



# DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA



## FORMULARIO DE INGRESO DE ESTUDIANTES

### SECCIÓN QUE DEBE COMPLETAR LA ESCUELA

N.º de ID del estudiante \_\_\_\_\_

Año escolar \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso/reingreso del distrito \_\_\_\_\_

Nivel de grado actual \_\_\_\_\_



ESTUDIANTE NUEVO

Fecha de ingreso del estado: (AAAA-MM-DD) \_\_\_\_\_



REINSCRIPCIÓN

Fecha de graduación esperada (MM/AA) \_\_\_\_\_



Certificado de nacimiento/Documentación que pruebe la edad



Copia de la ID/licencia de conducir



Registro de vacunas



2 pruebas de residencia  Factura de servicio de los últimos 45 días (a nombre del padre/la madre/el tutor)

Y  Contrato firmado de arrendamiento/alquiler (a nombre del padre/la madre/el tutor)

Contrato de venta/hipoteca (a nombre del padre/la madre/el tutor)

Nombre legal completo del estudiante \_\_\_\_\_  
(Según aparece en el certificado de nacimiento)

Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono particular del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Ha asistido el estudiante a alguna escuela del distrito escolar de Annville-Cleona?  SÍ  NO Sexo  M  F

Grado \_\_\_\_\_ Etnia:  Hispano/latino  No hispano/latino

Raza:  Blanco  Afroamericano  Indígena americano/nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  Hispano  Asiático

Distrito escolar desde el que se traslada: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_  
¿Asistió el estudiante a alguna escuela fuera de Pensilvania (PA)?  SÍ  NO Si respondió que sí, ¿en qué fecha asistió por primera vez el estudiante a una escuela en PA? \_\_\_\_\_

En la escuela mencionada, el estudiante participó en lo siguiente:  Apoyo en el habla  Ayuda en lectura  Desarrollo del idioma inglés (ELD)  Programa para superdotados

Plan 504  Almuerzo gratuito o de costo reducido  Centro de Estudios Tecnológicos y Profesionales (CTC)  Educación especial - Indique las áreas de servicio

proporcionado: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR**

Tutela:  Ambos padres  Conjunta/compartida  Padre  Madre  Tutor \_\_\_\_\_

El estudiante vive con:  Ambos padres  En custodia conjunta/compartida  Padre  Madre

Tutor  Otro

**POLÍTICA DE CUSTODIA DEL MENOR**

Si los arreglos de la custodia del menor son parte de su estructura familiar, tenga en cuenta nuestras políticas en esta área:

- Es responsabilidad del padre/la madre presentar todas las órdenes de custodia al distrito escolar de Annville-Cleona.
- Si no se tiene una orden de custodia, la escuela asume que la custodia es compartida, lo que permite a ambos padres ser partícipes de la educación del menor. Ambos padres, independientemente de los arreglos de la custodia, tienen acceso a los registros del menor a menos que una orden judicial lo prohíba específicamente.
- La persona que conste en el registro será la que viva con el menor, el padre o la madre.
- La persona que conste en el registro debe vivir dentro del distrito escolar de Annville-Cleona.
- Hacer cumplir la orden de la custodia es responsabilidad de la policía, no de la escuela.

**SECCIÓN QUE DEBE COMPLETARSE SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS/SEPARADOS:**

¿Hay un acuerdo de custodia disponible?  \*Sí  No

*\*Si respondió que SÍ, el padre/la madre/el tutor DEBE presentar una copia; de lo contrario, no podremos cumplir con sus contenidos.*

La custodia legal se otorga a: \_\_\_\_\_

**MENOR EN ACOGIDA:**  SÍ  NO Si respondió que Sí, agencia de colocación: \_\_\_\_\_

Distrito de residencia originante: \_\_\_\_\_ Edificio de residencia: \_\_\_\_\_

**HERMANOS U OTRO MENOR DE 18 AÑOS QUE VIVA EN EL HOGAR**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Grado	Escuela

**CONTACTO PRINCIPAL: El estudiante DEBE vivir con su padre/madre/tutor:**  Tiempo completo  Tiempo parcial

Contacto n.º 1 - Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

*(Si fuera diferente de la del estudiante)*

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro El padre/la madre/el tutor es miembro activo de una  
división de las fuerzas armadas  Sí  No

**El estudiante vive con este padre/esta madre/este tutor:**  Tiempo completo  Tiempo parcial

Contacto n.º 2 - Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

*(Si fuera diferente de la del estudiante)*

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro El padre/la madre/el tutor es miembro activo de una  
división de las fuerzas armadas  Sí  No

**El estudiante vive con este padre/esta madre/este tutor:**  Tiempo completo  Tiempo parcial  N/C

Contacto n.º 3 - Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

*(Si fuera diferente de la del estudiante)*

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro El padre/la madre/el tutor es miembro activo de una  
división de las fuerzas armadas  Sí  No  N/C

Contacto n.º 4 - Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

*(Si fuera diferente de la del estudiante)*

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro El padre/la madre/el tutor es miembro activo de una  
división de las fuerzas armadas  Sí  No  N/C

Contacto n.º 5: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

*(Si fuera diferente de la del estudiante)*

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro

Contacto n.º 6: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

(Si fuera diferente de la del estudiante)

Números principales - Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro    Números secundarios -  
Teléfono \_\_\_\_\_  Celular  Particular  Laboral  Otro

### **DECLARACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARENTAL**

La sección 13-1304-A del Código Escolar de Pensilvania estipula, en parte, que “antes de la admisión en cualquier entidad escolar, el padre, la madre, el tutor u otra persona que tenga el control del estudiante o esté a cargo de él, debe proporcionar, en el momento de la inscripción, una declaración jurada o un testimonio que indique si el estudiante fue suspendido o expulsado en el pasado de alguna escuela pública o privada de este estado o de cualquier otro estado, por haber cometido actos u ofensas con armas, alcohol y drogas; por haber lesionado deliberadamente a otra persona, o por haber cometido actos de violencia en instalaciones escolares”.

**Por el presente documento, juro o afirmo que mi hijo (*marque una opción*)  FUE/ NO FUE suspendido o expulsado en el pasado, o (*marque una opción*)  ESTÁ/ NO ESTÁ suspendido o expulsado en este momento** de una escuela pública o privada de este estado o de cualquier otro estado, por haber cometido actos u ofensas con armas, alcohol y drogas; por haber lesionado deliberadamente a otra persona, o por haber cometido actos de violencia en instalaciones escolares. Hago esta declaración sujeto a las sanciones de la Sección 13-1304-A(b) del Título 24 de los Estatutos de Pensilvania (Pennsylvania Statutes, P.S.) y de la Sección 4904 del Título 18 de los Estatutos Consolidados Comentados de Pensilvania (Pennsylvania Consolidated Statutes Annotated, PA C.S.A.), en relación con la falsificación no jurada ante la autoridades, y los hechos que aquí aparecen son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

**Si este estudiante ha sido suspendido o expulsado, o lo está actualmente, de otra escuela, complete lo siguiente:**

Nombre de la escuela de la que el estudiante fue suspendido o expulsado: \_\_\_\_\_

Fechas de (encierre en un círculo) suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

Motivo de la suspensión o la expulsión (*opcional*): \_\_\_\_\_

(Proporcione otras escuelas que hayan expulsado o suspendido al estudiante, con sus respectivas fechas al dorso de esta hoja, si fuera necesario).

**AFIRMO QUE LOS HECHOS EXPRESADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS Y CORRECTOS A MI LEAL SABER Y ENTENDER. COMPRENDO QUE ES DELITO PENAL DE SUMARIO BRINDAR INFORMACIÓN FALSA DE MANERA DELIBERADA EN ESTA DECLARACIÓN JURADA CON EL FIN DE INSCRIBIR A UN MENOR EN LAS ESCUELAS DEL DISTRITO.**

Además, certifico que notificaré al distrito escolar de Annville-Cleona de inmediato en caso de que los hechos expresados en este documento dejen de ser correctos o se modifiquen. También certifico que cooperaré con las solicitudes de información o las investigaciones relacionadas con la continua validez de este documento jurado, y que responderé a ellas.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/de la madre/del tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Sección que debe completar la escuela:**

Escaneado/enviado al Superintendente Asistente si respondió que SÍ

Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA  
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR**



**Nombre legal completo del estudiante** \_\_\_\_\_  
*(Según aparece en el certificado de nacimiento)*  
Denominación                                      Nombre                                      Segundo nombre (completo)                      Apellido

**Dirección postal** \_\_\_\_\_  
Dirección    Ciudad                                      Estado                      Código postal

**N.º de teléfono particular del estudiante** \_\_\_\_\_      **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **Sexo**     M     F

**Grado** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/la madre/el tutor** \_\_\_\_\_  
Nombre                                      Apellido                                      Denominación

**Preguntas para el padre/la madre/el tutor:**

1. ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en el hogar del menor?    No                       Sí

Si respondió que SÍ, ¿qué idioma? \_\_\_\_\_

2. ¿Se comunica su hijo en otro idioma que no sea el inglés?    No                       Sí

Si respondió que SÍ, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su hijo? \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Intérprete a disposición:    No                       Sí

**TODOS los estudiantes que se inscriban por primera vez, independientemente de la raza, la nacionalidad o el idioma de origen, DEBEN completar este formulario.** La ley federal exige que todas las agencias de educación locales (Local Education Agencies, LEA) usen un procedimiento imparcial para identificar qué estudiantes son posibles estudiantes de inglés (English Learners, EL) a fin de proporcionar los programas y servicios educativos adecuados de instrucción del idioma. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen el derecho de pedir la información que aparece en este y en otros formularios en relación con el proceso de identificación.

\_\_\_\_\_

*Firma del padre/la madre que tiene la custodia*

\_\_\_\_\_

*Fecha*



**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA**  
**CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA DURANTE**  
**LA NOCHE**



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Padre/madre/tutor(es) legal(es): \_\_\_\_\_ N.º de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

El objetivo de este cuestionario es abordar la Sección 11435 de la Ley McKinney-Vento del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.). Las respuestas a esta información sobre la residencia pueden ayudar a determinar la elegibilidad del estudiante para recibir determinados servicios.

1. Su dirección actual, ¿es un lugar de vivienda temporaria?  SÍ  NO

Si respondió que NO, puede detenerse aquí.

2. Esta vivienda temporaria, ¿se debe a la pérdida de la vivienda o a dificultades económicas?  SÍ  NO

Si respondió que NO, puede detenerse aquí.

Si respondió que SÍ a las preguntas anteriores, complete el resto de este formulario.

**¿Cuál es la situación de vivienda del estudiante?** (marque todas las opciones que correspondan)

**En** un motel u hotel \_\_\_\_\_ (nombre del motel/hotel)

**En** un albergue \_\_\_\_\_ (nombre del albergue)

**En** un auto, un remolque o un campamento **de manera temporaria debido a una vivienda inadecuada**

\_\_\_\_\_ (nombre del campamento)

**Temporalmente** vive en la casa o el departamento de otra familia

**Se traslada** de un lado a otro

**Otros** lugares diseñados, o que generalmente se usan, para alojar a personas de manera habitual durante la noche  
 (explique)

**Vive** solo, sin adultos (**joven sin acompañamiento**)

*Presentar un registro falso o falsificar los registros es un delito conforme a la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción de un menor con documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad de hacerse cargo de la inscripción y de otros costos. Sección 25.002(3)(d) de TEC.*

Firma del padre/la madre/el tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA



### ACTA NOTARIAL SOBRE LA RESIDENCIA

Yo declaro/Nosotros declaramos que toda la información que aquí se proporciona es correcta y actual.

Comprendo/Comprendemos que si por algún motivo el lugar de residencia cambia, es responsabilidad del residente notificar al distrito escolar de Annville-Cleona y modificar el acta notarial sobre la residencia. La presentación de declaraciones falsas puede ser y será sancionada por la ley.

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ actualmente resido/residimos

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Dirección*

**(2) PRUEBAS DE RESIDENCIA** – Debe proporcionar dos de los siguientes documentos para mostrar el nombre y la dirección del

**propietario o arrendatario:**



Factura de servicio de los últimos 45 días



Factura tributaria sobre la propiedad inmobiliaria



Contrato de arrendamiento/alquiler firmado



Talón de cheque de salarios, ayuda pública o seguro social



Contrato de venta/hipoteca

#### Verificación del propietario de la vivienda

Nombre del propietario \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Se ha aprobado a \_\_\_\_\_ para residir

con \_\_\_\_\_ *estudiante y padre/madre/tutor(es) legal(es)* en la dirección identificada anteriormente.

Firma del propietario \_\_\_\_\_ *propietario* Fecha \_\_\_\_\_

#### Verificación del arrendador \*Si alquila

Nombre del arrendador \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Se ha aprobado a \_\_\_\_\_ para residir

con \_\_\_\_\_ *estudiante y padre/madre/tutor(es) legal(es)* en la dirección identificada anteriormente.

Firma del arrendatario \_\_\_\_\_ *nombre del arrendatario* Fecha \_\_\_\_\_

Firma del arrendador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mediante mi firma legalizada/nuestras firmas legalizadas, otorgo/otorgamos permiso al distrito escolar de Annville-Cleona para que investigue la información anterior, según se presenta en esta acta notarial, con el fin de que la confirmen y verifiquen su precisión. Pautas de la Sección 13-1302 del Título 24 de los P.S.

FIRMA DEL ESCRIBANO \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

FECHA DEL ESCRIBANO \_\_\_\_\_

firma del padre/la madre/el(los) tutor(es) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA**  
**ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ESTUDIANTE**

**Nombre legal completo del estudiante** \_\_\_\_\_  
(Según aparece en el certificado de nacimiento) Nombre Segundo nombre (completo) Apellido  
Denominación

**Dirección postal** \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

**N.º de teléfono particular del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  M  F

Se requieren exámenes físicos **para INGRESAR EN LA ESCUELA, EN SEXTO GRADO y en UNDÉCIMO GRADO.**

Marque una opción: \_\_\_\_\_ Haré que mi médico de familia examine a mi hijo.  
\_\_\_\_\_ Deseo que el médico de la escuela examine a mi hijo.

Se requieren exámenes dentales **para INGRESAR EN LA ESCUELA, EN TERCER GRADO y en SÉPTIMO GRADO.**

Marque una opción: \_\_\_\_\_ Haré que mi dentista de familia examine a mi hijo.  
\_\_\_\_\_ Deseo que el dentista de la escuela examine a mi hijo.

Registros de vacunas proporcionados:  SÍ  NO **Comentarios:** \_\_\_\_\_

Su hijo, ¿usa anteojos o lentes de contacto?  SÍ  NO **Comentarios:** \_\_\_\_\_

Su hijo, ¿tiene antecedentes de otitis/colocación de tubos recurrentes?  SÍ  NO **Comentarios:** \_\_\_\_\_

Indique las alergias que tenga (estacionales, a alimentos, a medicamentos, a picaduras de abejas, etc.): \_\_\_\_\_

Indique las afecciones médicas o las inquietudes sobre la salud que tenga (asma, diabetes, convulsiones, etc.): \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo su hijo algún tratamiento médico? Si respondió que sí, explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún accidente/alguna lesión grave? Si respondió que sí, explique \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones (indique las fechas/los motivos): \_\_\_\_\_

Inquietudes sobre la salud mental/emocional: \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que toma actualmente (explique): \_\_\_\_\_

**Formulario de consentimiento para la administración de medicamentos de venta libre en la escuela**

Doy permiso para que mi hijo reciba los siguientes medicamentos del enfermero escolar: **(escriba sus iniciales para indicar que otorga su permiso)**

\_\_\_\_\_ Acetaminofeno (Tylenol)      \_\_\_\_\_ Antiácido (Tums)      \_\_\_\_\_ Bacitracina tópica

\_\_\_\_\_ Ibuprofeno (Advil, Motrin)      \_\_\_\_\_ Antihistamínico (Benadryl/Caladryl)

\_\_\_\_\_ Gel anestésico oral      \_\_\_\_\_ Hidrocortisona tópica

Consulte la información sobre la política de medicamentos que se encuentra en el sitio web del distrito (acschools.org) respecto de las pautas de administración dentro de la escuela. Para la seguridad de su hijo, no se administrarán medicamentos sin permiso. Además, permito que el enfermero escolar informe las afecciones médicas o las alergias a aquellos miembros del personal/docentes del distrito escolar de Annville Cleona y al personal contratado encargado del transporte y de la cafetería que necesitarían conocer esta información para la seguridad y educación de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha





**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**



**Formulario de consentimiento para la administración de medicamentos con receta en la escuela**

**Nombre legal completo del estudiante** \_\_\_\_\_  
(Según aparece en el certificado de nacimiento)

Denominación \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre (completo) \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

N.º de teléfono particular del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  M  F

1. **Medicamento** \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horario(s) \_\_\_\_\_

2. **Medicamento** \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horario(s) \_\_\_\_\_

3. **Medicamento** \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Horario(s) \_\_\_\_\_

Indique otro(s) medicamento(s) que actualmente reciba en su hogar, e incluya la dosis y los horarios: \_\_\_\_\_

Otros comentarios, consideraciones/restricciones especiales: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del padre/la madre/el tutor para la administración de medicamentos en la escuela**

Yo, el padre/la madre/el tutor de \_\_\_\_\_, otorgo permiso para que mi hijo reciba el(los) medicamento(s) indicado(s) anteriormente durante el horario escolar. También otorgo permiso a los enfermeros escolares para que se comuniquen con el médico indicado anteriormente a fin de mantenerlo/la informado/a sobre todo efecto secundario o toda inquietud respecto de la administración del medicamento. En caso de emergencia, la escuela puede trasladar a mi hijo al hospital designado más cercano.

**Firma del padre/la madre/el tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Política de medicamentos del distrito escolar de Annville-Cleona**

1. Los medicamentos deben ser trasladados hacia y desde la enfermería escolar en su **envase original con una etiqueta** que incluya el nombre del niño, las instrucciones para su administración, la identificación del contenido y el nombre del médico, a menos que el menor esté autorizado a transportar/autoadministrarse el medicamento de un Epi-Pen/inhalador. (Consulte la siguiente página del formulario)

2. El padre/la madre/el tutor y el médico deben actualizar los formularios de indicaciones de medicamentos todos los años y deben reclamar los medicamentos dentro de la semana posterior a la finalización del año escolar.

**Indicación de medicamento por un proveedor autorizado de atención médica**

**Firma del médico** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico** (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_ N.º de FAX \_\_\_\_\_

**\*La indicación médica debe enviarse por fax al enfermero del edificio asignado del estudiante para que se adjunte al formulario médico.**

Números de fax:

Escuela intermedia/secundaria Annville-Cleona Middle/Secondary School	Leslie Attig, CSN	717-867-7712
Escuela primaria Annville-Cleona Elementary School	Andrea Speraw, CSN	717-867-7624
Escuela primaria Cleona Elementary School	Angela Moyer, LPN	717-867-7644

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (EPI-PEN E INHALADORES únicamente):**

**PARA EL USO DEL MÉDICO ÚNICAMENTE - Coloque las iniciales en la opción que corresponda:**

\_\_\_\_\_ Mi opinión profesional es que este estudiante \_\_\_\_\_ es **TANTO** capaz como responsable de transportar y autoadministrarse el medicamento durante el horario escolar/excursiones escolares/actividades relacionadas con la escuela. Se debe consultar al enfermero de la escuela si el estudiante tiene una queja relacionada con la salud o usa su(s) medicamento(s):

**Epinefrina autoinyectable (0.15 mg o 0.3 mg)**  **Inhaladores de medicamento contra el asma**

\_\_\_\_\_ Mi opinión profesional es que este estudiante \_\_\_\_\_ **NO** debería transportar el medicamento a la escuela ni a actividades relacionadas con la escuela. El medicamento debe quedar bajo el cuidado del enfermero y la supervisión de la administración.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_ N.º de FAX \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR  
PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Mediante el presente documento, torgo mi consentimiento para que mi hijo, \_\_\_\_\_ se autoadministre los siguientes medicamentos durante el día escolar habitual o cuando asista a actividades relacionadas con la escuela:

**Epinefrina autoinyectable**  **Inhaladores de medicamento contra el asma**

\*También otorgo mi consentimiento para que el proveedor de atención médica comparta la información médica identificable con el enfermero escolar y otros miembros del personal designados por el distrito escolar de Annville Cleona.

\*Acepto que tengo la obligación de notificar a la escuela si el medicamento, la dosis, la frecuencia de administración o el motivo de la administración de mi hijo cambia durante el año escolar.

\*Comprendo y, mediante el presente documento, acepto que ni el distrito escolar ni los empleados del distrito escolar serán responsables de los beneficios o consecuencias del medicamento recetado, ni de garantizar que se administre el medicamento. Por ende, mediante el presente documento, libero al distrito escolar y a sus empleados de toda responsabilidad, cualquiera sea su naturaleza, que se relacione de algún modo con la autoadministración del medicamento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisión del enfermero escolar



**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA**  
**FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS**



De vez en cuando, se toman fotografías de los estudiantes durante diversos eventos en el salón de clases y en la escuela, y se envían a los medios locales o pueden aparecer en el sitio web o en las cuentas oficiales de redes sociales del distrito escolar. Deseamos obtener su permiso para tomar fotografías de su hijo y usarlas mientras se encuentre en el entorno instruccional/educativo para promover las diversas oportunidades educativas que se desarrollan dentro del distrito escolar.

Solo debe firmar este formulario si **NO** desea que se publiquen las fotografías de su hijo.

Yo \_\_\_\_\_(padre/madre/tutor)

**NO** otorgo mi permiso para que las fotografías de mi hijo \_\_\_\_\_ se publiquen en las redes sociales ni en el sitio web del distrito durante el año escolar.

Nombre del padre/la madre: \_\_\_\_\_

Firma del padre/la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR DE ANNVILLE-CLEONA  
SOLICITUD DE REGISTROS**



FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR: \_\_\_\_\_

EDIFICIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

El estudiante mencionado anteriormente se inscribió en el distrito escolar de Annville-Cleona el \_\_\_\_\_.

Solicitamos que envíe por correo electrónico la siguiente información a la dirección correspondiente a continuación:

- Todos los expedientes académicos de años anteriores
- Los horarios, las calificaciones y el registro de asistencia del año actual
- Los Planes 504
- La información sobre educación especial y la información de educación para estudiantes superdotados (a través de IEP Writer)
- Resumen de los registros de disciplina (conforme a la Sección 12-130S.a del título 24 de los P.S.)
- Registros médicos/dentales/de vacunas
- Informes psicológicos
- Resultados del Sistema de Evaluación Escolar de Pensilvania (Pennsylvania System of School Assessment, PSSA)/de la prueba Keystone
- ID del seguro de Pensilvania:
- Otra información educativa histórica pertinente

De jardín a 2.º grado:

CE\_records@acschools.org  
Srta. Angela Love, directora  
Fax: 717-867-7644  
Tel.: 717-867-7640

De 3.º a 6.º grado:

AE\_records@acschools.org  
Sr. Ross Hopple, director  
Fax: 717-867-7624  
Tel.: 717-867-7620

De 7.º a 12.º grado:

MSHS\_records@acschools.org  
Dra. Krista Antonis, directora  
Fax: 717-867-7712  
Tel.: 717-867-7700

Conforme a las normas definitivas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act) fechada el 17 de junio de 1976, no es necesario obtener un consentimiento escrito para compartir los registros con otras escuelas. Por eso es que solicitamos todos los registros del estudiante mencionado anteriormente, incluida la información de salud.



SOLICITUD DE CAMBIO DE TRASLADO

El distrito escolar coordinará el traslado de los estudiantes entre su residencia legal en el distrito y la escuela. El distrito escolar permitirá que se coordine un traslado especial hacia y desde la escuela solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1. No se crearán nuevas paradas ni rutas del autobús.
2. Se enviarán las solicitudes de traslado especial en este formulario con un mínimo de cinco (5) días previos a la fecha de inicio solicitada para el traslado especial.
3. La coordinación para acceder al traslado especial debe ser para todos los días de la semana escolar (de lunes a viernes) con una parada constante por la mañana y una parada constante por la tarde.
4. La coordinación dependerá de la disponibilidad de asientos en el autobús.
5. Si un estudiante nuevo de un área asignada necesita un lugar en el autobús que actualmente se usa conforme a la coordinación de traslado especial, el estudiante del traslado especial debe dejarle su asiento al estudiante nuevo.
6. Para el comienzo del año escolar, las solicitudes se deben presentar en este formulario antes del 15 de julio. Si se presenta después del 1 de agosto, no se procesará la solicitud hasta pasados los primeros cinco (5) días del año escolar. Por lo tanto, el traslado durante esta semana se proporcionará hacia y desde la residencia legal del estudiante.
7. El conductor del autobús escolar NO podrá aceptar avisos de cambios en el traslado que les hayan escrito los padres directamente a ellos. Todas las solicitudes de cambio de traslado deben pasar por la oficina de transporte.

Nombre del estudiante Grado

Dirección particular

Teléfono Teléfono laboral/de emergencia Primera fecha del cambio

Marque la(s) casilla(s) correspondientes:

SOLICITUD DE CAMBIO POR LA MAÑANA (recogida): Persona responsable del estudiante en esta dirección:

SOLICITUD DE CAMBIO POR LA TARDE (regreso): Número de teléfono de esta dirección:

Solicitud de traslado desde (dirección) Persona responsable del estudiante en esta dirección:

Número de teléfono de esta dirección:

SOLICITUD DE CAMBIO POR LA MAÑANA (regreso) PARA LA SALIDA DEL JARDÍN DE INFANTES: Persona responsable del estudiante en esta dirección:

Número de teléfono de esta dirección:

SOLICITUD DE CAMBIO POR LA TARDE (recogida) PARA LA LLEGADA AL JARDÍN DE INFANTES: Persona responsable del estudiante en esta dirección:

Número de teléfono de esta dirección:

El estudiante se trasladará caminando/con el padre/la madre.

Firma del padre/la madre/el tutor

Fecha

Solo para uso de la oficina

N.º de autobús por la mañana Jardín por la mañana (salida) Jardín por la tarde (llegada) N.º de autobús por la tarde

Fecha en que se recibió el formulario Aprobado Sí o NO Fecha

Autorizado por