Charlotte-Mecklenburg Schools

2026 - 2027

Formularios del Estudiante

SE INCLUYEN FORMULARIOS
IMPORTANTES QUE REQUIEREN SU FIRMA

Formularios del Estudiantes 2026-2027

Por favor, lea este cuadernillo completo, y complete los formularios que correspondan en su cuenta de Infinite Campus. Todos los formularios para estudiantes 2026-2027 se puede encontrar en **www.cmsk12.org**.

ÍNDICE

Formulario de acuerdo de tecnología para el estudiante 1-3

Asignación de casillero para estudiante (grados 6-12) 4

Participación en clase de Educación Física (grados K-12) 4

Formulario de publicación autorizada de fotografías y vídeos 5

Formulario de exención de responsabilidad por instrumentos musicales 6

Autorización de medicación de estudiante de CMS 7-9

Formulario para Autorización de Dieta Especial 10

Formulario de Exclusión voluntaria de One Access 11

Certificación de Elegibilidad para Estudiante del Título VI 12

Misión y visión

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

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

En cumplimiento de la Ley Federal, las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminar a ninguna persona por motivos de género, raza, color, religión, nacionalidad, edad o discapacidad. Las consultas relativas al cumplimiento del Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, que prohíben la discriminación por razón de sexo en los programas o actividades educativas pueden remitirse al Coordinador de Titulo IX del Distrito a titleixcoordinator@cms.k12.nc.us o a la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de EE.UU.
Las escuelas de Charlotte- Mecklenburg también proporcionan accesibilidad según lo exigido por la Ley Estadounidense Con Discapacidad (ADA, por sus siglas en Ingles). Si necesita ayudas auxiliares para la comunicación a fin de participar en un programa o servicio de CMS, notifíquelo al coordinador de ADA del distrito al menos una semana antes de que comience el programa o servicio. Llame al 980-343-6661 o envié un correo electrónico: accessibility@cms.k12.nc.us

Charlotte-Mecklenburg Schools

ACUERDO DEL USO DE TECNOLOGÍA-ESTUDIANTES

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE POR PARTE DEL ESTUDIANTE (AUP)

Antes de que los estudiantes tengan acceso a Internet desde una computadora de CMS o que se les permita usar la red CMS, deben aceptar los términos del "Acuerdo de Uso de Internet para Estudiantes". Este acuerdo define los objetivos educativos y las pautas de uso, informa a los estudiantes usuarios que sus actividades en línea están sujetas a monitoreo y establece cuales usos inaceptables pueden llevar a la revocación del acceso y posibles acciones legales. Los padres de estudiantes menores de 18 años que no deseen que sus hijos usen la red CMS y/o accedan a Internet en las escuelas deben notificarlo por escrito al centro escolar. (S-TECH)

De acuerdo con la Política de la Junta Escolar (O-AIU), CMS notifica anualmente que los sistemas de inteligencia artificial (IA) pueden utilizarse en la educación de su hijo(a) para apoyar el aprendizaje personalizado, la eficiencia administrativa y la innovación educativa. Al firmar este acuerdo, los padres o tutores reconocen la recepción de este aviso relativo a la integración de herramientas de IA en el plan de estudios y el entorno educativo del distrito.

REGLAS PARA ESTUDIANTES PARA EL USO DE LA RED CMS O INTERNET

Violar las reglas para el uso Internet o la Red CMS es un asunto serio. Los estudiantes que no siguen las "Normas y Reglamentos" o realizan actividades que sean "Usos Inaceptables" están infringiendo el Código de Conducta del Estudiante de CMS y también pueden estar infringiendo las leyes de Estados Unidos o Carolina del Norte.

La siguiente lista se resume de la Regulación S-TECH/R "Uso de Internet y Acceso a la Red por parte de Estudiantes" y la política S-TECH, "Uso de Internet por parte de Estudiantes", que contienen una declaración más detallada de estas normas. El reglamento está reimpreso en el Manual de Padres/Estudiantes y está disponible en línea en www.cmsk12.org

Usos inaceptables

- Interrumpir la red CMS.
- Introducir (o intentar introducir) virus en la red.
- Hackear.
- Pedir a otras personas que hagan cosas ilegales.
- Ver material que es amenazante o pornográfico.
- Usar lenguaje soez, palabras que hieran o amenacen a otras personas.
- Enviar mensajes o imágenes de carácter sexual.
- Copiar el trabajo de otras personas/plagio.
- Uso de la Inteligencia Artificial (IA) para usos poco éticos según lo establecido en el Código de Conducta del Estudiante, S-TECH y S-TECH/R.
- Vender cosas.
- Trabajar para un candidato político.
- Enviar mensajes en cadena o pedir dinero (phishing).
- Publicar fotos de algún alumno o de trabajos escolares sin permiso.
- Divulgar información personal sobre otros estudiantes o miembros del personal sin su permiso.
- Reenviar correos electrónicos sin el permiso del autor.
- Divulgar información que pertenece a una empresa sin su permiso.

CONSECUENCIAS POR USOS INACEPTABLES

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Conferencia	Intervención	Suspensión de 1 a 5 días	Suspensión de 6 a 10 días

ACUERDO DE USO DE INTERNET PARA ESTUDIANTES DE CMS

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

ACUERDO DEL USO DE TECNOLOGÍA-ESTUDIANTES
(CONTINUACIÓN)

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

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

NOTIFICACIÓN A PADRES O TUTOR Y ESTUDIANTE

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

TARIFAS DE DISPOSITIVOS

Los estudiantes y los padres/tutores son responsables del costo de reparación de los dispositivos que han sido dañados, perdidos o robados mientras estén en su poder.

TABLA DE TARIFAS	ESTOS EJEMPLOS INCLUYEN
$10 por cargadores	**Perdidos o dañados:** Cargadores de Chromebook, cargadores de iPad
$15 por dispositivo dañado	Daños en el teclado, daños en la pantalla, daños en la salida de auriculares/puerto de carga, carcasa agrietada, daños por agua
$50 por dispositivo perdido, robado o con daño total	**Perdidos, robados o dañados irreparablemente:** Chromebooks, iPads, puntos de acceso (hotspots)
$5 por artículos diversos	Funda para iPad rota o perdida, teclas del teclado faltantes, etiquetas de identificación faltantes, calcomanías/pegatinas o marcas escritas

NORMAS Y REGULACIONES

SEGURIDAD

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

CUIDADO

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

USO

- Seguiré la Política de Uso Aceptable (AUP) de CMS para el uso de los dispositivos y sistemas de red de CMS. (S-TECH).
- No voy a formatear el dispositivo, ni alterar la configuración de seguridad ni cambiar su sistema operativo.
- Cumpliré con todos los acuerdos de derechos de autor y licencias de software aplicables que prohíban la descarga de medios y software que no hayan sido adquiridos legalmente.
- No participaré en ningún tipo de acoso ni actos de intimidación (ciberacoso) para dañar a otras personas utilizando mi dispositivo asignado o cualquier otro dispositivo electrónico.

ACUERDO DEL USO DE TECNOLOGÍA-ESTUDIANTES

CONTINUACIÓN

RESPONSABILIDAD

- Entiendo que mi dispositivo asignado está sujeto a inspección por parte de cualquier miembro del personal, maestros o administradores de la escuela, en cualquier momento y sin previo aviso. Además, entiendo que el dispositivo sigue siendo propiedad del CMS.
- Acepto devolver el dispositivo y el cargador en buen estado de funcionamiento inmediatamente, cuando CMS lo solicite.
- Devolveré el dispositivo asignado a mi centro escolar cuando se me solicite, o si me doy de baja, si me expulsan o termino mi inscripción en mi escuela por cualquier motivo.
- Soy responsable de transferir los datos de Google Workspace y OneDrive a una cuenta que no sea CMS antes de darme de baja o graduarme de CMS.[LR1] [ML2]
- Completaré las lecciones de Ciudadanía Digital y de Cuidado de Dispositivos.

Responsabilidad por los dispositivos asignados a cada estudiante

Este aviso detalla sus responsabilidades legales con respecto al dispositivo y al cargador que Charlotte-Mecklenburg Schools (CMS) le presta a su hijo(a).

Los estudiantes y los padres/tutores son responsables del costo de reparación de los dispositivos que hayan sido dañados, perdidos o robados mientras estén en su posesión. (S-DISC/R).

- Acepto las condiciones de Seguridad, Cuidado, Uso y Responsabilidad que se enumeran en las Normas y Regulaciones de la página anterior. Entiendo que si mi hijo(a) no cumple con estas Normas y Reglamentos, lo que resulta en daños o pérdida del dispositivo asignado, soy responsable de pagar las tarifas asociadas con el daño o la pérdida.

- El dispositivo asignado a cada estudiante es propiedad de las Escuelas Charlotte-Mecklenburg, con el uso exclusivo previsto para el estudiante al que se le ha asignado.

- Además, acepto cumplir con la Política de Uso Aceptable de las Escuelas Charlotte-Mecklenburg para el uso de equipos informáticos y el Acuerdo de Uso de Internet para estudiantes de las Escuelas Charlotte-Mecklenburg.

- Tengo entendido que mi hijo(a) utilizará *Google Workspace for Education* como parte de su experiencia de aprendizaje en las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg. Esto incluye herramientas como Gmail, Docs, Classroom y Drive, que se utilizarán para completar tareas asignadas, colaborar con compañeros y comunicarse con los profesores.

- Entiendo que usar *Google Workspace* significa que la información personal de mi hijo(a), incluyendo su nombre, dirección de correo electrónico escolar y actividad en el salón de clases, puede ser compartida con Google. Estos datos se gestionarán conforme a la política de privacidad de Google, que puede consultarse aquí: https://support.google.com/a/ answer/7391849?hl=en-GB

- Doy mi consentimiento para la creación y el uso de una cuenta de *Google Workspace for Education* para mi hijo(a) y para que se compartan sus datos educativos con Google únicamente con fines educativos, tal y como se ha indicado anteriormente.

- Doy mi consentimiento para el uso de sistemas de IA (Inteligencia Artificial) en la educación de mi hijo(a) según lo establecido en el aviso anual.

Nombre del estudiante en letra de molde (Apellido, nombre propio): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

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

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

ASIGNACIÓN DE CASILLERO PARA ESTUDIANTE (GRADOS 6-12)

Los casilleros son propiedad del distrito escolar. Éstos solo deben contener los suministros necesarios para la escuela y están sujetos a registros autorizados en cualquier momento, incluyendo inspecciones olfativas realizadas por perros especialmente entrenados, según lo permitido por la Política O-DOG de la Junta de Educación de CMS.

Firma del estudiante: _____

Firma del padre/madre o tutor: _____

Escuela: _____ No. de casillero asignado: _____

Fecha de Asignación: _____ Fecha: _____

Asignado por: _____ Combinación del casillero: _____

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

Todos los estudiantes participarán en clase de Educación Física. A ningún estudiante se le podrá eximir o sustituir otras clases por el requisito de educación física, con las siguientes excepciones: La educación física adecuadamente adaptada se incluirá como parte del Programa de Educación Individualizada (IEP) para estudiantes con un problema crónico de salud, otras condiciones discapacitantes u otras necesidades especiales que impidan seguir con la sección de los Estándares Esenciales de Educación Física: IDEA: https://www.ed.gov/laws-and-policy/individuals-disabilities/idea.

Nombre del estudiante: _____

Maestro(a): _____ Grado: _____

Escuela: _____

Por favor, marque el que corresponda:

- ❏ Mi hijo(a) puede participar plenamente en clase de Educación Física.
- ❏ Me gustaría que el profesor de Educación Física esté al tanto de las siguientes preocupaciones de salud (por ejemplo: diabetes, reacciones alérgicas, asma, problemas cardíacos) que pueden requerir modificaciones o un programa de educación física especialmente diseñado: (Comente cuáles)

_____

_____

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

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN AUTORIZADA DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Otorgo a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg el derecho ilimitado de usar y/o reproducir fotografías*, imágenes o la voz de mi hijo(a) de cualquier manera legal y para las actividades promocionales e informativas internas o externas de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También acepto permitir que mi hijo(a) sea entrevistado y/o fotografiado* por representantes de los medios de comunicación externos, el personal escolar y los Servicios de Comunicación de CMS en relación con cualquier cobertura de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg en las que participe. También acepto que se publique el trabajo y/o la fotografía de mi hijo(a) en cualquier comunicación de CMS, incluidos sitios web e intranet, canales de medios sociales y de difusión, así como publicaciones impresas y electrónicas. Además, entiendo que al firmar esta autorización, renuncio a todos y cada uno de los derecho de compensación presentes o futuros por el uso del(los) material(es) mencionado(s), incluyendo medios impresos, electrónicos y en línea.

❑ También doy permiso para usar el nombre y apellido de mi hijo(a). (En caso de estar de acuerdo escriba sus iniciales aquí: _____)

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Maestro(a): _____

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

Nombre del padre/madre o tutor (Letra de molde): _____

Dirección del padre/madre o tutor: _____

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

This information to be completed by school officials only.

Esta información debe ser completada únicamente por los responsables escolares.

Your Name: _____ Date: _____

Type of Material

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

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

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

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE REPONSABILIDAD SOBRE INSTRUMENTOS MUSICALES

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

Áreas de almacenamiento de instrumentos

Si fuese necesario, cada escuela puede habilitar áreas de almacenamiento donde los instrumentos puedan guardarse durante toda la noche. Estas áreas de almacenamiento no son los casilleros individuales, sino estanterías abiertas. Dado que los estudiantes tienen acceso a estas zonas, así como a otras áreas del campus, la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg no asume responsabilidad alguna por ningún daño o pérdida de cualquier instrumento almacenado en estos lugares, así como tampoco en los autobuses o paradas de la ruta de autobús.

Instrumentos propiedad de la Escuela

Antes de que un instrumento propiedad de la escuela pueda ser asignado al estudiante, los padres o tutores deben completar un **Formulario de Préstamo de Instrumentos Musicales**, indicando que los estudiantes son *responsables económicamente del instrumento más allá del desgaste normal*. Este formulario puede obtenerse directamente con el profesor de música instrumental a cargo. Los instrumentos propiedad del centro escolar se prestan a discreción del director musical.

Cambios de instrumento

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

Reparación de instrumentos

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

Nombre de la Escuela: _____
(Por favor, letra de molde)

Nombre del Estudiante: _____
(Por favor, letra de molde)

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

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS CMS

Nombre de la Escuela:	No. de teléfono de la escuela:	Fax:
Nombre del estudiante (escriba en letra de molde):		Fecha de nacimiento del estudiante:

Padre/Madre o Tutor: Por favor, lea ambas páginas de la orden de medicación. Firme y feche la parte inferior de ambas páginas para mostrar que se encuentra de acuerdo.

- Siempre que sea posible, los medicamentos se deben tomar antes o después del horario de clases. No se aconseja la administración de medicamentos que no requieren receta en la escuela.
- Se requiere el consentimiento por escrito de los padres/tutores y una orden de un proveedor de atención médica autorizado en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y/o de venta libre en la escuela (Política P-AMS y Reglamento P-AMS/R). Contacte con la enfermera escolar para pedir ayuda si se traslada desde otro estado con órdenes de un proveedor de otro estado. Algunos medicamentos pueden no ser adecuados para un entorno escolar. Puede ser necesaria documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: uso no etiquetado, medicamentos en investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). Contacte con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.
- A menos que se cambie por escrito, este plan se utilizará durante todo el curso escolar en el que fue redactado.
- La medicación la administra una enfermera o personal de CMS capacitado.
- No se administrará medicación en la escuela hasta que esta autorización sea aprobada por una enfermera escolar.
- Se requieren nuevos formularios de autorización al comienzo de cada ciclo escolar, cuando se cambia la dosis o las indicaciones, y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Los padres o tutores deben suministrar los medicamentos.
- Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o de la consulta del proveedor sanitario. Algunas farmacias proporcionan un recipiente extra para uso escolar.
- La información sobre este medicamento y la salud del estudiante puede compartirse con otros miembros del personal o agentes del centro para ayudar a garantizar su seguridad y éxito en la escuela.
- La enfermera escolar puede contactar con el profesional sanitario que recetó el medicamento y con la farmacia donde se dispensó la receta para hablar sobre este medicamento y la salud del estudiante.

Nombre / Dirección / Teléfono / Fax del proveedor de salud **Healthcare Provider's Name / Address / Phone / Fax**	**Fax Información de contacto de los padres/tutores** **(por favor use letra de molde)**	
(por favor, letra de molde o use sello) (please print or use stamp)	Padre/Madre o tutor:	
	Teléfono:	Teléfono:
	Padre/Madre o tutor:	
	Teléfono:	Teléfono:

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

Nombre del padre/madre o tutor (letra de molde) _____ Firma: _____ Fecha _____

SOLO PARA USO ESCOLAR (for School use only)				
Date received: Receiver's signature:	¿Medication received? ☐ Yes ☐ No	Date approved: Nurse's signature:	¿Entered in EHR? ☐ Yes ☐ No	☐ Student self carries ☐ Medication in Health Room ☐ Medication in Classroom

Charlotte-Mecklenburg Schools

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES DE CMS (CONTINUACIÓN)

Nombre de la Escuela:	**Teléfono de la Escuela:**	**For School use only** (Uso Exclusivo de la Escuela)
Fax		**Date Received/Receiver's Signature:** **Medication Received?** ☐ yes ☐ no
Nombre del estudiante (Letra de molde)	**Fecha de nacimiento del estudiante (mes/día/año)**	**Date Approved Nurse's Signature** **Entered in EHR?** ☐ yes ☐ no

Se requiere el consentimiento por escrito de padres/tutor y una orden de un proveedor de atención médica autorizado en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y/o de venta libre en la escuela (Póliza de CMS JLCD/Reglamento JLCD-R). Algunos medicamentos pueden no ser adecuados para un entorno escolar. Es posible que se requiera documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: uso no etiquetado, medicamentos de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). Contacte con la enfermera escolar si tienes preguntas.

SECCIÓN 1: AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO (llenado por la oficina médica)

- Cuando sea posible, se deben tomar medicamentos antes o después del horario escolar. No se aconseja la administración de medicamentos sin receta en la escuela.
- En lugar de este formulario pueden utilizarse planes de acción CMS para asma, diabetes, trastornos convulsivos y alergias graves. Consulte la página web de CMS Coordinated School Health.
- Complete un formulario separado para cada medicamento; escriba con letra de molde legiblemente; use lenguaje sencillo.
- Completar la Sección 3 para los estudiantes que porten su propio medicamento y/o se autoadministren el mismo.

Medicación: (Genérico/Marca)	¿Sustancia controlada? ☐ sí ☐ no
Dosis/Instrucciones de dosificación:	**Vía:**
Tiempo de administración: _____ Relación con las comidas: ☐No aplicable ☐Con comidas ☐Con aperitivos ☐Otros:	☐ PRN (**especificar intervalo de tiempo):**
Propósito:	
Efectos secundarios/reacciones adversas:	
Duración prevista del tratamiento: ☐ Año escolar ☐ ___ Meses ☐ ____ Semanas ☐___Días	Otras instrucciones (incluyendo situaciones de emergencia):

En mi opinión profesional, es médicamente necesario que este estudiante reciba esta medicación durante el horario escolar.

Nombre/credenciales del proveedor de atención médica: _____

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

Sello, o nombre escrito y dirección del proveedor de atención médica	**Teléfono de oficina**
	Fax de oficina

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL

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

Nombre del padre/tutor legal: _____ **Firma del padre/tutor legal:** _____ **Fecha:** _____	**Números de teléfono (móvil, trabajo, casa):**

Charlotte-Mecklenburg Schools

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES DE CMS (CONTINUACIÓN)

SECCIÓN 3: Autorización para la Automedicación por parte de los estudiantes de CMS

Nombre del Estudiante	Fecha de nacimiento del estudiante (Mes, Día, Año)	Nombre del medicamento

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD CMS PARA LA AUTOMEDICACIÓN

Los estudiantes con enfermedades crónicas como asma, diabetes, alergias graves y aquellos que requieren dosis frecuentes de productos sin receta pueden ser elegibles para automedicarse. El auto-manejo de una sustancia controlada, como un medicamento para convulsiones, se considerará en casos raros en los que puedan ocurrir episodios médicos potencialmente dañinos. Para la automedicación, los estudiantes: 1) deben ser mental, emocional y físicamente capaces de autoadministrarse la medicación, 2) deben haber recibido instrucción en el uso adecuado y la custodia de sus medicamentos, 3) deben demostrar un comportamiento maduro y responsable al usar su medicación 4) deben mantener su medicación segura en su propia persona o de alguna otra manera acordada con la enfermera escolar y la administración escolar, y 5) no deben compartir ni mostrar medicación a otros estudiantes. El privilegio de poder automedicarse puede ser retirado si existe alguna causa justificada. El incumplimiento de las políticas y regulaciones de CMS puede conllevar acciones disciplinarias según lo establecido en el Código de Conducta del estudiante. La Junta de Educación de CMS, sus representantes y agentes no asumen la responsabilidad de la automedicación de los estudiantes. Se indican detalles adicionales en la Política de CMS P-AMS y en el Reglamento P-AMS/R.

HEALTHCARE PROVIDER (PROVEEDOR MÉDICO)

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

Check applicable items below:

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

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

PADRE/MADRE O TUTOR

Mi hijo es capaz de automedicarse y cumple con los requisitos de elegibilidad del CMS. Doy mi consentimiento a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg para que permitan a mi hijo(a) autoadministrarse este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad del uso y custodia adecuados de este medicamento. Me aseguraré de que mi hijo(a) lleve el medicamento correcto y no caducado a la escuela. Si este medicamento es para una emergencia potencialmente mortal como anafilaxia o asma, acepto proporcionar un suministro de reserva del medicamento para que se mantenga en la escuela en un lugar al que mi hijo(a) tenga acceso inmediato y así asegurar que esté disponible si es necesario. Exonero a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda derivar de que mi hijo(a) lleve o tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a) puede compartirse con otros miembros del personal y agentes escolares para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito de mi hijo(a) en la escuela. La enfermera escolar puede contactar con el profesional médico que recetó el medicamento y con la farmacia donde se preparó la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a).

Firma del padre/madre o tutor legal:	Fecha:
Padre/Madre o Tutor Legal (Nombre en letra de molde):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar este medicamento por mi cuenta. Acepto tomarla según lo ordenado. Lo mantendré seguro y fuera de la vista de otros cuando no la esté usando. No permitiré que otros tengan o usen mi medicación o suministros médicos. Entiendo que seré sancionada bajo el Código de Conducta del estudiante de CMS si abuso del privilegio de poder automedicarme mientras estoy en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que podría perder el privilegio de autoadministrar mi medicación si no sigo estas normas. Entiendo que si autoadministro mi medicación y mis síntomas no mejoran, notificaré a la enfermera escolar u otro miembro del personal de CMS.

Firma del Estudiante:	Fecha:
Estudiante (Nombre impreso):	

SCHOOL NURSE (ENFERMERA DE LA ESCUELA)

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

Nurse Signature:	Date:
Nurse (Print Name):	

PRINCIPAL/ DESIGNEE (DIRECTOR / DESIGNADO)

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

Principal/Designee Signature and Print Name:	Date:

Charlotte-Mecklenburg Schools

Medical Statement for Students with Unique Mealtime Needs for School Meals

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

DO NOT WRITE IN THIS AREA

9154476286

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

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

* Monthly menus with carbohydrate content in grams and major food allergens are posted at http://cms.nutrislice.com. A completed Diet Order Form is not required if nutrislice information is sufficient for parent/guardian to manage a student's diet at school.
(El menú mensual, con la información sobre los gramos de carbohidratos y los principales alérgenos de los alimentos se encuentra en http://cms.nutrislice.com. No es necesario completar esta planilla si la información mencionada en nutrislice es suficiente para que los padres/tutores supervisen la dieta del estudiante en la escuela)

1) Student's Infinite Campus # *(N° de estudiante)* **2) Student's Last Name** *(Apellido del estudiante)* **3) Student's First Name** *(Nombre del estudiante)* **4) Date of Birth** *(Fecha de nacimiento)*

5) Request Type *(Solicitud)*
☐ **Initial Diet Order** *(nueva)*
☐ **Revision to Diet Order** *(revisión)*

6) School *(Escuela)* **7) Grade** *(Grado)*

8) Meals Eaten at School *(Los alimentos que su niño(a) consumirá en la escuela)*
☐ **Breakfast** *(Desayuno)*
☐ **Lunch** *(Almuerzo)* ☐ **Snack** *(Merienda)* ☐ **None** *(Nada)*

Parent/Guardian Contact Information ***(Información del padre/madre/tutor)***

9) Name *(Nombre)* **10)** Phone Number *(Teléfono)* **11)** Mailing Address, City, State, Zip *(Dirección:#, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)*

12) E-mail Address (We will use this to send acknowledgement and details of your child´s menu plan. PRINT NEATLY)
Dirección electrónica (será usada para mandarle la confirmación de recibo y los detalles sobre el menú de su niño(a). letra de molde, una en cada casilla)

13) Does the student have an identified IEP or 504 Plan? *¿Ha sido el estudiante identificado con una IEP o Plan 504?* ☐ IEP ☐ 504 ☐ No
Describe concerns you have about your student's nutritional needs and ability to safely participate in meal time at school

14) Request for fluid milk substitution and cultural/personal preferences do not require medical approval. If you request a substitute for fluid milk, state the medical or dietary need that restricts the student's diet. School Nutrition Services reserves the right to modify the menu based on product availability.
(La solicitud de sustitución de la leche fluida y las preferencias culturales/personales no requieren aprobación médica. Si solicita un sustituto de la leche fluida, indique la condición médica o dietética que restringe la dieta del estudiante. School Nutrition Services se reserva el derecho de modificar el menu basado en la disponibilidad de los productos.)
☐ **Fluid Milk Substitution:** *(Sustitución de leche:)* ☐ Lactaid Milk *(leche sin lactosa)*
Medical or dietary need for this request *(condición médica o dietética para esta solicitud)* _____
☐ **Cultural/Personal Preferences** *(preferencias culturales/personales)* ☐ **No Pork** *(carne de cerdo)* ☐ **No Beef** *(carne de res)* ☐ **Vegan** *(vegana)* ☐ **Vegetarian** *(vegetariana)*
☐ **Other Condition (Must be diagnosed by authorized medical authority using Part B)** *(Otra condición- debe ser autoridad médica reconocida por un médico en la parte B)*

15) I consent to the exchange of information between the Healthcare Provider and district/school personnel, as needed.
(Doy mi consentimiento para que la información sea intercambiada entre el médico y el personal del distrito/escuela, según sea necesario)

Parent / Guardian Signature (required for processing) ***(Firma del padre/madre/tutor*** *- requerido para ser procesado)* X **Date** *(Fecha)*

PART B/Food Allergies

(Items 16 - 20 to be completed by a RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY, i.e, Licensed physicians, physician assistants, nurse practitioners, and registered dietitians)
(Artículos 16 - 20 para ser completados solo por una AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos con licencia, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y nutriólogos registrados)

16) Does the student have a medical condition or severe food allergy warranting a special diet? ☐ **Yes** ☐ **No** If "YES", specify
Describe major life activities affected ☐ **Eating** ☐ **Learning** ☐ **Digestion** ☐ **Other (specify)** _____
Student Diagnosis or Condition: For the following diagnosis, section 17 below must be completed to identify which foods must be omitted due to the identified condition:
☐ Food Intolerance ☐ Food Allergy ☐ *Life Threatening Food Allergy - Check appropriate box: ☐ Ingestion ☐ Contact ☐ Inhalation
***Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school**

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

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

EGG
☐ Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs
☐ All food items with egg listed as an ingredient including baked goods

WHEAT / GLUTEN
☐ Recipes with wheat listed as an ingredient
☐ Recipes with Gluten (wheat, barley, rye, triticale) listed as an ingredient

PEANUTS OR TREE NUTS
(CMS cafeterias do not serve peanuts or tree nuts)
☐ Peanuts ☐ Tree nuts

CORN
☐ Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin
☐ Recipes with corn listed as an ingredient (corn syrup, corn starch, etc.)

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

FISH OR SHELLFISH (CMS cafeterias do not serve shellfish)
☐ Fish ☐ Shellfish

SESAME
☐ Sesame Oil ☐ Sesame Seed

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

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

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

20) Recognized Medical Authority* Information ***Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not filled in its entirety.***

Signature of Recognized Medical Authority* Printed Name of Recognized Medical Authority* Date

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

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

School Nutrition Registered Dietitian Signature: Date:

NOTES: *(School Nutrition Registered Dietitian)*

FORMULARIO PARA PADRES DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DEL PROGRAMA «ONE ACCESS» DE LA BIBLIOTECA DE CHARLOTTE MECKLENBURG

Queridos padres de familia,

Las escuelas de Charlotte-Mecklenburg y la Biblioteca Charlotte Mecklenburg han colaborado durante más de una década para apoyar la educación continua de los estudiantes. Compartimos la creencia de que el amor por los libros y el aprendizaje son una base sólida para el éxito escolar, y es con estos objetivos compartidos, que trabajamos juntos para garantizar que cada estudiante de CMS tenga fácil acceso a libros y recursos disponibles en su biblioteca pública.

A través de la iniciativa ONE Access, los estudiantes de CMS pueden usar su número de identificación de estudiante para buscar y acceder a recursos de la biblioteca pública, incluyendo libros, revistas, materiales de investigación, tutorías online y más. *UN solo* número (su número de identificación de estudiante CMS) es todo lo que necesita su estudiante.

Formulario de Exclusión de ONE Access-Padres

Si desea que su hijo(a) tenga acceso a materiales de investigación gratuitos, tutorías online y recursos de aprendizaje complementarios durante el curso académico 2026-27, NO HAGA NADA. Su hijo(a) será matriculado automáticamente.

Sin embargo, si **NO quiere que su hijo(a) tenga acceso a estos recursos educativos**, por favor complete este formulario de exclusión para padres y devuélvelo al profesor de su estudiante.

_____
Nombre del estudiante (letra de molde)

_____
Escuela

_____
Grado

_____
Número de estudiante

_____
Nombre del padre/madre o tutor (impreso)

_____
Número de teléfono

Al firmar este formulario, entiendo que mi hijo(a) no tendrá una cuenta de biblioteca de ONE Access. También entiendo que al firmar este formulario, mi hijo(a) no podrá participar en el uso de los recursos de la biblioteca en el salón de clases a menos que tenga un carnet de la Biblioteca de Charlotte Mecklenburg y conozca el número completo de la tarjeta y el PIN.

_____ _____
Firma del padre/madre o tutor Fecha

Charlotte-Mecklenburg Schools

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE INDIO AMERICANO TITULO VI ED

OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE EE. UU. PARA LA EDUCACION DEL INDIO AMERICANO

Padres: Por favor, devuelvan este formulario completado a la escuela de su hijo(a). Para poder solicitar una subvención bajo la fórmula del Programa de Educación del Indio Americano, la escuela de su hijo(a) debe determinar el número de niños nativos americanos matriculados. Cualquier niño que cumpla la siguiente definición podrá ser contado para este propósito. Usted no está obligado a completar ni enviar este formulario a la escuela. Sin embargo, si decide no presentar un formulario, la escuela no podrá contar a su hijo(a) para la financiación bajo el programa. **Este formulario deberá conservarse en el expediente y no será necesario completarlo cada año.** Cuando corresponda, la información contenida en este formulario podrá ser facilitada con su consentimiento previo por escrito o con el consentimiento previo por escrito de un estudiante elegible (de 18 años o más), o, si la ley lo autoriza de otra manera, si esto es permitido según la Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar, 20 U.S.C. § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

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

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento_____

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

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

INSCRIPCIÓN DE LA TRIBU

Nombre del individuo con registro tribal: _____

(La persona nombrada debe ser descendiente en primera o segunda generación)

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

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

La tribu o grupo es (marque solo uno):

☐ Reconocido federalmente ☐ Reconocido por el Estado ☐ Tribu Desaparecida (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)

☐ Miembro de un grupo indígena organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación del Indio Americano de 1988, vigente desde el 19 de octubre de 1994. (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)

☐ Comprobante de inscripción en la tribu o grupo mencionado anteriormente, según lo definido por la tribu o grupo:

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

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

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

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado_____ Código postal_____

DECLARACIÓN DE ATESTACIÓN: ***Verifico que la información proporcionada arriba es precisa:***

Nombre Padre/Madre o Tutor_____ **Firma** _____

Dirección_____ Ciudad _____Estado_____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Fecha _____

AVISO: Reporte Público de Exceso de Trámites en la página siguiente.
También se proporciona información de contacto para el programa de Educación del Indio Americano del Título VI.

Número OMB: 1810-0021 Fecha de caducidad: 06/30/2027

DECLARACIÓN SOBRE EL EXCESO DE TRÁMITES

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

Escuelas de Charlotte-Mecklenburg

Por favor, envíe una copia del formulario de Certificación de Elegibilidad para Estudiantes Indios del Título VI ED a:

Chiquitha Lloyd

Directora Ejecutiva de Compromiso, Acceso y Desarrollo de Proveedores

Programa de Educación India del Título VI

4421 Stuart Andrew Blvd., Suite 350

Charlotte, NC 28217

Courier #835-A

980-343-8638 - Oficina

980-343-7135 - Fax

engagement-access@cms.k12.nc.us

CharMeckschools

APARTADO POSTAL 30035, CHARLOTTE, NC 28230 | cmsk12.org