DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 2023-2024

_____ 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 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

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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

2023-2024

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**

INFORMACION ADICIONAL

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

St. Coletta Special Education Public Charter School

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

Nombre del estudiante:_____

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

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).

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

St. Coletta Special Education Public Charter School

Seeing possibilities beyond disabilities

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 instrucciónes basadas en la comunidad durante el año escolar 2023-2024. 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 2023-2024.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor fecha

1901 Independence Avenue SE, Washington DC 20003
Tel:(202) 350-8680 ■ Fax: (202) 350-8699
www.stcoletta.org

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 2023-2024.

Responsablidades de la Escuela/Maestro

St. Coletta of Greater Washington:

1. **Proveerá un programa de estudios e intrucción 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 intrucción 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. Provide classroom specific information and via the home-school online communication system.
    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/encargadosen 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 eligibilidad.
    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 relativa a mi hijo para la jornada escolar a través del sistema de comunicación en línea entre el hogar 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**

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

Convenio entre la escuela y los padres/tutores (COPIA PARA LOS PADRES)

St. Coletta Special Education PCS School y los padres/tutores de los estudiantes que participan en actividades, servicios y programas financiados por el Título I, Parte A de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA) están de acuerdo en que este pacto describe cómo la responsabilidad de mejorar el rendimiento de los estudiantes será compartida por todas las partes para construir y desarrollar una asociación que ayudará a los estudiantes a lograr.
Este pacto escuela-padres estará en vigor durante el curso escolar 2023-2024.

Responsabilidades de la escuela y del profesor
La escuela St. Coletta lo hará:

Proporcionar un plan de estudios y una enseñanza de alta calidad en un entorno de aprendizaje eficaz y de apoyo que permita a los alumnos participantes alcanzar los siguientes logros en el entorno escolar:

a. Proporcionar instrucción especializada y servicios relacionados a todos los alumnos de acuerdo con su documento de Programa Educativo Individualizado (IEP).
b. Proporcionar a los padres oportunidades para debatir los logros de sus hijos mediante la participación en las reuniones anuales del IEP, las conferencias de padres y profesores a mitad de curso, las observaciones programadas y las formaciones pertinentes a las actividades de instrucción para su transferencia entre el hogar y la escuela.
c. Proporcionar formación integral para el desarrollo del personal en el área de la educación con el fin de promover los logros de los estudiantes en toda la escuela y el progreso de los objetivos del IEP.

2. Comuníquese con los padres/tutores de la siguiente manera:

a. Proporcionar comunicación escrita sobre el programa educativo, el plan de estudios de FLS y las estrategias de enseñanza utilizadas a través de boletines escolares, el manual para padres y eventos de puertas abiertas.
b. Proporcionar informes trimestrales sobre el progreso de los alumnos y los resultados de las pruebas estatales, según proceda.
c. Proporcionar información específica del aula y a través del sistema de comunicación en línea entre el hogar y la escuela.
d. Contactar con los padres/tutores por teléfono cuando sea necesario para hablar de la programación del alumno, informar de los próximos eventos y transmitir otra información pertinente sobre el alumno.
e. Incluya información actualizada sobre la escuela y muestre las actividades escolares en las plataformas de las redes sociales.

3. Control y seguimiento de la asistencia de los alumnos.

a. La escuela facilitará información sobre las normas de asistencia y absentismo escolar.
b. Se realizarán llamadas de asistencia cuando un alumno esté ausente.
c. La escuela se pondrá en contacto con los padres para hablar de los problemas de asistencia y proporcionar información sobre los recursos pertinentes.

4. Proporcionar a los padres/tutores oportunidades para participar en los logros de sus hijos.

a. Formaciones para padres y profesores impartidas por el profesor de la clase y/o los terapeutas centradas en habilidades específicas del alumno incluidas en su IEP.
b. Formación para padres impartida por profesores de educación especial, terapeutas y especialistas en temas como la comunicación, la gestión del comportamiento y la planificación de la transición.
c. Oportunidades de hacer aportaciones a los PEI y asistir a las reuniones de padres y profesores a mitad de curso.

Responsabilidades de los padres/tutores
Nosotros, como padres/tutores, apoyaremos el aprendizaje de nuestros hijos de las siguientes maneras:

1. Promover el progreso educativo de mi hijo mediante:

a. Participar activamente en la elaboración del PEI de mi hijo.
b. Asistir y participar en las reuniones del IEP y de elegibilidad.
c. Participar en las reuniones de padres a mitad de curso u otras reuniones programadas para hablar de los progresos de mi hijo.
d. Participar en al menos una formación para padres

2. Comunicarse regularmente con la escuela en ámbitos como:

a. Cumplimentación de los documentos escolares y formularios de permiso necesarios para que mi hijo pueda participar plenamente en su programa educativo.
b. Informar a la escuela y al profesor de cualquier problema de asistencia y proporcionar la documentación necesaria.
c. Incluir información importante pertinente a mi hijo para el día escolar a través del sistema de comunicación en línea entre el hogar y la escuela.
d. Los padres informarán a la escuela de las circunstancias que puedan afectar al funcionamiento diario del niño en el programa escolar.

3. Garantizar la escolarización de mi hijo.

a. Comunicaré la ausencia de mi hijo llamando al teléfono de asistencia del colegio y presentaré las excusas al colegio por escrito
b. Proporcionaré a la escuela la documentación que justifique las ausencias de mi hijo/a
c. Me esforzaré por programar las citas médicas y terapéuticas fuera del horario lectivo de mi hijo.

4. Participar, en la medida de lo posible, en los eventos escolares, en las oportunidades de formación ofrecidas por la escuela y en cualquier otra oportunidad de participación de los padres.

*****Padres/tutores: conserven esta copia para sus archivos. La versión titulada "Copia para la escuela" debe devolverse a la escuela con el resto de los documentos de la vuelta al cole.**

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

PERMISO DE VIDEO/FOTOGRAFÍA

Nombre del estudiante: _____

A lo largo del año escolar, es possible 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

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 0 FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDI'IR)** SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte1: 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, 0 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.
Parte4: 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.

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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-lngreso 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 Ia 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 Ia familia recibe de Ia agencia de colocación. UNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabaja,* declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en Ia 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 Ia 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 compensacion 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 lodesea,

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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), *¡ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS* Y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5.
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 4.1NGRESOS 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 demas ingresos
(Ejemplo) Ana Cabrera	$199.99 /semanal	$149.99/ cada dos semanas	$99.99/mensual	$50.00/mensual

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 aqui: 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:

☐ Hispano/Latino

☐ No Hispano/Latino

Elija uno o más (sin importar el origen étnico)

☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Afroamericano

☐ 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:

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 limites señalados en esta página Web: http://www.fns.usda.goy/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 identificacion 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 informacion de elegibilidad con ciertos programas de educacion, salud y nutricion 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.

Declaracion de no discriminacion: 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 institucion discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminacion, 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 media 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".

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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 6to a 12mo 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.

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

¿Qué es el virus del Papiloma Humano (VPH)?

El virus del Papiloma Humano (VPH) es una familia de virus comunes que causan infección de la piel o de las membranas mucosas de varias partes del cuerpo. Existen más de 100 tipos diferentes de virus VPH. Los diferentes tipos de infecciones por el VPH afectan diferentes áreas del cuerpo. Por ejemplo, algunos tipos pueden resultar en células anormales en el cuello uterino, la vulva, el ano o el pene, la boca, lo que a menudo resulta en cáncer.

¿Cuáles son los síntomas?

La mayoría de las personas con VPH no presentan síntomas ni problemas de salud. En 90% de los casos, el sistema inmunitario del cuerpo limpia el VPH de manera natural dentro de los dos años.

¿Qué tan común es el VHP?

El VPH es muy común. Este virus infectará a la mayoría de las personas en algún momento de sus vidas. La mayoría de las personas infectadas no saben que están infectadas. La mayoría de las infecciones por el VPH desaparecen por sí solas sin que haya problemas de salud duraderos. Sin embargo, no existe una manera de saber qué infecciones se convertirán en cáncer o en otros problemas de salud.

¿Cómo se disemina el VPH?

La exposición al VPH puede ocurrir con cualquier tipo de experimentación adolescente que involucre contacto genital con alguien que tenga el VPH; no es necesario que haya una relación sexual, sin embargo ésta es la forma más común de contraer el virus. Dado que el VPH no presenta signos o síntomas visibles, cualquier persona puede tener o transmitir el virus sin saberlo.

¿Existe tratamiento para el VPH?

Una vez que la persona está infectada, no hay tratamiento para las infecciones por el VPH, pero hay tratamientos para las enfermedades relacionadas con el VPH tales como verrugas genitales y determinados tipos de cáncer que pueden presentarse. La mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas, sin embargo no hay forma de saber quién desarrollará cáncer u otros problemas de salud. **Es mejor prevenir que curar.**

¿Cómo se puede prevenir el VPH?

La mejor manera de prevenir la infección por el VPH es vacunarse con la vacuna contra el VPH. La vacunación puede ayudar a prevenir los tipos de VPH que causan cáncer de cuello uterino en las mujeres y verrugas genitales y otros determinados tipos de cáncer tanto en los hombres como en las mujeres.

¿Es segura la vacuna contra el VPH?

Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH es muy segura. Se requiere que cada vacuna que se usa en los Estados Unidos pase por pruebas rigurosas de seguridad antes de ser acreditada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). Las personas que han tenido una reacción alérgica a la levadura que pone en peligro su vida, o que están embarazadas, o bien que tienen una afección de moderada a grave no deben recibir la vacuna. Por lo general, los efectos secundarios son leves y pueden incluir dolor en el brazo, fiebre, enrojecimiento y sensibilidad en el lugar de la inyección.

¿Quiénes deben recibir la vacuna contra el VPH?

Los médicos recomiendan que los niños y niñas se vacunen contra el VPH a los 11 o 12 años de edad para una mayor protección contra los cánceres por el VPH. La vacuna se puede administrar tan temprano como a los 9 años de edad. La vacuna se administra en dos dosis si se empieza antes de los 15 años de edad, con un intervalo de 6 a 12 meses entre las dosis. Los adolescentes que inician las dosis después o que tienen un sistema inmunitario débil necesitarán 3 dosis.

La vacunación no reemplaza a los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino. Esta vacuna no brinda protección contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer de cuello uterino. No obstante, las mujeres deben hacerse las pruebas de Papanicolaou con regularidad.

¿Cómo puedo proteger a mi hijo (a) de una infección por el VPH?

No espere para vacunarse. Hable con su proveedor de atención médica hoy sobre cómo proteger a su hijo (a) de una infección por el VPH.

¿Dónde puedo obtener más información?

- Su proveedor de atención médica
- Programa de Vacunación de la Salud del D.C. llamando al (202) 576-7130
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) o en www.cdc.gov/hpv

Sources

Hoja informativa: Virus del Papiloma Humano del Comité de Atención Sanitaria del Adolescente del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG, en inglés).
■ www.acog.org

Información para padres sobre la Seguridad de las Vacunas de los CDC.
■ www.cdc.gov/vaccinesafety/populations/parents.html

CDC. Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias. Preguntas y respuestas sobre la vacuna contra el VPH.
■ www.cdc.gov/hpv/parents/questions-answers.html

Immunization Action Coalition's vaccine information website:
■ www.vaccineinformation.org

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

DC HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

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

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

DC | HEALTH
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

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.
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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).	☐	☐
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.	☐	☐
Q3 Does the patient have at least one permanent molar tooth with a **partially or fully retained sealant**?	☐	☐
Q4 Does the patient have untreated caries or other oral health problems requiring **care before his/her routine check-up**? **(Early care need)**	☐	☐
Q5 Does the patient have **pain, abscess, or swelling? (Urgent care need)**	☐	☐

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 ☐☐

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 ☐☐

Q8 What type of dental insurance does the patient have?

Medicaid ☐ Private Insurance ☐ Other ☐ None ☐

Dental Provider Name _____

Dental Provider Signature _____

Dental Examination Date _____

Dental Office Stamp

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.

DocuSign Envelope ID: 55870D1D-C173-42CA-A518-951ABAB75465

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:** ❑ Masculino ❑ Femenino ❑Ninguno de los dos anteriores	

Dirección residencial:	**Apartamento:**	**Ciudad:**	**Estado:**	**CÓDIGO POSTAL:**

Etnia *(marque todo lo que corresponda)* ❑ Hispano/latino ❑ No hispano/no latino ❑ Otro ❑ Prefiere no responder

Raza: *(marque todo lo que corresponda)* ❑ Indio americano/ nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Hawaiano nativo / Americano de otra Isla del Pacífico ❑ Negro/africano ❑ Blanco ❑ 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: ❑ Medicaid ❑ Privado ❑ Ninguno	**Nombre/N.º de identificación del seguro:**

¿Ha visto el niño a un dentista/proveedor de servicios odontológicos en el último año? ❑ Sí ❑ 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 Recommedations| To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	**BP:** ___/___	❑ NML ❑ ABNL	**Weight:**	❑ LB ❑ KG	**Height:**	❑ IN ❑ CM	**BMI:**	**BMI Percentil:**

Vision Screening Left eye: 20/:_____ Right eye: 20/_____ ❑ Pass ❑ Fail ❑ **Wears Glasses** ❑**Referred** ❑ **Not tested**

Hearing Screening: *(check all that apply)* ❑ **Pass** ❑ **Fail** ❑ **Not tested** ❑ **Uses device** ❑ **Referred**

Does the child have any of the following health concerns? *(Check all that apply and provide details below)*

- ❑ Asthma
- ❑ Autism
- ❑ Behavioral
- ❑ Cancer
- ❑ Cerebral Palsy
- ❑ Developmental
- ❑ Diabetes
- ❑ Failure to thrive
- ❑ Heart failure
- ❑ Kidney failure
- ❑ Language/Speech
- ❑ Obesity
- ❑ Scolliosis
- ❑ Seizures
- ❑ Sickle Cell
- ❑ Significant food/medication/enviornmental allergies that may require emergency medical cate. *Details Provided below*
- ❑ Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements *Details Povided below*
- ❑ Significant health history, condition, comunicable illness, or restructions *Details provided below.*
- ❑ **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?
- ❑ High → *complete skin test and/or Quantiferon test*
- ❑ Low

Skin Test Date:	**Quantiferon Test Date:**
Skin Test Results ❑ Negative ❑ Positive, CXR Negative ❑ Positive, CXR Positive ❑ Positive, Treated	
Quantiferon Results ❑ Negative ❑ Positive ❑ Positive, Treated	

Additional notes on TB test:

Lead Exposure Risk Screening | All lead levels must be reported to the DC Childhood Lead Poisioning 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:** ❑ Normal ❑ Abnormal, **Developmental Screening Date:**	**1st Serum/Finger Stick Lead Level:**
	2nd Test Date:	**2nd Result :** ❑ Normal ❑ Abnormal, **DEvelopmental Screening Date:**	**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: