Mancomunidad de Virginia, y tendrán el derecho de expresar su desacuerdo con las políticas y/o decisiones de la división escolar.

El Código de conducta estudiantil, exigido por ley, contiene directrices y normas relativas a la Política de uso responsable de los sistemas informáticos por parte de los estudiantes; la Asistencia escolar obligatoria; las Normas de conducta estudiantil; la Política de equidad y excelencia; el Formulario de denuncia de acoso escolar; y el Código de honor. Los padres/encargado legales tienen el deber de ayudar a las escuelas de ACPS en la aplicación de las normas de conducta estudiantil y la asistencia escolar obligatoria.

Los padres o encargado legales tienen la responsabilidad de comprender el Código de conducta, promover la conducta adecuada de los estudiantes, ayudar a la escuela con la disciplina del estudiante y reunirse con los funcionarios escolares si se les solicita para tratar asuntos relacionados con la disciplina y la asistencia escolar. La ley también exige que los padres/encargado legales firmen una declaración en la que conste que conocen sus responsabilidades.

La firma de un padre/encargado legal solo reconoce la recepción y no obliga a las familias a aceptar ninguna de las políticas incluidas en el documento.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____

Firma del estudiante: _____

Uso responsable de la tecnología y las redes sociales

Como estudiante, me comprometo a cumplir con las directrices sobre tecnología e internet establecidas en el Código de conducta estudiantil.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____

Firma del estudiante: _____

Regulaciones de autobuses escolares

Las regulaciones del transporte escolar se proporcionan en el Manual de la familia de ACPS. He leído y entiendo las regulaciones para los estudiantes que viajan en autobús escolar y acepto asumir la plena responsabilidad por la conducta del estudiante en el autobús escolar.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____

He leído y entiendo las regulaciones para los estudiantes que viajan en autobús escolar y, como pasajero, me comprometo a cumplirlas.

Firma del estudiante: _____

Información del directorio del estudiante

(Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar, FERPA)

La información del directorio incluye el nombre, dirección, escuela, fotografía, premios y reconocimientos del estudiante, etc. (No incluye el número de seguro social del estudiante). El uso principal de la información del directorio es publicar información sobre los estudiantes en publicaciones afiliadas a la escuela. En el Manual de la familia de ACPS encontrará disponible una lista completa con la información del directorio. ACPS podrá divulgar información del directorio sin consentimiento por escrito, a menos que el padre/madre/encargado legal indique a continuación que la información del estudiante no puede ser divulgada.

NO divulgar la información del directorio del estudiante, excepto cuando lo exija la ley estatal o federal, desde la fecha en que se firma este formulario hasta el 15 de septiembre de 2026. **Entiendo que esto significa que la información sobre el estudiante y las fotografías en las que aparece serán excluidas de las publicaciones escolares, tales como anuarios, listas de honor y programas impresos de graduación/deportes/teatro.**

Directorios de asociaciones de padres y docentes (PTA) y organizaciones relacionadas con la escuela

Muchas PTA escolares y organizaciones relacionadas con la escuela elaboran un directorio anual para las familias Sin embargo, según la ley de Virginia, ninguna escuela puede divulgar la dirección, el número de teléfono o la dirección de correo electrónico de un estudiante (excepto cuando lo exija la ley u ocurra debido a lo descrito en el Manual de la familia de ACPS), a menos que el padre/madre/encargado legal otorgue su consentimiento afirmativo por escrito.

SÍ, ACPS puede divulgar el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del estudiante/familia a las PTA, organizaciones de apoyo ("booster") y otras organizaciones relacionadas con la escuela desde la fecha en que se firme este formulario hasta el 15 de septiembre de 2026.

Participación de los medios

A lo largo del año escolar, la escuela del estudiante o ACPS puede desear compartir fotografías o videos del estudiante, imágenes de sus obras artísticas o de su trabajo áulico, fragmentos de sus escritos, citas de debates en el aula o presentaciones educativas. Esto incluye imágenes en el sitio web de ACPS, en videos de ACPS, en redes sociales, en publicaciones escolares (incluidos anuarios y programas), o compartidas con terceros, incluidos, entre otros, medios de comunicación locales o nacionales (televisión, publicaciones impresas o en línea).

NO utilizar fotografías, imágenes, voz, escritos, trabajos áulicos u obras artísticas del estudiante de ninguna de las formas descritas arriba desde la fecha en que se firme este formulario hasta el 15 de septiembre de 2026.

Información del expediente del estudiante

(Para padres de estudiantes de escuelas secundarias – estudiantes de 11.º y 12.º grado SOLAMENTE)

La Sección 9528 de la Ley No Child Left Behind de 2001 exige que los sistemas escolares proporcionen a reclutadores militares y a las instituciones de educación superior los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de secundaria que se les soliciten. Sin embargo, los padres/encargados legales (o el estudiante, si tiene 18 años o es un menor legalmente emancipado) pueden solicitar que el nombre, dirección y números de teléfono del estudiante no se divulguen sin consentimiento previo por escrito. Mediante este formulario, ACPS le notifica su derecho a solicitar que no se divulgue la información de su hijo.

Si **NO** marca ninguna de las opciones a continuación, la información del estudiante será divulgada cuando sea solicitada por un reclutador militar, un posible empleador o una institución de educación superior para el año escolar 2025-26.

Marque cualquiera de los siguientes grupos si **NO** desea que reciban la información del estudiante:

NO divulgar la información del estudiante a reclutadores militares.

NO divulgar la información del estudiante a universidades u otras instituciones educativas.

NO divulgar la información del estudiante a posibles empleadores.

Información del expediente del estudiante

(Para padres de estudiantes de escuelas secundarias – estudiantes de 11.º y 12.º grado SOLAMENTE)

Contrato de libros

Por la presente, me comprometo a reemplazar o pagar por cualquier tecnología, libros de texto o libros de biblioteca que se le haya entregado al estudiante y que puedan ser retenidos, destruidos, perdidos o mal utilizados, así como a pagar todos los daños causados por el desgaste o el uso extraordinario de los mismos, según lo determine la escuela.

Firma del padre/madre/encargado legal: _____

Educación para la vida familiar

El plan de estudios de Educación para la Vida Familiar de las Escuelas Públicas de la Ciudad de Alexandria (ACPS) está diseñado para proporcionar un programa integral y secuencial desde el kindergarten hasta el 10.º grado que incluye instrucción apropiada para la edad sobre la vida familiar y las relaciones comunitarias, educación sobre la abstinencia, sexualidad humana y reproducción, y el valor de posponer la actividad sexual y los beneficios de la adopción como una opción positiva en caso de un embarazo no deseado. Para obtener más información sobre el plan de estudios de Educación para la vida familiar, visite el sitio web de Educación para la vida familiar de ACPS:

<https://www.acps.k12.va.us/academics/family-life-education>

Además, la información sobre cómo optar por no participar en el programa de Educación para la vida familiar se puede encontrar en el sitio web de Educación para la vida familiar de ACPS.

Personas alternativas autorizadas para retirar al niño de kindergarten/educación especial

Departamento de Transporte

Fecha: _____

Nombre del estudiante:		N.º de Id. del estudiante:	
Dirección del hogar:		Apto.:	Código Postal:
Nombre del padre/madre/encargado legal:		Idioma hablado por el padre/madre/encargado legal:	
Número(s) de teléfono:	Hogar:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Escuela:			
Personas autorizadas para recoger al estudiante (distintas de los encargados legales). Solo se permiten 3 nombres autorizados.			
Nombre de la persona autorizada		Vínculo	Número(s) de teléfono
Firma del padre/madre/encargado legal:		Fecha:	
Firma del director:			
Solo para uso de la Oficina:			
Recibido por: _____ Fecha: _____ Hora: _____			

Tenga en cuenta lo siguiente: Este formulario debe presentarse antes de las 12:00 p. m. para que sea efectivo de inmediato. Si se presenta después de las 12:00 p. m., el cambio entrará en vigor al siguiente día escolar. Los directores DEBEN aprobarlo para poder ser procesado.