

LISTA DE CONTROL PARA LA INSCRIPCIÓN/REINSCRIPCIÓN

Hay varios formularios de inscripción que deben rellenarse antes del comienzo del curso escolar 25-26. A continuación, encontrará una lista de comprobación para facilitar la cumplimentación de estos formularios. Todos los formularios están disponibles en la página web del colegio: www.stcoletta.org/school-program/.

Las familias de los alumnos de las escuelas concertadas también deben cumplir los requisitos de verificación de residencia.

PARA LA FIRMA DE LOS PADRES

- _____ **Formulario de atención de urgencia** (formulario de 3 páginas - rellénelo por completo)
 - _____ **Permisos para salidas comunitarias** (permiso CBI - todos los estudiantes; permiso CBT - todos los estudiante; estudiantes de 14 a 22 años)
 - _____ **Pacto entre padres y escuela** para 2025-2026
 - _____ **Formulario de autorización fotográfica** (obligatorio para estudiantes NUEVOS; estudiantes que regresan - rellenar si desea cambiar el nivel de permiso actual de su estudiante)
 - _____ **Formulario de comidas gratuitas y reducidas**
 - _____ **Recibo del Manual de los padres/Políticas escolares**
- SÓLO PARA ESTUDIANTES NUEVOS:** *Formulario de raza/etnia y encuesta sobre la lengua maternal*

FORMULARIOS MÉDICOS

(REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR Y DEL PROVEEDOR)

- _____ **Certificado de atención sanitaria bucodental**
- _____ **Certificado de salud infantil y cartilla de vacunación de DC**
- _____ **Plan de tratamiento de medicación y procedimientos médicos** (*obligatorio para los alumnos con medicación y/o procedimientos médicos administrados durante la jornada escolar*)
- _____ **Autorizaciones Procedimiento de sonda de alimentación** (*Obligatorio si su alumno necesitará una sonda de alimentación mientras esté en la escuela*)





St. Coletta Special Education Public Charter School

Seeing possibilities beyond disabilities

ST. COLETTA OF GREATER WASHINGTON, INC.
INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE
EMERGENCIA
2025-2026

Nombre legal del estudiante: _____
Última Nombre Segundo

Dirección: _____
Calle ciudad código postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ País de nacimiento: ____ Sexo: ☐ M ☐ F ☐

XRaza (Opcional):

¿Se trata de una dirección temporal? ☐ SÍ ☐ NO
En caso afirmativo, ¿se debe esta situación de vida temporal a la pérdida de la vivienda o a dificultades económicas? ☐ SÍ ☐ NO

Idioma que habla en casa: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Lengua de comunicación preferida por los padres/tutores: _____

Padre/madre/tutor 1 Nombre: _____
Última Primero

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Ocupación/Empleador: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Móvil) _____

Nombre del padre/madre/tutor 2 _____
Última Primero

Dirección (si es diferente de la anterior): _____

Profesión/Empleador: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Móvil) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: En caso de que no se pueda localizar a uno de los padres/tutores, indique el nombre y el número de teléfono de dos personas que puedan recoger y llevar a su hijo a casa a tiempo.

1) _____
Nombre Relación Número(s) de teléfono

2) _____
Nombre Relación Número(s) de teléfono

Me comprometo a recoger a mi hijo enfermo o lesionado a tiempo cuando se pongan en contacto conmigo. Si no se pueden comunicar conmigo, se puede llamar a los contactos de emergencia mencionados anteriormente para que recojan a mi hijo. Además, si no se p u e d e n p o n e r en contacto conmigo en caso de emergencia, la escuela tiene mi permiso para llevar a mi hijo a la sala de urgencias del hospital más cercano y por la presente autorizo a su personal médico a proporcionar el tratamiento que un médico considere necesario para el bienestar de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del alumno: _____

_____ Nombre de la compañía de	_____ Nombre del
_____ Número de	_____ Número de teléfono del
Número de HMO (si procede): _____ Número de identificación de Medicaid (si procede): _____	

INFORMACIÓN MÉDICA

La última vacuna antitetánica (TD, dT, DTaP) de mi hijo se administró en la siguiente fecha: __

Mi hijo es alérgico a medicamentos/alimentos/otros: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿a qué es alérgico su hijo? Por favor
enumere cada artículo: _____

Si ha indicado alergias, explique la reacción alérgica de su hijo a cada uno de los elementos que ha indicado;
por ejemplo, erupción cutánea: _____

Mi hijo tiene asma: Sí No En caso afirmativo, ¿qué medicación utiliza para tratar el asma? __

Mi hijo tiene convulsiones: Sí No En caso afirmativo, explique las características de las convulsiones de su hijo y
medicamentos utilizados para controlar las convulsiones: _____

Enumere todas las afecciones médicas que se le hayan diagnosticado a su hijo y cualquier información importante que nuestro
personal y el personal médico deban conocer sobre estas afecciones médicas: _____

¿Su hijo toma algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente para cada medicamento
que tome su hijo (continúa en la PÁGINA SIGUIENTE).



Nombre del alumno: _____

[illegible]

Mi hijo necesitará tomar la(s) siguiente(s) medicación(es) en la escuela: _____

_____. (Debe pedir al médico de su hijo que rellene el formulario de Permiso de medicación para cualquier medicamento que vaya a tomar en la escuela, incluidos los medicamentos sin receta. Este formulario se encuentra en el paquete de formularios de la escuela).





PARTICIPACIÓN EN EXCURSIONES COMUNITARIAS rev. 6/2025

Nombre del alumno: _____

INSTRUCCIÓN COMUNITARIA (TODOS los estudiantes)

La enseñanza basada en la comunidad es parte integrante del plan de estudios de St. Coletta. Los alumnos salen con frecuencia a pasear, van al parque o hacen la compra. Cuando los estudiantes viajan más allá del barrio de Capitol Hill, un permiso específico será enviado a la casa. En este formulario, solicitamos su permiso para la participación de su alumno en las salidas rutinarias que forman parte del programa de instrucción.

Los modos de desplazamiento pueden incluir: Metro, autobús, furgoneta escolar, a pie

Cuándo: Durante el horario escolar

Por favor firme y feche el permiso para que su hijo participe en la instrucción basada en la comunidad durante el año escolar 2025-2026. Al firmar abajo, usted da permiso a St. Coletta para llevar al estudiante arriba mencionado al hospital más cercano en caso de que usted o un contacto de emergencia no puedan ser localizados en caso de emergencia.

Firma de los padres

fecha

FORMACIÓN PROFESIONAL (a partir de 14 años) rev. 6/2025

La capacitación basada en la carrera es un enfoque primario en el plan de transición de un estudiante dentro de su IEP. Entiendo que para participar en el Programa de Formación Profesional mi hijo/a deberá:

- Desplazamientos de ida y vuelta a los distintos lugares de formación.
- Desplazamientos de ida y vuelta a diversos destinos de la comunidad con fines de formación en materia de viajes.
- Participar en las tareas necesarias para la formación en cada centro.
- Utilice todos los medios de transporte público y privado.
- Almuercen 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 la formación en cada centro (incluidos los centros internos y la producción de Coletta Collections).

Por favor firme y feche el permiso para que su hijo participe en el Programa de Entrenamiento Basado en la Carrera durante el año escolar 2025-2026.

Firma de los padres

fecha



Convenio escuela-padres/tutores (COPIA ESCOLAR)

St. Coletta Special Education PCS 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 2025-2026

Responsabilidades de la escuela y del profesor

La escuela St. Coletta lo hará:

- 1. 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. Las llamadas de asistencia se harán cuando un estudiante 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 de su libro de comunicación casa-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.**

Firma del representante de la

Fec

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

***Devuelva esta copia a la escuela y conserve la versión titulada "Copia para los padres" para



PERMISO DE VÍDEO/FOTOGRAFÍA

A lo largo del año escolar, se pueden tomar fotografías o grabar videos de los alumnos en la escuela. Estas fotos pueden ser utilizadas en plataformas de medios sociales, folletos, boletines de noticias, u otros medios de comunicación / fuentes de impresión para resaltar nuestro programa escolar. Al seleccionar "Si" a continuación, un padre / tutor concede St. Coletta permiso para compartir fotos / videos de su estudiante **con fines publicitarios**. Los padres/tutores pueden indicar que no desean que la foto de su estudiante sea utilizada con fines publicitarios seleccionando "No" de las opciones a continuación (*nota: las fotos seguirán siendo utilizadas para fines de aula y Enfermería*). Si no desea que su hijo sea fotografiado o grabado en video por cualquier motivo, póngase en contacto con el colegio llamando al (202)350-8680.

Indique el nivel de consentimiento seleccionando una de las opciones siguientes:

- Fecha

Rev: 4/2024

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

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

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

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

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

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

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

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

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

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

Parte 2: Ignore esta parte.

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

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

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

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

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

Si todos los niños del hogar familiar son de acogida:

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

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

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

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

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

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

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

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

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

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

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

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

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

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

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

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

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

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

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

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea,

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

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

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

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

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

Firme aquí:

Nombre impreso:

Fecha:

Numero de telefono:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo:

los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social: ***.**----

No tengo un número de seguro social ____

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

Elija una etnicidad:

Elija uno o más (sin importar el origen étnico)

Hispano/Latino

Asiático

Indio americano o nativo de Alaska

Afroamericano

No Hispano/Latino

Caucásico

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

NO COMPLETAR ESTA PARTE. ESTO ES SÓLO PARA USO ESCOLAR

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

Total Income:

Per:

week

every 2 weeks

twice a month

month

year:

Household size:

Categorical Eligibility:

Eligibility: Free

Reduced

Denied

Determining Official's Signature:

date:

Confirming Official's Signature:

date:

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

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

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

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



St. Coletta of Greater Washington

Seeing possibilities beyond disabilities

Mayo 2025

Estimados padres/tutores:

Estamos entusiasmados por otro año escolar y nos gustaría compartir algunas actualizaciones con respecto a 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. **Por favor, proporcione todas las órdenes y medicamentos antes de nuestro primer día de escuela para que estemos preparados para servir a su hijo.** Los medicamentos, la alimentación por sonda y los procedimientos de enfermería no pueden administrarse sin estos formularios de permiso debidamente cumplimentados. Por favor, asegúrese de que tenemos nuevos medicamentos si los medicamentos actuales están caducados.

El Departamento de Salud de D.C. (DOH) tiene requisitos estrictos de inmunización que continúan en el próximo año escolar. Por favor, haga que su proveedor médico revise el registro de inmunización de su hijo y proporcione actualizaciones según sea necesario. Estas vacunas son **obligatorias** para asistir a la escuela.

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



This is a summary of vaccines required for children to enter key grades in the District of Columbia. **The number of ✓ is the total number of doses needed to enter those grades.** More detail on the requirements is available at dchealth.dc.gov/immunizations.

To start Pre-K3*	To start Kindergarten	To start 7 th grade	To start 11 th grade
DTaP ✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓✓✓
Polio ✓✓✓	Polio ✓✓✓✓✓	Polio ✓✓✓✓✓	Polio ✓✓✓✓✓
Chickenpox ✓	Chickenpox ✓✓	Chickenpox ✓✓	Chickenpox ✓✓
MMR ✓	MMR ✓✓	MMR ✓✓	MMR ✓✓
Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓
Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓
Pneumococcal (PCV) ✓✓✓✓✓			
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) ✓✓✓✓(✓) <i>Depending on brand used</i>		Tdap ✓	Tdap ✓
		HPV ✓	HPV ✓✓
		Meningococcal (ACWY) ✓	Meningococcal (ACWY) ✓✓

✓ = number of doses

*Your Pre-K3 child may become eligible for a booster dose of vaccines against MMR, Chickenpox, Polio, and Diphtheria/Tetanus/Pertussis when they turn 4 years of age. We highly encourage getting these on time, however these will not count against the attendance requirement mid-year.

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.

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, 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 VPH?

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

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

Utilice este formulario para informar sobre la salud física de su hijo(a) a su escuela/instalación de cuidado infantil. Así lo exige el Código Oficial del DC, sección 38-602. Pídale a un profesional médico con licencia que complete la parte 2 - 4. Acceda a los programas de seguro médico en dchealthlink.com. Puede ponerse en contacto con el personal de Health Suite por medio de la oficina del director de la escuela de su hijo(a).

Parte 1: Información personal del menor Debe completarlo el padre/madre/tutor.					
Apellido del menor:		Nombre del menor:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o guardería:			Nivel escolar del estudiante:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario	
Dirección particular:		Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Etnia (marque todo lo que corresponda): ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/no latino ☐ Otra ☐ Prefiero no responder					
Raza: (marque todo lo que corresponda) ☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico ☐ Negro/afroamericano ☐ Blanco ☐ Prefiero no responder					
Nombre del padre/madre o tutor:			Teléfono del padre/madre/tutor:		
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono del contacto de emergencia:		
Tipo de seguro: ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Ninguno		Nombre/n.º de identificación del seguro:			
¿Ha visitado el estudiante a un odontólogo/proveedor de servicios dentales en el último año? ☐ Sí ☐ No					
Autorizo al examinador/instalación médica que firma a compartir la información de salud en este formulario con la escuela de mi hijo(a), la instalación de cuidado infantil, el campamento o la agencia gubernamental del DC correspondiente. Además, dejo constancia de que comprendo y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil en virtud de la sección 17-107 de la Ley del DC por actos u omisiones, salvo ante actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe rellenarse y devolverse a la escuela de mi hijo(a) cada año.					
Firma del padre/madre o tutor: _____			Fecha: _____		
Parte 2: Historial médico, examen y recomendaciones del menor Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.					
Fecha del examen médico:	Presión arterial: ☐ NML ☐ ANML ____/____	Peso: ☐ LBS ☐ KG	Altura: ☐ IN ☐ CM	IMC:	Percentil del IMC:
Nivel de agudeza (claridad) visual: Para los niños de 3 a 6 años, solo se requiere un (Aprobado/Reprobado). Para los mayores de 6 años se requieren niveles de agudeza visual para esta sección.					
Evaluación de la vista:	Ojo izquierdo: 20/____	☐ Corregido			
	Ojo derecho: 20/____	☐ Sin corregir			
	I: ☐ Aprobado ☐ Reprobado	☐ Usa gafas	☐ Remitido	☐ No probado	
	D: ☐ Aprobado ☐ Reprobado				
Evaluación de audición: (marque todo lo que corresponda) ☐ Aprobada ☐ Reprobada ☐ No probada ☐ Utiliza un dispositivo ☐ Remitido					

¿Tiene el menor alguno de los siguientes problemas de salud? (marque todos los que correspondan e indique detalles a continuación)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Retraso en el crecimiento | ☐ Células falciformes (Sickle Cell Disease) |
| ☐ Autismo | ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Alergias significativas a alimentos/medicamentos/ambientes que puedan requerir atención médica de urgencia. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ De comportamiento | ☐ Insuficiencia renal | ☐ Medicamentos de larga duración, de venta libre (OTC) o que requieran cuidados especiales. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ Cáncer | ☐ Lenguaje/habla | ☐ Historial médico significativo, afecciones, enfermedades transmisibles o restricciones. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Obesidad | ☐ Otro: _____ |
| ☐ De desarrollo | ☐ Escoliosis | |
| ☐ Diabetes | ☐ Convulsiones | |

Indique los detalles. Si el menor tiene alguna receta o tratamiento, adjunte un formulario completo del medicamento o plan de tratamiento médico y aclare si se remitió al menor.

Evaluación de tuberculosis | La prueba de tuberculosis (TB) positiva debe remitirse al proveedor de atención primaria para su evaluación. Si tiene preguntas, llame al Programa de Control de la TB de DC Health al 202-698-4040. Visite dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics para obtener más información sobre la tuberculosis.

¿Cuál es el nivel de riesgo de tuberculosis del niño?	Fecha de la prueba cutánea:	Fecha del análisis de sangre IGRA:
☐ Alto > Complete una prueba cutánea o análisis de sangre IGRA ☐ Bajo	Resultados de la prueba cutánea: ☐ Negativo ☐ Positivo, CXR negativo ☐ Positivo, CXR positivo ☐ Positivo, tratado	Resultados del IGRA: ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Positivo, tratado

Notas adicionales sobre la prueba de tuberculosis:

Evaluación del riesgo de exposición al plomo | Todos los niveles de plomo deben informarse al Programa de Prevención de Intoxicación por Plomo en Niños del DC. Llame al (202) 481-3837 o envíe un fax al (202) 535-2607.

SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS <i>Todos los niños deben someterse a 2 pruebas de plomo antes de los 2 años</i>	1.º fecha de la prueba:	1.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 1.º suero/punción digital:
	2.º fecha de la prueba:	2.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 2.º suero/punción digital:
	3.º fecha de la prueba:	3.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 3.º suero/punción digital:

Parte 3: Información sobre la vacunación | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.

Apellido del menor:	Nombre del menor:				Fecha de nacimiento:		
Vacunas	En las casillas siguientes, indique las fechas de las vacunas (MM/DD/AA)						
Difteria, tétanos, tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
Difteria (DT) (<7 años)/tétanos (Td) (>7 años)	1	2	3	4	5		
Refuerzo de difteria, tétanos, tos ferina (Tdap)	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4			
Poliomielitis (vacuna inactivada contra la poliomielitis [IPV], vacuna oral contra el poliovirus [OPV])	1	2	3	4			
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Paperas	1	2					
Rubéola	1	2					
Varicela	1	2	El menor tuvo varicela (mes y año): _____ Verificado por (nombre y cargo): _____				
Antineumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (nacidos el 01/01/2005 o después)	1	2					
Virus del papiloma humano (VPH)	1	2	3				
Vacuna antimeningocócica (ACWY)	1	2					
Gripe (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recomendada)	1	2	3				
COVID-19/Coronavirus (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Otro	1	2	3	4	5	6	7

☐ El menor está **atrasado con las vacunas** y existe un plan para que se ponga al día.

La próxima cita es: _____

Exención médica (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene una contraindicación médica válida para recibir en este momento la vacuna contra:

- ☐ Difteria ☐ Tétanos ☐ Tos ferina ☐ Hib ☐ HepB ☐ Poliomielitis (los 3 serotipos) ☐ Sarampión
☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Varicela ☐ Neumococo ☐ HepA ☐ Meningocócica (ACWY) ☐ VPH
☐ COVID-19/CORONAVIRUS

¿Esta contraindicación médica es permanente o temporal?

☐ Permanente ☐ Temporal hasta (fecha): _____

Prueba alternativa de inmunidad (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene pruebas de laboratorio que indican inmunidad a lo siguiente y he adjuntado una copia de los resultados del título de anticuerpos.

- ☐ Difteria ☐ Tétanos ☐ Tos ferina ☐ Hib ☐ HepB ☐ Poliomielitis (los 3 serotipos) ☐ Sarampión
☐ Paperas ☐ Rubéola ☐ Varicela ☐ Neumococo ☐ HepA ☐ VPH

Parte 4: Certificaciones de profesionales de atención médica con licencia | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.

Se examinó debidamente al menor y su historial médico se revisó y registró de acuerdo con los puntos especificados en este formulario. En el momento del examen, el menor **goza de buena salud** para participar en todas las actividades de la escuela, el campamento o guardería, excepto en los casos indicados. ☐ No ☐ Sí

El/ la menor está autorizado a practicar deportes de competición.

☐ N/C ☐ No ☐ Sí ☐ Sí, a la espera de una autorización adicional de: _____

Por la presente certifico que he examinado al menor y que la información registrada aquí se determinó como resultado del examen.

Sello de la oficina del proveedor de atención médica autorizado

Nombre del proveedor:

Teléfono del proveedor:

Firma del proveedor:

Fecha:

SOLO PARA USO DE LA OFICINA | Certificado Universal de Salud recibido por la autoridad escolar y el personal del Health Suite.

Nombre de la autoridad escolar:

Firma:

Fecha:

Nombre del personal del Health Suite:

Firma:

Fecha:

Formulario de evaluación de salud bucal

Para todos los estudiantes de 3 años o más, utilice este formulario a fin de informar el estado de salud bucal a su escuela/instalación de cuidado infantil.

Instrucciones

- Complete la parte 1 que figura a continuación. Lleve este formulario al proveedor de servicios odontológicos del niño/estudiante. El proveedor de servicios odontológicos debe completar la parte 2.
- Entregue el formulario completo y firmado a la escuela del estudiante o a la instalación de cuidado infantil.

Parte 1: Información del estudiante/niño (que debe completar el padre/madre/tutor)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil _____

Identificación del estudiante _____ Fecha de nacimiento

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

(MMDDAAAA):

Identidad de género actual: _____

Domicilio particular: _____ Estado de residencia: _____ Código postal particular

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

Escuela	Grado	Guardería	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Educación para adultos
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parte 2: Estado de salud bucal del estudiante/niño (que el proveedor de servicios odontológicos debe completar)

- ¿El paciente tiene al menos un diente con **cavidad a simple vista** (caries sin tratamiento)? Esto NO incluye hoyos ni fisuras manchadas que no tengan una ruptura visible de la estructura del esmalte o lesiones desmineralizadas no cavitadas (es decir, manchas blancas). Sí ☐ No ☐
- ¿El paciente tiene al menos un **diente con caries con tratamiento**? Esto incluye cualquier diente con amalgama, resina compuesta, restauraciones temporales o coronas como resultado del tratamiento de la caries dental. Sí ☐ No ☐
- ¿El paciente tiene al menos un diente molar permanente con un **sellador con retención parcial o total**? Sí ☐ No ☐
- ¿El paciente tiene caries sin tratamiento u otros problemas de salud bucal que requieran **atención antes de su revisión de rutina? (Necesidad de atención temprana)** Sí ☐ No ☐
- ¿El paciente experimenta **dolor, absceso o hinchazón? (Necesidad de atención urgente)** Sí ☐ No ☐
- ¿Cuántos **dientes primarios** en la boca del paciente están afectados por caries que:
a. **No se han tratado?**

--	--

b. **Se han tratado con rellenos/coronas?**

--	--
- ¿Cuántos **dientes permanentes** en la boca del paciente están afectados por caries que:
a. **No se han tratado?**

--	--

b. **Se han tratado con rellenos/coronas?**

--	--

c. **Se han extraído por caries?**

--	--
- ¿Qué tipo de seguro dental posee el paciente? Medicaid ☐ Seguro privado ☐ Otro ☐ Ninguno ☐

Nombre del proveedor de servicios odontológicos _____ Sello de la oficina de odontología _____

Firma del proveedor de servicios odontológicos _____

Fecha del examen odontológico _____

Este formulario reemplaza la versión anterior del Formulario de evaluación de salud bucal del DC utilizado para ingresar a las escuelas del DC, a todos los programas de Head Start y a los centros de cuidado infantil. Este formulario está aprobado por DC Health y es un documento confidencial. La confidencialidad se mantiene en conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA) para los proveedores de atención médica y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) para las escuelas del DC y otros proveedores.