

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 2022-2023
- _____ Formulario de Divulgación Fotográfica
- _____ Formulario para Almuerzo sin costo o a una tarifa reducida (Firmado por el Padre/Encargado)
- _____ Acuse de Recibo
- _____ Nuevo estudiante: Encuesta del Idioma en el Hogar ; Formulario de raza/etnicidad

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 Especifico 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 2022-2023

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).



PARTICIPACIÓN EN SALIDAS EN LA COMUNIDAD rev. 6/2022

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 2022-2023. 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. 6/2022

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 2022-2023.

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





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 requiere anualmente y permanecerá archivado en la escuela. Sin embargo, los padres/tutores pueden cambiar su decisión de consentimiento 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: 6/2022



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 2022-2023.

Responsabilidades de la Escuela/Maestro

St. Coletta of Greater Washington:

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

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				
<p>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></p> <p>SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.</p>				
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".



ACUSE DE RECIBO

Acuso recibo y soy responsable de la revisión de las siguientes políticas y notificaciones:

- Manual para padres Año Escolar 22-23
- Notificación FERPA
- Política de quejas ESEA
- Notificación anual de Medicaid
- Política de Disciplina
- Política de prevención del acoso y la intimidación

Se mantendrá una copia de este recibo en el archivo de la escuela de mi hijo. Entiendo que puedo revisar estas políticas/notificaciones en cualquier momento en el sitio web de la escuela (www.stcoletta.org) o solicitando copias impresas al personal de la escuela.

Nombre del padre o encargado (en letra de molde)

Firma del padre o encargado

Fecha





julio 2022

Estimados padres/tutores:

Estamos emocionados por otro año escolar y nos gustaría compartir algunas actualizaciones sobre los requisitos de salud. Se adjuntan formularios para órdenes médicas relacionadas con medicamentos, sondas de alimentación y otros procedimientos médicos para la escuela. De acuerdo con el Programa de Salud Escolar de DC, todas las órdenes médicas deben ser renovadas por el médico al comienzo de cada año escolar. Proporcione todos los pedidos y medicamentos antes de nuestro primer día de clases para que estemos preparados para atender a su hijo. Los medicamentos, la alimentación por sonda y los procedimientos de enfermería no se pueden administrar sin estos formularios de permiso debidamente completados. Asegúrese de que tengamos nuevos medicamentos si los medicamentos actuales están vencidos.

El Departamento de Salud de D.C. (DOH) y la Oficina del Superintendente de Educación del Estado (OSSE) tienen requisitos estrictos de vacunación que continúan en el próximo año escolar. Pídale a su proveedor médico que revise el registro de vacunas de su hijo y proporcione actualizaciones según sea necesario. Estas vacunas son obligatorias para asistir a la escuela. **Los estudiantes sin las vacunas actuales tendrán 20 días escolares para presentar prueba de las vacunas requeridas una vez que la escuela notifique el incumplimiento. Si no se proporcionan los registros de vacunas actualizados, será expulsado de la escuela hasta que se proporcione la documentación. NUEVO DEL SY 22-23: Cualquier estudiante de 16 años o más al comienzo del año escolar 22-23 debe haber recibido su serie primaria de vacunación COVID-19 (o estar procediendo de acuerdo con la serie) o estar sujeto a la asistencia de vacunación de OSSE políticas Se recomienda encarecidamente la vacunación de los estudiantes de 5 a 15 años.**

Además, se requieren exámenes físicos y dentales anualmente. Se adjuntan los formularios necesarios.

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a la oficina de enfermería a jehan.jones@stcoletta.org. El número de fax de la oficina es 202-350-8658.

Gracias,

Equipo de enfermería de St. Coletta



School Immunization Requirements Guide **effective 03-01-2022**

FAMILIES with CHILDREN in Public, Charter, Private, Parochial, Preschool - DC Health recognizes the importance of vaccinations for preventing disease and reducing the dangers that can come with being exposed to certain diseases. This document outlines the vaccines requirements based on age for all students upon enrollment in schools, reflecting recent changes to the CDC Child and Adolescent Immunization Schedule 2022.

All students attending school in **the District of Columbia** must present proof of appropriately spaced immunizations **annually**, by the first day of school.

- **Please complete and return** your student’s school health forms including the Universal Health Certificate and Oral Health Assessment Form.
- ALL STUDENTS ARE **STRONGLY RECOMMENDED** TO RECEIVE AN **ANNUAL FLU VACCINE**
- ALL STUDENTS ARE **STRONGLY RECOMMENDED** TO RECEIVE A **FULL COURSE** OF COVID-19 VACCINE ONCE THEY BECOME ELIGIBLE

My student must receive these vaccine doses upon school enrollment*

Preschool – Head Start



The following vaccines are typically received before the age of 2:

- 4 doses of Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)
- 3 doses of Polio
- 1 dose Varicella if no history of chickenpox
- 1 dose of Measles/Mumps/Rubella (MMR)
- 3 doses of Hepatitis B
- 2 doses of Hepatitis A
- 3 or 4 doses* of Hib (Haemophilus Influenza Type B)
- 4 doses of PCV (Pneumococcal)

*See **PROVIDER** for recommended doses.

All Students ARE STRONGLY RECOMMENDED to receive an ANNUAL FLU VACCINE

Kindergarten – 1st Grade



Additional doses needed AFTER receiving the vaccines listed above:

- 1 dose of Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)
- 1 dose of Polio
- 1 dose of Varicella if no history of chickenpox
- 1 dose of Measles/Mumps/Rubella (MMR)

All Students ARE STRONGLY RECOMMENDED to receive an ANNUAL FLU VACCINE

2nd Grade – 5th Grade



Consult your PROVIDER to be certain your student has received all vaccinations listed under 2-3 and 4-6 years of age.

All Students ARE STRONGLY RECOMMENDED to receive an ANNUAL FLU VACCINE

School Immunization Requirements Guide **effective 03-01-2022**

- Please complete and return your student’s school health forms including the Universal Health Certificate and Oral Health Assessment Form.
- ALL STUDENTS ARE **STRONGLY RECOMMENDED** TO RECEIVE AN **ANNUAL FLU VACCINE**
- ALL STUDENTS ARE **STRONGLY RECOMMENDED** TO RECEIVE A **FULL COURSE** OF COVID-19 VACCINE ONCE THEY BECOME ELIGIBLE

My student must receive these vaccine doses upon school enrollment*

<p>6TH Grade – 9TH Grade</p>  <p>11-16 years old</p>	<p>Additional Required Vaccines AFTER ALL vaccines on Page 1 are Received.</p> <p>1 dose of Tdap 2 doses of Meningococcal (Men ACWY) 2 or 3 doses of Human Papillomavirus Vaccine (HPV)</p> <p>*Student Athletes are required to receive COVID-19 Vaccinations. See PROVIDER for recommended doses and intervals.</p> <p>All Students ARE STRONGLY RECOMMENDED to receive an ANNUAL FLU VACCINE</p>
<p>10TH Grade – 12TH Grade</p>  <p>16 + years old</p>	<p>Required vaccinations for ALL Students 16 years of age and older</p> <p>Full Course of a COVID-19 mRNA vaccine series. See PROVIDER for dosage and intervals.</p> <p>All Students should receive an ANNUAL FLU VACCINE</p>

*The spacing and number of doses required may vary. Please contact your child’s health care provider. For additional information, contact DC Health’s Immunization Program at (202) 576-7130.

Estimado Padre de familia/Guardián:

En 2009, el Distrito de Columbia aprobó una ley, la Ley 17-10 del D.C., Ley de Vacunación e Informe sobre el Virus del Papiloma Humano de 2007 que requiere que los estudiantes que se matriculan por primera vez en 6^{to} a 12^{mo} grado en una escuela del Distrito de Columbia presenten un certificado en el que conste que han:

1. Recibido la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH); o
2. No ha recibido la vacuna contra el VPH este año porque:
 - a. El padre de familia o guardián ha objetado de buena fe y por escrito al director de la escuela que la vacuna podría violar su credo religioso;
 - b. El médico del estudiante, su representante o las autoridades de salud pública han proporcionado a la escuela una certificación escrita en la que consta que la vacunación no es aconsejable médicamente; o
 - c. El padre de familia o tutor legal, a entera su discreción, ha optado por no tomar parte en el programa de vacunación contra el VPH firmando una declaración en la que consta que el padre de familia o tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación y ha optado por no participar.

Cada año, los proveedores de atención médica diagnostican más de 32,000 casos nuevos de cáncer relacionado con el VPH. La vacuna contra el VPH puede ayudar a proteger a su hijo(a) contra nueve cánceres asociados al VPH incluyendo el cáncer de cuello uterino en las mujeres, y cánceres que se localizan en la boca y la garganta tanto en los hombres como en las mujeres. Como padres de familia/guardianes, toman muchas decisiones para mantener a sus hijos sin enfermedades. Estar informado sobre el VPH constituye una decisión importante. La vacuna contra el VPH es segura y puede ayudar a proteger a su hijo(a) del cáncer, esta vacuna funciona mejor cuando se le administra al niño antes que haya estado expuesto al virus. La vacuna se puede aplicar junto con otras vacunas recomendadas y se administra en una serie de dos o de tres dosis, dependiendo de la edad de su hijo(a) y de cuándo se inició la serie de la vacuna. Es importante completar las series de dosis.

Revise la información que se proporciona al dorso de esta carta. Después de leer la información, como padre de familia/guardián, usted puede optar por hacer vacunar a su hijo(a) o bien puede optar por no participar en el requisito escolar de vacunación contra el VPH. Sin embargo, Salud del D.C. sugiere encarecidamente que los niños sean vacunados conforme lo recomiendan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Contacte a su proveedor de atención médica para determinar cuándo su hijo(a) puede recibir las series de la vacuna. Aproveche esta oportunidad para conversar sobre la vacuna contra el VPH y otras vacunas con el médico.

Si necesita obtener más información, comuníquese con el Programa de Vacunación de Salud del D.C. al (202) 576-7130.

Certificado de Negación a la Vacuna anual contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Instrucciones para completar el Certificado de Negación a la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)
(Devuelva el Certificado completo a la escuela, guarde una copia de la hoja informativa a modo de constancia)

Sección 1: Antes de firmar, lea la hoja informativa sobre el VPH y la Vacuna contra el VPH.

Sección 2: Haga que el padre de familia/guardián o estudiante (si tiene 18 años de edad o más) firme y feche después de leer esta declaración de Información sobre el VPH.

Sección

Nombre de la escuela:

Nombre del Estudiante:

Fecha de nac.:

Grado:

Domicilio:

Ciudad:

Código postal:

Teléfono:

Nombre y dirección del proveedor de atención médica:

Ciudad:

Código postal:

Teléfono:

El proveedor de atención médica de mi hijo(a) recomendó la vacuna contra el VPH. Sí No

Negación anual a la vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH)

He recibido y revisado los beneficios de la vacuna contra el VPH en la prevención del cáncer de cuello uterino y de verrugas genitales cuando es administrada a niñas /os preadolescentes. Después de haber revisado la información sobre el riesgo de contraer el VPH y sobre la relación que existe entre el VPH y el cáncer de cuello uterino, otros cánceres y las verrugas genitales, he decidido optar por no participar en el requisito de vacunación contra el VPH para el estudiante que se menciona arriba. Sé que puedo reconsiderar esta decisión en cualquier momento durante el periodo de vacunación recomendado y completar las vacunas requeridas.

Firma del Padre de familia/ Guardián o Estudiante si tiene 18 años de edad o más

Fecha

Nombre en letra de imprenta del Padre de Familia/Guardián o Estudiante tiene de 18 años de edad o más

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).

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.			
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<i>Details Provided below</i>			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Language/Speech	<input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements			
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Obesity	<i>Details Provided below</i>			
<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizures	<i>Details provided below.</i>			
<input type="checkbox"/> Other: _____					
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,	1st Serum/Finger Stick Lead Level:
	2nd Test Date:	2nd Result : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal,	2nd Serum/Finger Stick Lead Level
HGB/HCT Test Date:		HGB/HCT Result:	

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

Child Last Name: _____ **Child 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 medical 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 Temporary 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

Part 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

This child is cleared for **competitive sports**. N/A No Yes Yes, pending additional clearance from: _____

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 Official Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

Health Suite Personnel Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

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.



Plan de tratamiento para medicamentos y procedimiento médico

Utilice este formulario para detallar el plan de medicamentos o procedimiento médico de su alumno que se administrará en su escuela y devuélvalo al personal de la sala de salud. El personal de la sala de salud se comunicará con usted para organizar la entrega de medicamentos/suministros médicos. Para necesidades múltiples, complete varias hojas.

Parte 1: Información del alumno y padre/cuidador | A ser completado por el padre/cuidador del alumno.

Nombre del alumno:		Apellido del alumno:		Grado:	
Nombre del establecimiento educativo:			Fecha de nacimiento del alumno:		
Nombre del padre:			Apellido del padre:		
Correo electrónico del padre			Teléfono del padre:		

Por el presente, solicito y autorizo al personal de la sala de salud a administrar el medicamento/tratamiento prescrito según las indicaciones de los proveedores de atención médica autorizados al alumno nombrado en la Parte I. Entiendo que:

- Soy responsable de llevar a la escuela los medicamentos/suministros médicos necesarios para el personal de la sala de salud.
- Todos los medicamentos/suministros médicos se almacenarán en un área segura de la escuela. El personal de la sala de salud no asumirá ninguna responsabilidad por la posible pérdida de los medicamentos/suministros médicos del alumno.
- Dentro de la semana posterior a la caducidad del medicamento o los insumos médicos o dentro de la semana posterior al final del año escolar, debo recoger lo que no se utilizó o será destruido.
- El personal de la escuela o de la sala de salud no asumirá ninguna responsabilidad por los medicamentos/tratamientos no autorizados que el alumno se administre por su propia cuenta.
- Si se produce algún cambio en el plan de salud o el tratamiento de mi alumno, notificaré de inmediato al personal de la escuela y de la sala de salud, según lo requerido anualmente por el Código Oficial de DC Sección 38-651.03.
- Los planes de tratamiento y los planes de medicamentos deben actualizarse anualmente y cuando haya algún cambio en los requisitos de salud o tratamiento del alumno.
- Por el presente, reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes serán inmunes de responsabilidad civil por actos de omisión conforme a la Ley 17107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, de negligencia grave o mala conducta intencional.

Firma del padre/cuidador: _____ Fecha: _____

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:		End date for school administration of this medication:			
------------	--	--	--	--	--

This medication is: New; the first dose was given at home on date and time: _____ Renewal Change

Is this a standing order? Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: refer to anaphylaxis plan Yes, other: _____
 Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: refer to anaphylaxis plan No
 Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: refer to asthma action plan

Name and strength of medication:		Dose/route:			
----------------------------------	--	-------------	--	--	--

Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)

If a reaction can be expected, please describe:

Additional instructions or emergency procedures:

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:		This procedure is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change			
------------	--	--	--	--	--

Treatment:

When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)

End date for school administration of this treatment:

Additional instructions or emergency procedures:

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns? Yes No

Licensed Health Care Provider Office Stamp	Provider Name:	
	Provider Phone:	
	Provider Signature:	Date:
OFFICE USE ONLY Medication and/or treatment plan received by Health Suite Personnel.		
Name:	Signature:	Date:



Authorization for Feeding Tube Procedures at School
Autorización para procedimiento de alimentación por tubo en la escuela

Healthcare provider: Please complete and sign the following order

Student name: _____ Date of birth: ____/____/____

Student diagnosis: _____

Student Address: _____

Student telephone number: _____

Please specify which of the following are indicated for this student while at school.

Replace g-tube as needed or Do not replace g-tube
Reason for procedure: _____
Precautions, possible adverse reactions: _____

Tube Feeding
Formula: _____
Route of administration: _____
Quantity: _____
Time: _____
Delivery (bolus, pump, etc.), given over how many minutes: _____
Flush: _____
Reason for procedure: _____
Precautions, possible adverse reactions: _____

Oral intake (NPO, pureed, thickened liquids, etc.): _____

Date of Authorization: ____/____/____ Order expiration date: ____/____/____

Healthcare provider name: _____

Healthcare provider telephone number: _____

Healthcare provider signature: _____ Date: ____/____/____

Padre/Encargado: Favor de llenar y firmar lo siguiente

Autorizo al enfermero de la escuela/personal de la escuela entrenado, a proveer el procedimiento arriba descrito a mi niño (nombre del niño) _____ según haya instruído el doctor.

Yo he leído el reglamento del Programa de Salud de las Escuelas del Distrito de Columbia en relación a asistencia médica específica en la escuela y estoy de acuerdo.

Nombre del Padre/Encargado: _____

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha: ____/____/____

Firma del enfermero de la escuela: _____ Fecha: ____/____/____

