DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
EVALUACIÓN DE SALUD para el año escolar : 2026-2027
También se puede descargar en el sitio web del distrito JCS.

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

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

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

Nombre del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Escuela

Nombre de la calle)

Numero de telefono de casa	Número de teléfono celular	Número de teléfono adicional	Calificación	Maestro/aula principal

Nombre del padre/tutor (apellido, nombre, segundo nombre)	Número de teléfono del trabajo

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

Parte I – Información de salud

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

DIRECCIÓN:
_____
_____

Teléfono: _____
□ Centro de salud comunitario
□ Departamento de Salud
□ Hospital Clínico
□ Sin lugar regular
□ Médico privado/HMO

Información del seguro de su hijo:

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

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

DIRECCIÓN:
_____
_____

Teléfono: _____
□ Centro de salud comunitario
□ Departamento de Salud
□ Hospital Clínico
□ Sin lugar regular
□ Dentista privado/HMO

Hospital preferido: _____

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

□ Catheter □ Gastric Tube □ Nebulizer Treatments □ Oxygen Supplement □ Tracheostomy

□ Vagal Nerve Stimulator (VNS) □ Ventilator □ Wheelchair □ Walker

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

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
EVALUACIÓN DE SALUD para el año escolar: 2026-2027

Nombre del Estudiante: _____Parte III – Historial Médico

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

Firmas requeridas

Firma del padre(s) o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera escolar: _____ Fecha :_____

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

Año escolar _____-_____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: ____Maestro: _____
____ No se conocen alergias a medicamentos ____ Alergias (enumere) _____

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

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____
Frecuencia/hora(s) que se administrarán: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _ _____ Motivo por el que toma la medicación: _____

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: _____
Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿Es el medicamento una sustancia controlada? ☐sí ☐No
¿Está permitida y recomendada la automedicación? ☐sí ☐No

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

¿Recomienda que el estudiante mantenga este medicamento "en persona"? ☐sí ☐No
¿Gel para pasteles SOLO PARA estudiantes diabéticos durante el transporte en autobús? ☐sí ☐No

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

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

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

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

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

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

AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN

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

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

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

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

Año escolar _____-_____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: ____Maestro: _____

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

Autorización de medicamentos de venta libre

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

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

Motivo por el que toma la medicación: _____

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: _____

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

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

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

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

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

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

Servicios de salud mental

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

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

Revisión de materiales

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

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

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

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

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

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

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

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

A la fecha de mi firma abajo, mi hijo, _____ _, es menor de 16 años:

☐ **Sí**

☐ **No**

Si no, deténgase aquí.

Si es así, continúe a continuación.

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

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

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

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

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

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

_____

Nombre del padre/tutor (impreso)

_____

Nombre del padre/tutor (firma) _____Fecha: _____

2026-2027
ACUERDO DE PADRE ESTUDIANTE Y FORMULARIO DE PERMISO

☐ He leído el Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools, y estoy informado de las reglas y procedimientos establecidos por la Junta de Educación de Jasper City.

☐ Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas en el Manual para padres y estudiantes de Jasper City Schools.

☐ He leído y aceptado la Política de uso aceptable (PUA) en las páginas 57-58.

☐ Estoy informado de las reglas para tomar fotos y videos que se encuentran en la página 38. Entiendo que Jasper City Schools no aprueba a cualquier persona que no sea un padre o tutor para tomar fotos y/o videos de cualquier persona que no sea su hijo.

Por favor complete lo siguiente:

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

Si no autoriza al sistema escolar de Jasper City a publicar fotografías de su hijo o hija y/o su trabajo, debe notificar al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

....

☐ Por la presente doy mi permiso para que mi hijo tenga acceso a Internet con la supervisión de su maestro, según Sea necesario.

Si no autoriza a su hijo a acceder a Internet con la supervisión de su maestro, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

....

☐ Yo doy mi permiso para que mi hijo viaje en el autobús para la escuela o para actividades extracurriculares.

Si no autoriza a su hijo a viajar en el autobús para actividades escolares o extracurriculares, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno cada año escolar.

....

☐ Yo doy mi permiso para que mi hijo participe en el examen de la vista / audición.

Si no autoriza a su hijo a participar en el examen de la vista / audición, debe notificarlo al director de la escuela por escrito dentro de los quince días después del primer día de asistencia del alumno en cada año escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (por favor imprima)_____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FIRMA DEL PADRE: _____

FECHA: _____

ESCUELA: _____

Complete este formulario, sáquelo del manual y regréselo a la oficina de la escuela. Guarde el manual para en el futuro referencia.

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER
ESTUDIANTE/PADRE 2026-2027
ACUERDO DE USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

Nombre del estudiante:_____
Apellido Nombre Grado/Escuela
Nombre del padre: _____
Apellido Nombre
DIRECCIÓN: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular_____

TÉRMINOS:

1. Acepto practicar la ciudadanía digital y las redes sociales responsables.
2. Acepto cumplir en todo momento con la Política de Uso Aceptable de las Escuelas de la Ciudad de Jasper y el Acuerdo de Uso de Equipo incorporados aquí como referencia y que forman parte del mismo para todos los propósitos. Cualquier incumplimiento puede rescindir mis derechos de posesión con efecto inmediato y el sistema escolar puede recuperar el dispositivo electrónico y sus accesorios.
3. Acepto no desfigurar el dispositivo ni sus accesorios de ninguna manera, incluida la adición de calcomanías, marcas, etc.
4. Acepto que no alteraré (es decir, "haré jailbreak") el dispositivo electrónico, la configuración del software o la funcionalidad instalada por Jasper City Schools.
5. Cuidaré bien mi dispositivo electrónico.
6. Nunca dejaré el dispositivo electrónico desatendido.
7. Nunca prestaré mi dispositivo electrónico a otras personas.
8. Sabré dónde está mi dispositivo electrónico en todo momento.
9. Cargaré la batería de mi dispositivo electrónico en casa antes de cada día escolar.
10. Mantendré alimentos y bebidas alejados de mi dispositivo electrónico ya que pueden dañarlo.
11. No desmontaré ninguna pieza de mi dispositivo electrónico ni intentaré repararlo.
12. Protegeré mi dispositivo electrónico llevándolo únicamente en el estuche provisto.
13. Usaré mi dispositivo electrónico de manera apropiada, educativa y que cumpla con las expectativas de las Escuelas de la Ciudad de Jasper.
14. No desfiguraré el número de serie en la parte posterior de mi dispositivo electrónico.
15. Entiendo que mi dispositivo electrónico está sujeto a inspección en cualquier momento sin previo aviso y sigue siendo propiedad de Jasper. Escuelas de la ciudad.
16. Seguiré las políticas descritas en el Manual para padres y estudiantes y la Política de uso aceptable mientras esté en la escuela, así como fuera de la jornada escolar.
17. Presentaré una denuncia policial en caso de robo, vandalismo o incendio.
18. Seré responsable de todo daño o pérdida causada por negligencia o abuso.
19. Me honraré a mí mismo y a los demás comunicándome de manera respetuosa en todas las comunicaciones electrónicas.
1. Acepto devolver el dispositivo electrónico, el estuche y los cables de alimentación a las Escuelas de la Ciudad de Jasper en buenas condiciones de funcionamiento.
2. **Es posible que los estudiantes deseen llevar su propio dispositivo electrónico personal. Si este es el caso, los estudiantes deben estar conectados a la red de la escuela y utilizar el filtro de contenido de la escuela.**

FIRMAS:

_____ _____ _____
Estudiante Padre/Tutor Fecha

TÍTULO:

El título legal del dispositivo electrónico y todos los accesorios está a nombre de las Escuelas de la Ciudad de Jasper y permanecerá así en todo momento. Mi derecho de posesión y uso está limitado y condicionado a mi cumplimiento total y completo de este Acuerdo y la Política de uso aceptable.

COSTO DE PÉRDIDA/REPARACIONES DE DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS ELECTRÓNICOS

Además, el estudiante será responsable de cualquier daño al dispositivo electrónico y deberá devolver el dispositivo electrónico y sus accesorios a la escuela en condiciones satisfactorias. Se le cobrará al estudiante por cualquier reparación necesaria, sin exceder el costo de reemplazo del dispositivo electrónico.

CARGOS POR REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- Dispositivo perdido o *robado: Reemplazo del dispositivo $200.00
- Reemplazos de accesorios perdidos:
    - Cable, cargador o estuche para iPad $20. 00 o Chromebook cable o estuche $30.00 Entrada de audífonos rota/pantalla rota $40.00

*Un dispositivo electrónico que se considere robado deberá contar con denuncia policial.

Escuelas de la Ciudad de Jasper

Formulario de Permiso para la Aceptación de Responsabilidad y Acuerdo de Uso de Dispositivos Informáticos/Dispositivos de Red de Propiedad Personal

Yo, _____ (Nombre del padre, madre o tutor legal), autorizo que _____ (Nombre del estudiante) traiga su dispositivo informático de propiedad personal para uso educativo en _____ (Nombre de la escuela).

Entiendo que al estudiante mencionado anteriormente se le permitirá utilizar su dispositivo de propiedad personal, sujeto a las condiciones establecidas en este documento.

Entiendo que, si autorizo a mi estudiante a utilizar su propio dispositivo, las Escuelas de la Ciudad de Jasper (JCS) no serán responsables por la pérdida del dispositivo o de los datos, robo, infección por virus o software malicioso, daños, ni por cualquier otro costo asociado con el reemplazo o la reparación que ocurra durante la jornada escolar o en el hogar como resultado de la participación en este programa. Entiendo que el personal de JCS no podrá almacenar, brindar soporte técnico ni solucionar problemas relacionados con los dispositivos de propiedad del estudiante. El estudiante mencionado anteriormente asumirá toda la responsabilidad por su dispositivo y lo mantendrá debidamente asegurado cuando no esté en uso.

JCS utiliza medidas tecnológicas, como filtros de contenido, para promover la seguridad en Internet. Estos filtros limitan la capacidad de los estudiantes para acceder a sitios de Internet perjudiciales desde cualquier dispositivo conectado a la red de JCS, pero únicamente cuando dicho equipo se utiliza en la escuela y conectado a la red de JCS. El acceso mediante redes celulares no ofrece las mismas medidas de filtrado. Los estudiantes deberán utilizar únicamente la red de JCS (y no un servicio celular privado) para acceder a Internet mientras se encuentren en las instalaciones de JCS.

He verificado que mi estudiante entiende que todas las disposiciones del **Manual para Padres y Estudiantes**, incluyendo el **Código de Conducta y Disciplina del Estudiante**, las **Normas para el Uso Aceptable de la Tecnología (AUP)**, las **Normas para el Uso de Internet**, la **Propiedad de los Recursos** y las **Expectativas de Privacidad** (páginas 56–57), así como la política de la Junta de Educación para prevenir el ciberacoso, se aplican al uso y cuidado de su dispositivo personal mientras se encuentre en las instalaciones de JCS o participe en cualquier evento o actividad patrocinada por JCS.

Soy responsable de asegurarme de que el dispositivo cuente con aplicaciones de seguridad para protegerlo contra infecciones y evitar la propagación de virus o software malicioso.

Entiendo que el propósito de permitir que mi estudiante utilice su propio dispositivo es participar en actividades aprobadas por el maestro en apoyo del currículo de JCS. Se prohíbe el uso de estos dispositivos para actividades no relacionadas con el programa educativo de JCS.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal _____Fecha _____ / _____ / _____

Aceptación del Estudiante

Acepto cumplir con las normas de la **Política de Uso Aceptable (AUP)** establecidas en el **Manual para Padres y Estudiantes** de las Escuelas de la Ciudad de Jasper. Utilizaré el(los) dispositivo(s) únicamente con fines educativos mientras me encuentre en cualquier escuela de JCS o conectado a la red de JCS.

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE JASPER PADRE/ESTUDIANTE

MANUAL RECONOCIMIENTO

2026-2027

Alumno:_____

Escuela: _____Grado:_____

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

● Están de acuerdo con lo que dice el Manual para Padres y Estudiantes del Distrito Escolar de la Ciudad de Jasper, que se puede ver en línea en https://www.jasper.k12.al.us/quick-links/registration-forms.
● Conocen y entienden las reglas de la escuela.
● Saben que los padres o tutores pueden ver la información escolar de su hijo en línea, como calificaciones, horario y asistencia, pidiendo una contraseña en la escuela.
● Los padres o tutores tienen que pagar si se pierden o se dañan libros de texto, libros de la biblioteca, materiales escolares o dispositivos electrónicos.
● Se permite usar la foto o video del estudiante para cosas de la escuela, como videos, el anuario, redes sociales o anuncios. (Si no quieres que tomen fotos de tu hijo, puedes mandar una carta al director).
● Deben llenar, firmar y regresar el paquete de formularios del manual, que incluye: Evaluación de salud, Autorización de medicamentos, Acuerdo entre padres y estudiantes, y Acuerdo para el uso de dispositivos electrónicos.

Firma del estudiante: _____

Firma del padre/tutor:_____Fecha: _____