

Junio 2021

Estimados padres / tutores:

Se adjunta su paquete de regreso a clases de St. Coletta 2021-2022. **Los formularios deben completarse y devolverse a la escuela antes del comienzo del nuevo año escolar.** Es importante que todos los formularios se llenen de forma completa y precisa. No es necesario que espere hasta completar todos los formularios antes de devolverlos a la escuela, ya que entendemos que es posible que aún no se hayan programado citas médicas y dentales.

El formulario de atención de emergencia consta de tres páginas, todas las cuales deben completarse en su totalidad cada año, incluso si no ha habido cambios con respecto a los formularios presentados anteriormente. Adjunto una lista de verificación para ayudar a realizar un seguimiento de la finalización de cada formulario. Las familias pueden esperar recibir otro paquete con información adicional sobre la escuela (incluido un Manual para padres revisado y otras notificaciones anuales) en el otoño. Como siempre, si necesita ayuda individualizada para completar el papeleo, no dude en comunicarse con nosotros al (202) 350-8680 o enviar un correo electrónico a cdecker@stcoletta.org.

DOCUMENTO MÉDICO (disponible en www.stcoletta.org \ school-program \)

TODOS LOS ESTUDIANTES deben cumplir con los requisitos de vacunación para asistir en persona. Proporcione a la escuela el certificado de salud, el registro de vacunación y los documentos del examen dental más actualizados de su hijo, si aún no lo ha hecho. Cualquier estudiante que requiera la administración de medicamentos o un procedimiento médico especial durante el día escolar también debe tener un Plan de Tratamiento de Procedimientos Médicos y Medicamentos actualizado por un médico anualmente. Los medicamentos pueden enviarse por correo a la escuela, a la atención de la enfermera de la escuela, o dejarlos en persona en la recepción, pero NO PUEDEN enviarse a la escuela con su hijo.

Si bien estos formularios deben devolverse a la escuela antes del comienzo de la escuela, nuevamente, devuelva tantos formularios como sea posible antes del final de este año escolar, ya que es difícil procesar todo el papeleo cuando los recibimos demasiado cerca al inicio del nuevo año escolar.

Atentamente,

Catherine Decker

Subdirector de Admisiones



St. Coletta Special Education Public Charter School

ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT CHECKLIST

Existen varios formularios de matrícula que es mandatorio que sean recibidos por la escuela antes del comienzo del año escolar. Abajo, una lista para ayudarle a que llene estos formularios.

Firmado por el Padre/Encargado

- _____ Formulario de Cuidado de Emergencia (formulario de 3 páginas-favor de llenar complete;).
- _____ PARTICIPACIÓN EN SALIDAS EN LA COMUNIDAD
- _____ Convenio entre la Escuela y los Padres/Encargados para el año escolar 2021-2022
- _____ Formulario de Divulgación Fotográfica
- _____ Formulario para Almuerzo sin costo o a una tarifa reducida (Firmado por el Padre/Encargado)

Medico/Salud

(firmado por un doctor y firma del Padre)

- _____ Certificado de Cuidado de Salud Oral (Dental) (Este formulario tiene que incluir la fecha del examen)
- _____ Certificado de Salud de DC para Niños & Récord de Vacunas (Favor de asegurarse que este formulario está completamente lleno, incluyendo las Pruebas de Tuberculina (TB))
- _____ Formulario de Permiso para Medicamento (Requerido para niños que tomen cualquier medicina durante el curso del día escolar).
- _____ Autorizaciones para un Procedimiento Médico de Salud Específico o Procedimiento de Alimentación por Tubo (Requerido si su niño va a necesitar cualquier procedimiento de enfermería tales como alimentación por g-tube, succión, cambio de vendas).





St. Coletta Special Education Public Charter School

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

ST. COLETTA OF GREATER WASHINGTON, INC. INFORMACION PARA CUIDADO DE EMERGENCIA 2021-2022

Nombre legal del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ País de nacimiento: _____ Género: M F X

Raza (Opcional): _____ Idioma que hablan en la casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma preferido por los padres/encargados para comunicarse: _____

Nombre del Padre/Encargado 1: _____
Apellido Nombre

Dirección (si es diferente a la arriba indicada): _____

Ocupación/Patrono: _____

Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Nombre del Padre/Encargado 2: _____
Apellido Nombre

Dirección (si es diferente a la arriba indicada): _____

Ocupación/Patrono: _____

Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: En caso de que el padre/encargado no pueda ser localizado, favor de proveer el nombre y número de teléfono de dos personas que en un tiempo razonable pueden recoger y llevar a su niño a casa.

1) _____
Nombre Relación Número(s) de teléfono

2) _____
Nombre Relación Número(s) de teléfono

Al ser contactado recogeré a mi niño enfermo o herido, en un tiempo razonable. Si no puedo ser contactado, los contactos de emergencia pueden ser llamados para recoger a mi niño. En adición, si no puedo ser contactado en caso de emergencia, la escuela tiene mi permiso para llevar a mi niño a la Sala de Emergencia del hospital más cercano y autorizo al personal médico a brindar el tratamiento que un doctor considere necesario para el bienestar de mi niño.

Firma del padre/encargado

Fecha



St. Coletta Special Education Public Charter School

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

INFORMACION ADICIONAL

Nombre del estudiante: _____

_____	_____
Nombre de la compañía aseguradora	Nombre del médico
_____	_____
Número de póliza/grupo/empleado	Número de teléfono del médico
Número de HMO (si aplica): _____	Número de Medicaid (si aplica): _____

MEDICA

La última vacuna del Tétano (TD, dT, DTaP) de mi niño fue en la siguiente fecha: _____

Mi niño es alérgico a medicamento(s)/comidas/otro: Sí No

¿A qué es alérgico su niño? Favor de hacer un listado:

Si usted mencionó alergias, favor de explicar la reacción alérgica que tiene su niño a cada cosa que usted mencionó. Por ejemplo, irritación en la piel:

Mi niño tiene asma: Sí No ¿Qué medicamento usa para tratar el asma? _____

Mi niño tiene convulsiones: Sí No

Favor de describir las características de las convulsiones de su niño y mencionar los medicamentos usados para controlar las convulsiones:

Favor de indicar todas las condiciones médicas que le han diagnosticado a su niño y cualquier información importante que nuestro personal y personal médico deba saber sobre estas condiciones médicas:

¿Toma algún medicamento su niño? Sí No

Favor de completar la siguiente información para cada medicina que su niño toma: (SIGUIENTE PAGINA)

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cada cuánto tiempo?	Razón para administrarlo
------------------------	-------	----------------------	--------------------------



St. Coletta Special Education Public Charter School

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

Nombre del estudiante: _____

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Cada cuánto tiempo?</u>	<u>Razón para administrarlo</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mi niño necesitará tomar el/los siguientes medicamentos en la escuela: _____
_____.

(El médico de su niño debe llenar el formulario *Permiso para medicamento* para cualquier medicamento que se vaya a tomar en la escuela, incluyendo medicinas que se venden sin receta. Este formulario se encuentra en el paquete de formularios de la escuela).



PERMISO DE VIDEO/FOTOGRAFÍA

Nombre del estudiante: _____

A lo largo del año escolar, es posible que se tomen fotografías o se realicen videos de los estudiantes en la escuela. Estas fotos pueden ser usadas en plataformas de medios sociales, folletos, boletines de noticias, u otros medios/fuentes de comunicación para destacar nuestro programa escolar. Seleccionando "Sí" en la parte inferior, el padre/tutor concede el permiso a St.Coletta de compartir fotos/videos de su estudiante con fines publicitarios. Los padres/tutores pueden indicar que no desean que la foto de su estudiante sea usada para propósitos publicitarios seleccionando "No" en las opciones listadas (nota: las fotos continuarán siendo usadas para propósitos de clase dentro de la escuela). Si usted no desea que su hijo sea fotografiado o grabado en video por cualquier razón, por favor contacte a Catherine Decker, Asistente de Director de Admisiones al (202)350-8680 ext. 1002.

Note: Este formulario **no se envía anualmente**, y permanecerá archivado en la escuela. Los padres/tutores pueden, sin embargo, cambiar su decision en el permiso simplemente solicitando a la escuela otra copia de este formulario..

Por favor, indique el consentimiento deseado seleccionando una de las opciones que figuran a continuación:

- SI -- Doy mi consentimiento** para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video con fines publicitarios y el uso de su primer nombre.

- NO -- No doy mi permiso** para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video con fines publicitarios.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

*Por favor, tenga en cuenta que los padres suelen tomar fotos/vídeos durante eventos y celebraciones especiales en la escuela. Además, los estudiantes son fotografiados una vez al año junto con su clase de forma programada en nuestro Día de la Foto. Si usted no quiere que se tomen fotos o videos de su hijo bajo ninguna circunstancia, hágale saber a su maestro que usted no quiere que su hijo participe. Es razonable esperar que los padres/tutores quieran fotos/vídeos de sus hijos actuando en eventos especiales y muchos estudiantes/familias disfrutan recibiendo la foto anual de la clase.

Rev: 2/2020





PARTICIPACIÓN EN SALIDAS EN LA COMUNIDAD rev. 6/2021

Nombre del estudiante: _____

INSTRUCCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (TODOS los estudiantes)

La instrucción basada en la comunidad es una parte integral del currículum del estudios en St. Coletta. Los estudiantes frecuentemente salen a caminar, van al parque, o van de compras al supermercado. Cuando los estudiantes viajan más allá del vecindario de Capitol Hill, un permiso específico es enviado a la casa. En este permiso, solicitamos su consentimiento para que su estudiante participe en las salidas rutinarias que forman parte del programa de instrucción.

Modos de transporte pueden incluir: Metro, autobús, furgoneta escolar, a pie

Cuando: durante el horario escolar

Por favor, firme y feche el permiso para que su hijo participe en las instrucciones basadas en la comunidad durante el año escolar 2021-2022. Al firmar este documento, usted le da permiso a St. Coletta para llevar al estudiante nombrado arriba al hospital más cercano en caso de que usted o su contacto de emergencia no puedan ser localizados durante una emergencia.

_____ Firma del padre/madre o tutor	_____ fecha
--	----------------

FORMACIÓN PROFESIONAL (14 años y más) rev. 4/2018

La formación profesional es un enfoque principal en el plan de transición del estudiante dentro de su IEP. Entiendo que para participar en el Programa de Formación Profesional mi hijo tendrá que:

- Desplazarse hacia y desde los lugares de entrenamiento.
- Viajar ida y vuelta a diversos destinos de la comunidad con el fin de entrenarle a desplazarse.
- Participar en las tareas necesarias para entrenar en cada lugar.
- Utilizar toda forma de transporte público y privado.
- Almorzar en zonas que estén en ruta o a poca distancia de sus destinos.
- Estar acompañado por un miembro del personal.
- Participar en las tareas necesarias para entrenar en cada lugar (incluyendo lugares dentro de la escuela y de la producción de *Coletta Collections*)

Por favor, firme y feche el permiso para que su hijo participe en el Programa de Formación Profesional durante el año escolar 2021-2022.

_____ Firma del padre/madre o tutor	_____ fecha
--	----------------



Convenio entre la Escuela y el Padre/Encargado (COPIA DE LA ESCULEA)

St. Coletta Special Education Public Charter School y los padres/encargados participan en actividades, servicios y programas con fondos de Título I, Parte A del Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA) acuerdan que este convenio detalla cómo la responsabilidad para una mejorada ejecución de los estudiantes será compartida por todas las partes para construir y desarrollar una sociedad que ayudará a los estudiantes a tener éxito.

Este convenio entre la escuela y los padres está en efecto durante el año escolar 2021-2022.

Responsabilidades de la Escuela/Maestro

St. Coletta Special Education Public Charter School:

1. **Proveerá un programa de estudios e instrucción de alta calidad, en un ambiente de aprendizaje que brinda apoyo y efectividad, y que permite a los estudiantes que participan tener éxito en el marco escolar como sigue:**
 - a. Proveerá instrucción especializada y servicios relacionados a todos los estudiantes de acuerdo con el documento de su Programa Individualizado de Educación (IEP).
 - b. Proveerá la oportunidad a los padres para que puedan discutir el éxito de su niño a través de su participación en reuniones de IEP anuales, conferencias de medio año de padre-maestro, observaciones programadas y entrenamientos pertinentes a actividades de instrucción para pasar entre la casa y la escuela.
 - c. Proveerá entrenamiento al personal en el área de educación para promover el éxito del estudiante a nivel de escuela y progreso en las metas del IEP.
2. **Se comunicará con los padres/encargados como sigue:**
 - a. Proveerá comunicación escrita sobre el programa educacional, el programa de estudios FLS y estrategias de enseñanza que se usan a través de hojas informativas, el manual para los padres y eventos durante el Open House.
 - b. Proveerá reportes de progreso por trimestre y resultados de pruebas a nivel estatal, según sea apropiado.
 - c. Proveerá información específica del salón de clases a través del cuaderno de comunicación entre la casa y la escuela.
 - d. Se comunicará con el padre/encargado por teléfono, según sea necesario para discutir el programa del estudiante, informar sobre eventos por venir y comunicar información relacionada al estudiante.
 - e. Incluirá información actualizada sobre la escuela y mostrará actividades a nivel de escuela en las plataformas de redes sociales.
3. **Monitoreará y seguirá de cerca la asistencia de los estudiantes:**
 - a. La escuela proveerá información sobre asistencia y guía sobre faltas/ausencias a clase.
 - b. Se realizarán llamadas de asistencia cuando un estudiante esté ausente.
 - c. La escuela se comunicará con los padres para discutir preocupaciones por asistencia a la escuela y proveer información sobre recursos relevantes.
4. **Proveerá la oportunidad a los padres/encargados en involucrarse en el éxito de su niño:**
 - a. Entrenamientos de Padre/Maestro, provistos por el maestro del salón de clases y/o terapeuta, enfocados en destrezas específicas del estudiante incluídas en su IEP.
 - b. Entrenamientos para Padres, provistos por maestros de educación especial, terapeuta y especialistas en temas como comunicación, manejo del comportamiento y planificación para transición.
 - c. Oportunidades para proveer información para IEPs y asistir a las conferencias de medio año con los maestros.

Responsabilidades de los Padres/Encargados

Nosotros, como padres/encargados, apoyaremos el aprendizaje de nuestros niños de las siguientes maneras:

1. **Promoveré el progreso educacional de mi niño:**
 - a. Siendo un participante activo en el desarrollo del IEP de mi niño.
 - b. Asistiendo y participando en las reuniones de IEP y elegibilidad.
 - c. Participando en las conferencias de medio año u otras reuniones programadas para discutir el progreso de mi niño.
 - d. Participando en al menos un Entrenamiento para Padre.
2. **Regularmente me comunicaré con la escuela en áreas como:**
 - a. Completar los documentos escolares necesarios y los formularios para que mi niño pueda participar de lleno en su programa educacional.
 - b. Informar a la escuela y al maestro del salón de clases de cualquier asunto de asistencia y proveer documentación según sea necesario.
 - c. Incluir información importante pertinente a mi niño en el cuaderno de comunicación entre la casa y la escuela.
 - d. El padre le informará a la escuela sobre circunstancias que pueden impactar el funcionamiento de su niño en el día a día del programa escolar.
3. **Asegurarme que mi niño asiste a la escuela:**
 - a. Informaré sobre la ausencia de mi niño llamando a la línea de asistencia de la escuela.
 - b. Proveeré documentación que apoye las ausencias de mi niño a la escuela.
 - c. Haré un esfuerzo para programar citas al doctor y terapias fuera de las horas de instrucción de mi niño.
4. **Me involucraré en eventos a nivel de escuela, oportunidades de entrenamiento ofrecidas por la escuela y cualquier otra oportunidad para los padres involucrarse, tanto como sea posible.**

Signature of School Representative/Teacher

Date

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Convenio entre la Escuela y el Padre/Encargado (COPIA DEL PADRE)

St. Coletta Special Education Public Charter School y los padres/encargados participan en actividades, servicios y programas con fondos de Título I, Parte A del Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA) acuerdan que este convenio detalla cómo la responsabilidad para una mejorada ejecución de los estudiantes será compartida por todas las partes para construir y desarrollar una sociedad que ayudará a los estudiantes a tener éxito.

Este convenio entre la escuela y los padres está en efecto durante el año escolar 2021-2022.

Responsabilidades de la Escuela/Maestro

St. Coletta Special Education Public Charter School:

1. **Proveerá un programa de estudios e instrucción de alta calidad, en un ambiente de aprendizaje que brinda apoyo y efectividad, y que permite a los estudiantes que participan tener éxito en el marco escolar como sigue:**
 - a. Proveerá instrucción especializada y servicios relacionados a todos los estudiantes de acuerdo con el documento de su Programa Individualizado de Educación (IEP).
 - b. Proveerá la oportunidad a los padres para que puedan discutir el éxito de su niño a través de su participación en reuniones de IEP anuales, conferencias de medio año de padre-maestro, observaciones programadas y entrenamientos pertinentes a actividades de instrucción para pasar entre la casa y la escuela.
 - c. Proveerá entrenamiento al personal en el área de educación para promover el éxito del estudiante a nivel de escuela y progreso en las metas del IEP.
2. **Se comunicará con los padres/encargados como sigue:**
 - a. Proveerá comunicación escrita sobre el programa educacional, el programa de estudios FLS y estrategias de enseñanza que se usan a través de hojas informativas, el manual para los padres y eventos durante el Open House.
 - b. Proveerá reportes de progreso por trimestre y resultados de pruebas a nivel estatal, según sea apropiado.
 - c. Proveerá información específica del salón de clases a través del cuaderno de comunicación entre la casa y la escuela.
 - d. Se comunicará con el padre/encargado por teléfono, según sea necesario para discutir el programa del estudiante, informar sobre eventos por venir y comunicar información relacionada al estudiante.
 - e. Incluirá información actualizada sobre la escuela y mostrará actividades a nivel de escuela en las plataformas de redes sociales.
3. **Monitoreará y seguirá de cerca la asistencia de los estudiantes:**
 - a. La escuela proveerá información sobre asistencia y guía sobre faltas/ausencias a clase.
 - b. Se realizarán llamadas de asistencia cuando un estudiante esté ausente.
 - c. La escuela se comunicará con los padres para discutir preocupaciones por asistencia a la escuela y proveer información sobre recursos relevantes.
4. **Proveerá la oportunidad a los padres/encargados en involucrarse en el éxito de su niño:**
 - a. Entrenamientos de Padre/Maestro, provistos por el maestro del salón de clases y/o terapeuta, enfocados en destrezas específicas del estudiante incluídas en su IEP.
 - b. Entrenamientos para Padres, provistos por maestros de educación especial, terapeuta y especialistas en temas como comunicación, manejo del comportamiento y planificación para transición.
 - c. Oportunidades para proveer información para IEPs y asistir a las conferencias de medio año con los maestros.

Responsabilidades de los Padres/Encargados

Nosotros, como padres/encargados, apoyaremos el aprendizaje de nuestros niños de las siguientes maneras:

1. **Promoveré el progreso educacional de mi niño:**
 - a. Siendo un participante activo en el desarrollo del IEP de mi niño.
 - b. Asistiendo y participando en las reuniones de IEP y elegibilidad.
 - c. Participando en las conferencias de medio año u otras reuniones programadas para discutir el progreso de mi niño.
 - d. Participando en al menos un Entrenamiento para Padre.
2. **Regularmente me comunicaré con la escuela en áreas como:**
 - a. Completar los documentos escolares necesarios y los formularios para que mi niño pueda participar de lleno en su programa educacional.
 - b. Informar a la escuela y al maestro del salón de clases de cualquier asunto de asistencia y proveer documentación según sea necesario.
 - c. Incluir información importante pertinente a mi niño en el cuaderno de comunicación entre la casa y la escuela.
 - d. El padre le informará a la escuela sobre circunstancias que pueden impactar el funcionamiento de su niño en el día a día del programa escolar.
3. **Asegurarme que mi niño asiste a la escuela:**
 - a. Informaré sobre la ausencia de mi niño llamando a la línea de asistencia de la escuela.
 - b. Proveeré documentación que apoye las ausencias de mi niño a la escuela.
 - c. Haré un esfuerzo para programar citas al doctor y terapias fuera de las horas de instrucción de mi niño.
4. **Me involucraré en eventos a nivel de escuela, oportunidades de entrenamiento ofrecidas por la escuela y cualquier otra oportunidad para los padres involucrarse, tanto como sea posible.**

*****Padre/Encargado- mantenga esta copia para sus archivos. La versión titulada "School Copy" debe ser devuelta a la escuela con el resto de los documentos de Regreso a la Escuela.**

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

UN MIEMBRO DE LA FAMILIA ES CUALQUIER MENOR O ADULTO QUE VIVA CON USTED.

SI SU HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP), TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES O FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR) SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada menor.

Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro de la familia (incluido adultos) que reciba beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social.

Parte 6: Responda a esta pregunta solo si lo desea.

SI NINGUN MIEMBRO DEL HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DEL ESTADO SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE (SNAP) O TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) Y SI CUALQUIERA DE LOS MENORES DE SU HOGAR FAMILIAR ESTA DESAMPARADO, EN FUGA, O ES MIGRANTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada menor.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los menores por los que está solicitando esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de su hijo.

Parte 4: Complete únicamente si uno de los menores de su hogar familiar no califica conforme a la Parte 3. Vea las instrucciones para todos los demás miembros de la familia.

Parte 5: Firme el formulario. Si no tuvo que completar la Parte 4, no es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de la de Seguridad Social.

Parte 6: Responda a esta pregunta solo si lo desea.

SI SOLICITA EN NOMBRE DE UN NIÑO DE ACOGIDA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños del hogar familiar son de acogida:

Parte 1: Liste a todos los niños de acogida y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indique que es un niño de acogida.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

Si solo algunos de los niños del hogar familiar son niños de acogida:

Parte 1: Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona, incluido niños, que no tenga ingresos, marcar la casilla que dice "No tiene ingresos". Si el niño es un niño de acogida, marque la casilla correspondiente.

Parte 2: Si el hogar familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de su hijo de no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar familiar en este mes o el mes anterior.

- Casilla 1-Nombre: Liste a todos los miembros del hogar familiar que tengan ingresos.
- Casilla 2-Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibe el dinero -semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para ganancias, asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el dinero que va a la casa. El ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Deberá encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.
- Para otros ingresos, anote la cantidad que de cada persona recibe durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, seguro suplementario. Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad.
- Bajo *todos los demás ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de niños de acogida que la familia recibe de la agencia de colocación. UNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos dígitos de su número de la Seguridad Social (a bien marcar la casilla sino tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

LAS DEMAS UNIDADES FAMILIARES, ENTRE ELLAS LAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WJC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos".

Parte 2: Si el hogar familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de sus hijos. De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar familiar de este mes, o el mes anterior.

- *Casilla 1* -Nombre: Liste a todos los miembros del hogar familiar que tengan ingresos.
- *Casilla 2* -Ingresos Brutos: Con qué frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibe el dinero -semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensualmente. Para declarar ingresos, asegúrese de anotar el ingreso bruto no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Deberá encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.
- Para otros ingresos, anote la cantidad que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios para discapacitados. Bajo *todos los demás ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de niños de acogida que la familia reciba de la agencia de colocación. UNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmuebles de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Segura Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

PARTE 1: TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR				
Nombres de todos los miembros del hogar familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un niño de acogida (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) *si todos los niños indicados a continuación son niños de acogida, pase directamente a la PARTE 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingresos.	
PARTE 2. BENEFICIOS				
SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS [SNAP], [FDPIR] O [TANF Cash Assistance), <i>¡ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5.</i> SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.				
NOMBRE:		NÚMERO DE CASO:		
PARTE 3. SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTA DESAMPARADO, EN FUGA, O ES MIGRANTE, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A LA ESCUELA DE SU HIJO.				
DESAMPARADO	MIGRANTE	EN FUGA		
PARTE 4. INGRESOS TOTALES BRUTOS DEL HOGAR FAMILIAR. Tiene que decirnos cuantos ingresos y con qué frecuencia.				
1 NOMBRE (Liste únicamente los miembros del hogar familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUE FRECUENCIA SE RECIBIERON			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$199.99 /semanal	\$149.99/ cada dos semanas	\$99.99/mensual	\$50.00/mensual

PARTE 5: FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe listar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla "No tengo número de seguro social". (ver declaración en la siguiente página)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcione. Entiendo que el funcionario de la escuela puede verificar (comprobar) la información. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y yo puedo ser procesado.

Firme aquí: Nombre impreso:
Fecha: Numero de telefono:
Direccion:
Ciudad:
Estado:
Codigo:

los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social: ***.**---- No tengo un número de seguro social ____

PARTE 6: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnicidad: Elija uno o más (sin importar el origen étnico)
Hispano/Latino Asiático Indio americano o nativo de Alaska Afroamericano
No Hispano/Latino Caucásico Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

NO COMPLETAR ESTA PARTE. ESTO ES SÓLO PARA USO ESCOLAR

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income: Per: week every 2 weeks twice a month month year:

Household size:

Categorical Eligibility:

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature: date:

Confirming Official's Signature: date:

Sus hijos podrán calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos del hogar familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en esta página Web:

<http://www.fns.usda.gov/cnd/governance/notices/iegs/.RPF>

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto del hogar familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no se requieren si usted solicita en nombre de un niño de acogida o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto del hogar familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguridad Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explica que, si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

Recordatorio

Queridos Padres/Encargados,

¡Ha comenzado la verificación de residencia para el año escolar 2021-2022!

La ley del Distrito de Columbia (DC) requiere cada año la verificación de residencia en DC para todos los estudiantes que deseen inscribirse en las escuelas públicas del Distrito de Columbia, escuelas concertadas (charter) o escuelas financiadas por el Distrito de Columbia. Para poder inscribirse sin costo de matrícula en una escuela concertada (charter) o pública en DC ha de seguir los siguientes requisitos: 1) la persona que se inscribe debe ser el padre, el estudiante adulto o tutor legal válido, custodio u otro cuidador principal con la documentación adecuada; 2) la persona que se inscribe ha establecido una **presencia física** en el Distrito de Columbia; y 3) la persona que se inscribe ha presentado documentación válida y adecuada que establece la residencia según lo establecido en la ley y los reglamentos.

¿Qué significa ésto para usted?

Es responsabilidad del **padre / tutor** cumplir con los requisitos de verificación de residencia anual para el año escolar. Los padres o tutores que no completen el requisito de verificación de residencia para su hijo serán remitidos a la Oficina del Superintendente del Estado (OSSE) para determinar los procedimientos a seguir. **Es posible que se requiera que los padres / tutores de los estudiantes que no sean residentes paguen una matrícula prorrateada y que el estudiante sea retirado de la escuela.**

Proceso de Verificación de Residencia:

Las familias pueden cumplir con los requisitos de verificación de residencia ya sea en persona en la escuela, o enviando la información electrónicamente. Ambos métodos seguirán los mismos tres pasos (ver a continuación):

- 1) **ENVIAR DOCUMENTACIÓN:** Revise la lista de verificación de documentación aceptable en la página siguiente y determine qué documentos proporcionará a la escuela. Los documentos deben reflejar su dirección **actual** y confirmar la presencia física y legal en el Distrito de Columbia. Puede presentar la documentación al personal en la escuela de 8 am a 3 pm los lunes, martes, jueves y viernes (los miércoles el personal de la escuela no está disponible para revisar la documentación en persona). La documentación electrónica puede ser enviada por correo electrónico a residency@stcoletta.org.
- 2) **REVISIÓN DE LA ESCUELA:** St. Coletta revisará la documentación enviada. Si se necesitan documentos o información adicional, la escuela se comunicará con usted en persona, por teléfono o por correo electrónico.
- 3) **COMPLETE / FIRME FORMULARIOS REQUERIDOS:** Una vez que se haya proporcionado la documentación válida, la escuela le proporcionará formularios para que los revise y complete. Estos documentos incluirán una declaración jurada, así como un formulario de inscripción anual de estudiantes. Los formularios electrónicos se enviarán a las familias mediante DocuSign. **Es esencial que el padre / tutor que inscribe revise cuidadosamente y complete los documentos antes de firmar.**

Otra información importante:

- Si tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con la escuela en residency@stcoletta.org o llame al (202) 350-8680.
- Los estudiantes mayores de 18 años deberán firmar sus propios formularios de verificación de residencia como la "persona que inscribe" a menos que se haya designado a otro tutor (como un padre). Si ha tomado medidas para conservar la tutela de su estudiante adulto, la documentación debe estar archivada en la escuela. Los padres de estudiantes adultos que no han retenido la tutela deberán presentar documentación que respalde su residencia en DC y también deben completar los tramites de verificación de residencia.
- **Los padres / tutores deben notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección dentro de un periodo de 3 días** y se les pedirá que completen la verificación de residencia en la escuela una vez más.

Nuestro objetivo:

¡NO ESPERE PARA COMPLETAR ESTE PROCESO! Nuestro objetivo es tener todas las residencias para el año escolar 2021-2022 verificadas antes del 2 de julio de 2021.

¡Gracias por su ayuda para cumplir con este requisito!

Persona que realiza la inscripción, elija UNO de los métodos (A-C) para verificar su residencia en el DC.

A Verificación con autoridad escolar. Si usted no tiene vivienda, está bajo la tutela del Distrito o es participante de un programa de beneficios públicos del Distrito, como Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) o la Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, en inglés), su escuela ya debe de tener su información. Consulte con la autoridad escolar o con el intermediario para estudiantes sin hogar de la escuela.

A Verificación a través de la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR). Las familias/los estudiantes que se están inscribiendo nuevamente a menudo pueden verificar la residencia mediante el proceso de verificación de residencia de la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR, en inglés). La persona que realiza la inscripción debe haber pagado impuestos en el DC durante el año fiscal anterior y tener el número de Seguro Social del estudiante. El estudiante debe volver a inscribirse en la misma agencia de educación local e inscribirse en los grados K a 12. Inicie sesión en el sistema en ossedtax.com. En caso de aprobación, su verificación estará disponible para que su escuela la confirme.

Verificación mediante presentación de documentación de respaldo. Todos los puntos deben incluir el mismo nombre y dirección de la persona que realiza la inscripción, tal como se completó en el formulario de verificación de residencia del DC, y los documentos de inscripción de la escuela.

Se necesita UN elemento de esta lista.

- Un **comprobante de pago** válido emitido dentro de los 45 días posteriores a la revisión de la escuela de este formulario. Solamente debe contener la retención del impuesto del DC sobre la persona física para el año fiscal vigente y ningún otro estado enumerado para la deducción, incluso si el monto es cero. También debe indicar una retención del impuesto del DC sobre la persona física de un monto superior a cero, tanto para el año fiscal vigente como para el período de pago vigente.
- **Documentación oficial vigente de ayuda económica del Gobierno del Distrito de Columbia**, expedida a favor de la persona que realiza la inscripción dentro de los últimos 12 meses y vigente al momento en que se presente en la escuela, por parte de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP, en inglés), Ingreso Suplementario del Seguro Social, ayuda para la vivienda u otros programas.
- **Copia certificada del Formulario D40** emitida por la Oficina de Impuestos e Ingresos del DC (OTR), con comprobante de pago de impuestos del DC correspondientes al año fiscal vigente o más reciente y debe llevar el sello de la OTR.
- **Resoluciones o declaraciones de vivienda militar vigentes en papel con membrete militar:** deben constituir correspondencia oficial y mencionar la dirección específica de residencia en el DC.
- **Carta de la embajada** expedida en los últimos 12 meses: debe incluir un sello oficial de la embajada y la firma del funcionario de la embajada e indicar que la persona que realiza la inscripción actualmente reside, o residirá, en un inmueble propiedad de la embajada en el DC durante el año escolar correspondiente.

Se necesitan DOS elementos diferentes de esta lista.

- **Permiso de operador de vehículo automotor del DC** o identificación oficial de no conductor emitida por el gobierno, ambos deben ser válidos y vigentes.
- **Registro de vehículo automotor del DC** válido y vigente.
- **Contrato de arrendamiento o alquiler** que sea válido y esté vigente **con un comprobante de pago del alquiler por separado**, como un recibo de pago, un giro postal, o una copia del cheque cobrado.
El contrato de arrendamiento debe incluir la fecha de inicio, el monto del alquiler mensual, el nombre del arrendador y debe estar firmado por la persona que realiza la inscripción y el arrendador.
El comprobante de pago por separado debe corresponder a un período de dos meses previos a la revisión de este formulario por parte de la escuela y coincidir con el monto del alquiler mensual especificado en el contrato de arrendamiento.
- **Una factura de servicios (únicamente se aceptarán facturas de gas, electricidad y agua) con un recibo de pago por separado que indique el pago de la factura**, como un recibo de pago impreso, un giro postal, o una copia del cheque cobrado.
La factura de servicios debe corresponder a un período de dos meses anteriores a la revisión de la escuela de este formulario.
El comprobante de pago por separado debe corresponder a la factura específica que se haya presentado. Se suelen presentar dos facturas consecutivas en donde la segunda factura indica el pago de la primera. También se aceptan como pruebas de pago un monto acreditado en una factura y una carta de una agencia de gubernamental que subsidia el pago del servicio.

C Verificación a través de una visita domiciliaria. Si no puede realizar la verificación a través de uno de los métodos anteriores, hable con la autoridad de su escuela para coordinar una visita domiciliaria.

Inscripción como estudiante no residente

Los estudiantes no residentes solo califican para asistir a una escuela pública del Distrito si no hay residentes del DC que cumplan los requisitos en la lista de espera, la LEA (Agencia de Educación Local) acuerda inscribir al estudiante, se firma un acuerdo de matrícula con la Oficina del Superintendente Estatal de Educación, y se realiza un pago inicial de matrícula. Para firmar un acuerdo de matrícula y realizar el pago de la matrícula, envíe un correo electrónico a osse.residency@dc.gov. Los no residentes no califican para la inscripción a través del Programa de financiación para la expansión y mejora de pre-K del Distrito.

Personas que califican para inscribir a un estudiante.

- **Padre o madre:** padre o madre biológicos, pareja de hecho, padre o madre adoptivos que tenga la custodia o el control de un estudiante, incluida la custodia compartida.
- **Tutor:** un tutor legal de un estudiante que haya sido designado por un tribunal competente.
- **Custodio:** una persona a quien un tribunal competente le ha otorgado la custodia física de un estudiante.
- **Otro Cuidador Primario:** una persona que no es el padre/la madre, un custodio o un tutor designado por un tribunal, y es quien se encarga principalmente de brindar cuidado o control y sustento a un estudiante que vive con él o ella, y a quien su padre/madre, tutor o custodio no puede suministrar tal cuidado y sustento debido a dificultades familiares graves.
- **Estudiante adulto:** un estudiante de 18 años o más, que ha sido emancipado del control de sus padres por matrimonio, conforme a la legislación aplicable, o por decisión de un tribunal competente.



Vacunación anual contra el virus del papiloma humano (VPH)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Sección 1: Introducir la información del estudiante

Sección 2: Haga que el padre/tutor o estudiante (si tiene 18 años o más) firme y ponga la fecha después de leer la Declaración de Información sobre el VPH.

Section 1: Student Information			
Nombre de la Escuela:			
Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre y dirección del proveedor de servicios de salud:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:

A partir de 2009 y de conformidad con la Ley 17-10 del Distrito de Columbia (Vacunas contra el virus del papiloma humano y Ley de Informes de 2007) y la Notificación de Reglamentación del 19 de diciembre de 2014 para ampliar el Título 22 de las Regulaciones Municipales de DC, el padre o tutor legal de un estudiante que se matricula en los grados 6 a 12 por primera vez en una escuela del Distrito de Columbia debe presentar una certificación de que el estudiante:

1. A recibido la vacuna del virus del papiloma humano (VPH); o
2. No a recibí la vacuna contra el VPH este año escolar porque:
 - a. El padre o tutor ha objetado de buena fe y por escrito al funcionario principal de la escuela que la vacunación violaría sus creencias religiosas;
 - b. El médico del alumno, su representante o las autoridades de salud pública han proporcionado a la escuela una certificación escrita de que la vacunación es médicamente desaconsejable; o
 - c. El padre o el tutor legal, a su discreción, ha decidido no participar en el programa de vacunación contra el VPH mediante la firma de una declaración en la que declara que el padre o el tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación contra el VPH y ha decidido no participar.

Sección 2: Firma

Opción anual de no recibir vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

He recibido y revisado la información proporcionada sobre el VPH y los beneficios de la vacuna contra el VPH en la prevención del cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales si se administra a niñas y niños preadolescentes. Después de ser informado del riesgo de contraer el VPH y la relación entre el VPH y el cáncer de cuello de útero, otros cánceres y verrugas genitales, he decidido optar por no cumplir con el requisito del VPH para el estudiante mencionado. Sé que puedo volver a tratar este tema en cualquier momento y completar las vacunas requeridas.

Firma del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años

Date

Escriba el nombre del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años.

INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano genital (VPH) es el virus de transmisión sexual más común en el Estados Unidos. Hay unos 100 tipos de VPH. La mayoría de las infecciones no causan ningún síntoma y desaparecen por sí solas. El VPH es importante principalmente porque puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y varios tipos de cáncer menos comunes tanto en hombres como en mujeres. También puede causar verrugas genitales y verrugas del tracto respiratorio superior. No hay cura para el VPH, pero los problemas que causa pueden ser tratados.

Alrededor de 20 millones de personas en los EE.UU. están infectadas, y alrededor de 6 millones más se infectan cada año. El VPH se propaga generalmente a través del contacto sexual. Más del 50% de los hombres y mujeres sexualmente activos se infectan con el VPH en algún momento de sus vidas. Cada año en los EE.UU., alrededor de 12.000 mujeres contraen cáncer de cuello uterino y 4.000 fallecen a causa de él, con índices de cáncer de cuello uterino en DC superiores a los promedios nacionales.

La vacuna contra el VPH es una vacuna inactivada (no viva) que protege contra cuatro tipos principales de VPH. Estos incluyen dos tipos que causan alrededor del 70% del cáncer de cuello de útero y dos tipos que causan alrededor del 90% de las verrugas genitales. La vacuna contra el VPH puede prevenir la mayoría de las verrugas genitales y la mayoría de los casos de cáncer de cuello de útero.

Se espera que la protección sea duradera. Sin embargo, las mujeres vacunadas aún necesitan una prueba de detección de cáncer de cuello de útero porque la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que causan cáncer de cuello de útero.

La vacuna contra el VPH se recomienda de forma rutinaria para niñas y niños de 11 a 12 años de edad, pero puede administrarse a partir de los 9 años. Es importante que las niñas y los niños se vacunen contra el VPH antes de su primer contacto sexual, porque no han estado expuestos al VPH. La vacuna protege contra algunos, pero no todos, los tipos de VPH. Sin embargo, si una mujer o un hombre ya está infectado con un tipo de VPH, la vacuna no prevendrá la enfermedad de dicho tipo. Aún así, se recomienda que las mujeres y los hombres con VPH se vacunen. Además, la vacuna contra el VPH puede prevenir el cáncer vaginal y vulvar en las mujeres, y las verrugas genitales y el cáncer anal tanto en hombres como en mujeres.

La vacuna también se recomienda para las mujeres de 13 a 26 años de edad y los hombres de 13 a 21 años de edad (o hasta los 26 años en algunos casos) que no la recibieron cuando eran más jóvenes. Se puede administrar junto con cualquier otra vacuna necesaria.

La vacuna contra el VPH se administra en una serie de tres dosis:

1ª dosis: Ahora

2ª dosis: dos meses después de la 1ª dosis

3ª dosis: seis meses después de la 1ª dosis

Las personas que han tenido una reacción alérgica a la levadura, que puso en peligro su vida, mujeres embarazadas o personas que padecen una enfermedad moderada o grave no deben recibir la vacuna. Los efectos secundarios son en su mayoría leves, incluyendo picazón, dolor, enrojecimiento en el lugar de la inyección y fiebre leve o moderada.

Si necesita información adicional, póngase en contacto con su proveedor de atención médica, con el Programa de Inmunización del Departamento de Salud del Distrito de Columbia al (202) 576-7130 o con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

Oral Health Assessment Form

For all students aged 3 years and older, use this form to report their oral health status to their school/child care facility.

Instructions

- Complete Part 1 below. Take this form to the student's dental provider. The dental provider should complete Part 2.
- Return fully completed and signed form to the student's school/child care facility.

Part 1: Student Information (To be completed by parent/guardian)

First Name _____ Last Name _____ Middle Initial _____

School or Child Care Facility Name _____

Date of Birth (MMDDYYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

Home Zip Code

--	--	--	--	--	--

School Grade	Day-care	PreK3	PreK4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Adult Ed.
	<input type="checkbox"/>																

Part 2: Student's Oral Health Status (To be completed by the dental provider)

	Yes	No		
Q1 Does the patient have at least one tooth with apparent cavitation (untreated caries)? This does NOT include stained pit or fissure that has no apparent breakdown of enamel structure or non-cavitated demineralized lesions (i.e. white spots).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q2 Does the patient have at least one treated carious tooth ? This includes any tooth with amalgam, composite, temporary restorations, or crowns as a result of dental caries treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q3 Does the patient have at least one permanent molar tooth with a partially or fully retained sealant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q4 Does the patient have untreated caries or other oral health problems requiring care before his/her routine check-up? (Early care need)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5 Does the patient have pain, abscess, or swelling? (Urgent care need)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q6 How many primary teeth in the patient's mouth are affected by caries that are either untreated or treated with fillings/crowns ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q7 How many permanent teeth in the patient's mouth are affected by caries that are either untreated, treated with fillings/crowns, or extracted due to caries ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q8 What type of dental insurance does the patient have?	Medicaid	Private Insurance	Other	None
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dental Provider Name _____	Dental Office Stamp
Dental Provider Signature _____	
Dental Examination Date _____	

This form replaces the previous version of the DC Oral Health Assessment Form used for entry into DC Schools, all Head Start programs, and child care centers. This form is approved by the DC Health and is a confidential document. Confidentiality is adherent to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) for the health providers and the Family Education Right and Privacy Act (FERPA) for the DC Schools and other providers.

DC HEALTH Certificado Universal de Salud

Use este formulario para informar sobre la salud física de su hijo a su escuela/centro de cuidado infantil. Esto es requerido por la Sección 38-602 del Código Oficial del Distrito de Columbia. Pida a un profesional médico autorizado que complete las partes 2 a 4. Acceda a los programas de seguro de salud en <https://dchealthlink.com>. Puede comunicarse con el personal de la sala de salud a través de la oficina principal de la escuela de su hijo.

Parte 1: Información personal del niño | A ser completada por el padre/tutor.

Apellido del niño:		Nombre del niño:			Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o centro de cuidado infantil:				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos anteriores		
Dirección residencial:		Apartamento:	Ciudad:	Estado:	CÓDIGO POSTAL:	
Etnia (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo / Americano de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Nombre del padre/tutor:				Teléfono del padre/tutor:		
Nombre de contacto en caso de emergencia:				Teléfono de contacto en caso de emergencia:		
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/N.º de identificación del seguro:				
¿Ha visto el niño a un dentista/proveedor de servicios odontológicos en el último año?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autorizo al examinador médico/centro de salud que firma para compartir la información médica en este formulario con la escuela, el centro de cuidado infantil, el campamento de mi hijo o la agencia gubernamental del Distrito de Columbia correspondiente. Asimismo, por el presente, reconozco y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes tendrán inmunidad frente a toda responsabilidad civil por actos u omisiones de acuerdo con la Ley 17-107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe completarse y devolverse a la escuela de mi hijo todos los años.						
Firma del padre/tutor: _____				Fecha: _____		

Parte 2: Child's Health History, Exam and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Weight: <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	Height: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI Percentil:
Vision Screening Left eye: 20/____ Right eye: 20/____ <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Wears Glasses		<input type="checkbox"/> Referred		<input type="checkbox"/> Not tested
Hearing Screening: (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Not tested	<input type="checkbox"/> Uses device	<input type="checkbox"/> Referred
Does the child have any of the following health concerns? (Check all that apply and provide details below)					
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Sickle Cell			
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Heart failure	<input type="checkbox"/> Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care. Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Language/Speech	<input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Other: _____			
<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Scolliosis				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizures				
Provided details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment form; and if the child was referred please note . _____					

TB Assessment | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level of TB?	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:
<input type="checkbox"/> High → complete skin test and/or Quantiferon test	Skin Test Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Positive	
<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Positive, Treated	
	Quantiferon Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated	

Additional notes on TB test:

Lead Exposure Risk Screening | All lead levels must be reported to the DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS Every child must have 2 elad tests by age 2	1st Test Date:	1st Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Developmental Screening Date:	1st Serum/Finger Stick Lead Level:
	2nd Test Date:	2nd Result : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, DEvelopmental Screening Date:	2nd Serum/Finger Stick Lead Level

HGB/HCT Test Date:	HGB/HCT Result:
--------------------	-----------------

Parte 3: Immunization Information | To be completed by licensed health care provider.

Child's Last Name:				Child's First Name:				Date of Birth:		
Immunizations	In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)									
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DtaP)	1	2	3	4	5					
DT (<7 yrs.)/Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5					
Tdap Booster	1									
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4						
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4						
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4						
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2								
Measles	1	2								
Mumps	1	2								
Rubella	1	2								
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)							
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4						
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2								
Meningococcal Vaccine	1	2								
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3							
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7			
Rotavirus (Recommended)	1	2	3							
Other	1	2	3	4	5	6	7			

The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on Schedule: **Next appointment is** _____

Medical Exemption (if applicable)

I certify that the above child has a valid contraindication (s) to being immunized at the time against

- Diphtheria Tetanus Pertussis Hib HepB Polio Measles
 Mumps Rubella Varicella Pneumococcal HepA Meningococcal HPV

¿Is this medical contraindication permanent or temporary? Permanent Temporal until: _____ (date)

Alternative Proof of Immunity (if applicable) I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

- Diphtheria Tetanus Pertussis Hib HepB Polio Measles
 Mumps Rubella Varicella Pneumococcal HepA Meningococcal HPV

Parte 4: Licensed Health Practitioner's Certifications | To be completed by licensed health care provider

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is in satisfactory health to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one. No YEs

Este niño está autorizado para realizar **competitive sports**. N/C No YEs Yes, pending additional clearance form: _____

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

Licensed Health Care Provider Office Stamp

Provider Name:		
Provider Phone:		
Provider Signature:	Date:	

OFFICE USE ONLY | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel

School Office Name:	Signature:	Date:
Health Suite Personnel Name:	Signature:	Date: