

Querido Padres/Guardián,

Bienvenidos a las Escuelas Públicas de Haverhill. Estamos deseosos de conocer a su hijo y su familia. Por favor use este paquete para completar todos los documentos necesarios para registrar a su hijo(a) a la escuela. Para solicitar ayuda o servicios de traducción, puede hacer una cita con la oficina de registro. Estamos disponibles de lunes – viernes de 8am - 4pm. Visite nuestra página de internet para más información a [www.haverhill-ps.org/registration](http://www.haverhill-ps.org/registration)

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES EN K-12:**

- Solicitud de Registro
- Certificado de Nacimiento
- Autorización para Divulgación de Información
- Encuesta Sobre el Idioma en el Hogar
- Actualización De Salud Inicial/ Anual
- Registro de Salud del Niño(a):
  - Vacunas al día
  - Copia del examen físico (fechado dentro de un año)
  - Resultados de prueba de plomo (para Pre-K y K)
  - Prueba de Tuberculosis o resultados de “bajo riesgo”
  - Examen de la Vista (para Pre-K y K)
- Documentos legales acerca de la custodia del estudiante (órdenes de corte, custodia, etc.)
- Ultima tarjeta de calificaciones o transcripción, si se transfiere de otro distrito escolar
- IEP si estudiante recibe servicios bajo un programa de Educación Especial
- Plan 504 si estudiante recibe servicios bajo la Sección 504
- Prueba de Residencia: Un documento de casa columna a continuación (A, B, y C) es requerido para registro todos los estudiantes. Por favor de notar, su registración se puede delatar si no provee los documentos necesarios.

<b>Columna A</b>	<b>Columna B</b>	<b>Columna C</b>
<b>Prueba de Residencia (Escoja Uno)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Recibo de pago de hipoteca o recibo de impuestos de la propiedad.</li> <li><input type="checkbox"/> Copia del contrato de renta o copia de pago de recibo de renta</li> <li><input type="checkbox"/> Declaración notariada del dueño de casa</li> <li><input type="checkbox"/> Acuerdo de Sección 8</li> </ul>	<b>Prueba de Ocupación (escoja uno)</b> <p>Recibo reciente fechada dentro de los últimos 60 días que muestre una dirección de Haverhill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gas, Aceite, Electricidad</li> <li><input type="checkbox"/> Teléfono de la casa (no celular)</li> <li><input type="checkbox"/> Recibo de cable o servicios</li> <li><input type="checkbox"/> Contrato de renta indicando que el dueño paga las utilidades.</li> </ul>	<b>Prueba de Identificación (escoja uno)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Licencia de Conducir Valida</li> <li><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación valida de MA</li> <li><input type="checkbox"/> Pasaporte</li> </ul>

Los estudiantes que son considerados sin hogar bajo la Ley McKinney-Vento tienen el derecho de inscribirse inmediatamente después de la inscripción. Por favor contacte a Zoraida Lopez, Enlace de Personas sin Hogar, al 978-420-1967 si tiene alguna pregunta.

## SOLICITUD DE REGISTRACIÓN

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**
**AÑO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_

**GRADO DE REGISTRO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** (NOMBRE, SEGUNDO, APELLIDO): \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** (MES/DIA/AÑO): \_\_\_\_\_

**GÉNERO:**  Femenina  Masculino  Neutral

**RAZA:**  Negro o Afroamericano  Blanco  Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacifico  Indio Americano o Nativo de Alaska Native  
 Asiático

**ETNICIDAD:**  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

**PAÍS DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**ES EL ESTUDIANTE MIEMBRO DE UNA FAMILIA MILITAR?**
 SI  NO

**HA ASISTIDO PREVIAMENTE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL?**
 SI  NO

**EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN TEMPRANA**
**ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE ASISTIÓ A UN PROGRAMA PREESCOLAR FORMAL U OTRO PROGRAMA DE EDUCACIÓN INFANTIL?**  SI  NO

**SI SU RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:**
 Mas de 20 horas por semana  
 Menos de 20 horas por semana  
 Proveedor de cuidado infantil familiar con licencia

 Programa basado en un centro (centro de cuidado infantil, Head Start o programa preescolar público)  
 Programa de apoyo familiar tal como:  
 PCHP (Programa de Padres e Hijos en Casa)  
 CFCE (Participación Familiar y Comunitaria Coordinada)

**CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE?**  AMBOS PADRES

 MADRE

 PADRE

 GUARDIAN LEGAL

*Los padres son responsables de notificar y proveer a la escuela documentación de la corte que pueda impactar los derechos custodiales al récord del estudiante, visitas, etc. Copias de estos documentos deben ser entregados durante la registración. Custodia Legal se define como "Padres, tutores, o personas asignadas por la corte".*
**HAY ORDENES DE READAPTACIÓN ACTUAL O RESTRICCIONES DE COMUNICACIÓN RELACIONADOS CON EL ESTUDIANTE? (EXPLIQUE)**
**DIRECCIÓN DE CASA**
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **EDIFICIO./ APT #** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **ZIP:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE CASA)**
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **EDIFICIO./ APT #** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **ZIP:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR (SI SE TRANSIERE DE OTRO DISTRITO)**
**DISTRITO ESCOLAR:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD, ESTADO, ZIP:** \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE REGISTRACIÓN

### INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIAN 1

**RELACIÓN AL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ESTUDIANTE):** \_\_\_\_\_  
**TEL. DE CASA:** \_\_\_\_\_ **TEL. CELULAR:** \_\_\_\_\_  
**TEL. DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
**EMAIL:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIAN 2

**RELACIÓN AL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DEL ESTUDIANTE):** \_\_\_\_\_  
**TEL. DE CASA:** \_\_\_\_\_ **TEL. CELULAR:** \_\_\_\_\_  
**TEL. DEL TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
**EMAIL:** \_\_\_\_\_

### OTROS NIÑOS EN LA CASA:

<b>NOMBRE:</b> _____	<b>RELACIÓN:</b> _____	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____
<b>NOMBRE:</b> _____	<b>RELACIÓN:</b> _____	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____
<b>NOMBRE:</b> _____	<b>RELACIÓN:</b> _____	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____
<b>NOMBRE:</b> _____	<b>RELACIÓN:</b> _____	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____

### SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL:

Un **Programa Educativo Individualizado (IEP)** es una manifestación escrita del programa educacional diseñado para cumplir con las necesidades individuales de su niño con discapacidad. Cada niño que recibe servicios de educación especial debe tener un IEP.

Un plan **504** es un plan de acción de cómo la escuela apoyará a un estudiante que tiene una discapacidad y cómo eliminará las barreras que dificultan su acceso a la enseñanza.

ESTA EL ESTUDIANTE EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP)?     SI     NO

ESTA EL ESTUDIANTE EN UN PLAN DE ADAPTACIÓN 504?     SI     NO

## SOLICITUD DE REGISTRACIÓN

### SERVICIOS LINGÜÍSTICOS DE INGLÉS

RECIBE EL ESTUDIANTE SERVICIOS DE IDIOMA INGLÉS?  SI  NO

SI ES ASÍ, DESCRIBA LOS SERVICIOS: \_\_\_\_\_

SE HABLA OTRO IDIOMA QUE NO SEA INGLÉS EN LA CASA DEL ESTUDIANTE?  SI  NO

CUAL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN LA CASA? \_\_\_\_\_

Verifique aquí para recibir comunicaciones en español.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ALERTA

Por favor, proporcione los números de teléfonos y correo electrónico que desea que nos pongamos en contacto con usted en caso de emergencia, y donde reciba las notificaciones y los Anuncios escolares del "Dia de Nieve" de la escuela.

**TELÉFONO 1:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO 2:** \_\_\_\_\_

**EMAIL 1:** \_\_\_\_\_

**EMAIL 2:** \_\_\_\_\_

Verifique aquí para recibir estas notificaciones en español.

### CONTACTOS DE EMERGENCIA

Los contactos de emergencia deben ser el adición y distintos a los padres/ guardián.

Marque esta casilla para indicar el permiso para que los contactos de emergencia recojan al estudiante (deben tener 18 años o más de edad).

### CONTACTO DE EMERGENCIA 1

**RELACIÓN AL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**TEL. CELULAR:** \_\_\_\_\_

**TEL. TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA 2

**RELACIÓN AL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**TEL. CELULAR:** \_\_\_\_\_

**TEL. TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**POR LA PRESENTE, AUTORIZO:** \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de la Escuela Anterior

**PARA LIBERAR COPIAS DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

- Todas las transcripciones oficiales y/o boleta de calificaciones
- MCAS u otros reportes del estado
- Material de educación especial (IEP, pruebas, informe de progreso etc.)
- Plan 504 si aplicable
- Registros de salud incluyendo vacunas
- Historial de asistencia
- Registros de disciplina

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO Y ESCUELA INGRESANDO
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO Y ESCUELA INGRESANDO
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO Y ESCUELA INGRESANDO

IMPRIMA NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN	NUMERO DE TEL.	DIRECCIÓN EN HAVERHILL
-----------------------------------	----------------	------------------------

FIRMA DEL PADRE O ESTUDIANTE (SI ES MAYO DE 18 AÑOS)	FECHA
--	-------

**ENVIAR REGISTROS K-8 A:**

Departamento de asistencia  
 Escuelas Públicas de Haverhill  
 45 Fountain Street  
 Haverhill, MA 01830  
 Teléfono: 978-374-3439  
 Fax: 978-373-3815  
 Escanear/Correo: [smoccio@haverhill-ps.org](mailto:smoccio@haverhill-ps.org)

**ENVIAR REGISTROS DE ESCUELA SECUNDARIA:**

Orientación de Escuela Secundaria  
 Escuela Secundaria de Haverhill  
 137 Monument Street  
 Haverhill, MA 01832  
 Teléfono: 978-374-5700 ext. 1134  
 Fax: 978-372-7419  
 Escanear/Correo: [mgravel@haverhill-ps.org](mailto:mgravel@haverhill-ps.org)

**PARA PERSONAL DE REGISTRACIÓN DE HAVERHILL:**

¿Alguna vez asistió el estudiante HPS?  SI  NO  
 de divulgación enviada: \_\_\_\_\_  
 2da Fecha solicitud hecha: \_\_\_\_\_

Año dado de alta: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Inicial: \_\_\_\_\_  
 Inicial: \_\_\_\_\_

## AÑO ESCOLAR 2021-2022

### NOTIFICACIÓN A LOS PADRES SOBRE LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA INGLÉS

Estimados padres/tutores:

Para cumplir con los requisitos del estado, los distritos escolares deben informar a los padres de los estudiantes cuyo idioma materno no es el inglés de los derechos que puedan tener con respecto a la Enseñanza del Idioma Inglés (English Language Education, ELE). El distrito evaluará a su hijo en lectura, escritura, expresión oral y competencia auditiva en inglés para determinar si es un estudiante del idioma inglés. Si se determina que su hijo es un estudiante de inglés y es elegible para que participe en un programa ELE, recibirá una notificación adicional con los resultados de la prueba de dominio del inglés de su hijo y la información para la participación en el programa.

Si se determina que su hijo es un estudiante de inglés, usted tiene derecho a:

- elegir un programa ELE entre los que ofrece el distrito, como se describe en las leyes y reglamentos estatales;
- visitar un programa ELE en el distrito;
- asistir a conferencias o reuniones disponibles para obtener más información sobre los programas ELE que se ofrecen en el distrito;
- solicitar un nuevo programa ELE de acuerdo con la ley estatal; y
- retirar a su hijo de un programa ELE.

#### ENTRE LOS PROGRAMAS ELE DISPONIBLE:

**Inmersión Especializada en Inglés (Sheltered English Immersion, SEI):** un programa ELE en el cual se usa enseñanza de contenido especializado de cada nivel de grado. La enseñanza de contenido especializado es la que se modifica para que un estudiante de inglés pueda comprenderla y participar en la clase en su nivel del dominio del idioma inglés. Tanto la enseñanza como el material se dan en inglés.

#### CONSEJO ASESOR DE PADRES DE ESTUDIANTES DE INGLÉS (ELPAC)

Los distritos que atienden a 100 o más estudiantes de inglés o en los que los estudiantes de inglés constituyen al menos 5 % de la población estudiantil, el que sea menor, deben establecer un Consejo Asesor de Padres de Estudiantes de Inglés (ELPAC). Del mismo modo, a toda escuela designada como de bajo rendimiento o de bajo rendimiento crónico y que ofrece un programa ELE se le exige establecer un ELPAC. Se recomienda que los padres de los estudiantes de inglés participen en dichos consejos.

#### SELLO DE ALFABETIZACIÓN BILINGÜE DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

El Sello de Alfabetización Bilingüe del Estado de Massachusetts reconoce a los estudiantes que dominan el inglés y uno o más idiomas. La insignia se coloca en el diploma o en los registros académico al graduarse para dar constancia de las competencias multilingües del graduado a las instituciones de educación superior y los empleadores potenciales. Haverhill Public Schools ofrece el Sello de Alfabetización Bilingüe del Estado de Massachusetts a los graduados bilingües.

Para obtener más información sobre los temas tratados en este aviso, comuníquese con Heidi Perez, Director de K-12 English Learner Programs at (978) 420-1933 or [Heidi.Perez@haverhill-ps.org](mailto:Heidi.Perez@haverhill-ps.org).

### ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR

Los reglamentos del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts requieren que todas las escuelas determinen el/los idiomas(s) hablado(s) en el hogar de cada estudiante a fin de identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer instrucción significativa para todos los estudiantes. Si en el hogar se habla otro idioma que no sea el inglés, el Distrito está obligado a hacer una evaluación adicional de su hijo (a). Por favor, ayúdenos a cumplir con este importante requisito contestando las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	GÉNERO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
PAÍS DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	FECHA DE MATRICULACIÓN EN CUALQUIER ESCUELA EN EE.UU	

#### INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

FECHA QUE INICIO LA NUEVA ESCUELA (MM/DD/AAAA)	NOMBRE DE LA ESCUELA Y CIUDAD ANTERIOR	GRADO ACTUAL
--	--	--------------

#### PREGUNTAS PARA LOS PADRES/GUARDIANES

¿Cuál es el idioma principal que usa en el hogar, independientemente del idioma que hable el estudiante?

¿Qué idioma entendió y hablo su hijo(a) por primera vez?

¿Cuántos años ha estado el estudiante en las escuelas en los Estados Unidos? (no incluya pre-kindergarten)

¿Necesitará información escrita de la escuela en su lengua materna?  SI  NO

¿Si es así, que idioma? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma(s) se hablan con su hijo (a)? (incluya parientes - abuelos, tíos, tías, etc. – y cuidadores)

\_\_\_\_\_  Rara vez  A veces  A menudo  Siempre  
 \_\_\_\_\_  Rara vez  A veces  A menudo  Siempre

¿Qué idioma usa más con su hijo(a)?

¿Qué idioma usa su hijo(a)? (marque uno)

\_\_\_\_\_  Rara vez  A veces  A menudo  Siempre  
 \_\_\_\_\_  Rara vez  A veces  A menudo  Siempre

Necesitará un intérprete/traductor en las reuniones de padres y maestros?  SI  NO

¿Si es así, que idioma? \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCIÓN:	EVALUACIÓN	Colocación y Nivel de la Escuela:
<p>¿1er Año en las escuelas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Si No, transferir de?    _____    _____</p>	<p><b>PK: Pre-IPT Oral</b>            A-B-C-D-E</p> <p><b>K: Modelo WIDA</b>            Primer Semestre (LS):            Segundo Semestre (LSRW):</p> <p><b>Grados 1 -12: Evaluación WIDA</b>            Compuesto Total: EL NOT EL</p>	<p><b>Colocación y Nivel de la Escuela:</b></p> <p><b>Notas de Programación y Evaluación (incluyendo puntajes de dominio)</b></p>

### ACTUALIZACION DE SALUD INICIAL / ANUAL

Estudiante Nuevo       Estudiante Estabecido

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona llenando este formulario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**SALUD / CONDICIONES MEDICAS:** MARQUE AQUI SI  **NINGUNA** O MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

#### Condiciones del Desarrollo Físico

<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Abejas <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Lactosa <input type="checkbox"/> Gluten Enumere las alergias específicas/intolerancias: <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Problemas Dentales <i>Especificar:</i> <hr/>	<input type="checkbox"/> Déficit de Audición <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Audífonos	<i>Visual</i> <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Asiento preferencial
	<input type="checkbox"/> Sangrados Nasales	<input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo <i>Especificar:</i> <hr/>	
<input type="checkbox"/> Asma(actual o histórico) En caso afirmativo, ¿ha utilizado medicamentos para el asma en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Describa) <hr/>	<input type="checkbox"/> Problemas de Postura (espalda) <i>Especificar:</i> <hr/>	<input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo <i>Especificar:</i> <hr/>	
	<input type="checkbox"/> Condiciones del Corazón <i>Especificar:</i> <hr/>	<input type="checkbox"/> Condición Neurológica <i>Especificar:</i> <hr/>	
<input type="checkbox"/> GI (Problemas estomacales / intestinales) <i>Especificar:</i> <hr/>	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> Condición de la Piel: <i>Especificar:</i> <hr/>	
	<input type="checkbox"/> Problemas Ginecológicos / Menstruales		
<input type="checkbox"/> Preocupaciones con el Orina	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Físicas / del Desarrollo: <i>Especifique:</i> <hr/> <hr/> <hr/>	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento o Incontinencia Fecal	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme <input type="checkbox"/> Aguda o <input type="checkbox"/> Crónica		
	<input type="checkbox"/> Infecciones de Oído / Tubos		

#### Condiciones Emocionales / Comportamiento

<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Emocionales / Comportamiento: <hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Ansiedad (TAG, fobia a la escuela, etc.)	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticia	
<input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista	<input type="checkbox"/> PTSD / Historial de Traumatismos	

¿Necesitará su hijo/a tomar medicamentos en la escuela? Ejemplo: ¿Epi-Pen, inhalador de albuterol?  SI  NO

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 12 meses?  SI  NO

Si es así, ¿Dónde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

¿Usted tiene seguro médico?:  SI  NO

Proveedor de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Inscrita: \_\_\_\_\_

Seguro Médico #: \_\_\_\_\_

¿Usted necesita ayuda para obtener Seguro Médico Familiar?  SI  NO

### **PERMISOS**

**Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar los siguientes medicamentos de venta libre de acuerdo con los protocolos establecidos.**

- Ibuprofen/Advil/Motrin       Tylenol/Aacetaminofen       Cremas de primeros auxilios       Benadryl  
 Tums (Tums se administra sólo a estudiantes de 11 años o más).

**Entiendo que se ofrece desinfectante de manos a base de alcohol en la escuela según la recomendación de los CDC. NO quiero que mi hijo use el desinfectante de manos a base de alcohol proporcionado por la escuela.**

**Marque aquí solamente si NO quiere:**

En caso de una emergencia, la enfermera de la escuela intentará comunicarse con el padre / tutor. En caso de que no podamos comunicarnos con usted, su hijo/a será transportado en ambulancia al hospital más cercano acompañado por un adulto responsable.

**Bajo las pautas de FERPA, la enfermera de la escuela compartirá información relevante para la (s) condición (es) de salud de mi hijo/a y los medicamentos con el personal escolar apropiado que se necesita para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo/a.**

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

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

### LEY DE LIBERTAD DE INFORMACIÓN

La Ley de Libertad de Información establece que las listas escolares o directorios con direcciones de estudiantes y/o padres son documentos públicos como se describe en esa ley. Cualquier persona que buscan esta información debe hacerlo por escrito y debe ser específico con respecto a lo que el plantel o directorio que están buscando. El sistema escolar debe brindar anualmente a los padres la oportunidad de eliminar la información de sus hijos de un directorio o una lista que podría hacerse pública si un tercero lo solicita.

**Por favor verifique:**

- SÍ**, autorizo que la información de mi hijo para ser dada a conocer ante cualquier solicitud por escrito por un tercero.
- NO** autorizo que la información de mi hijo sea dada a conocer y solicito que sea retirada de cualquier lista o directorio solicitado por un tercero

**Firma de Padre/ Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### ACCESO AL INTERNET

Las Escuelas Públicas de Haverhill ofrecen acceso completo a internet. El beneficio de estar conectado a Internet es que amplía el acceso de nuestros estudiantes a los recursos, incluido el material original de todo el mundo. Aporta información, datos, imágenes y software de ordenador de todo el mundo casi instantáneamente a la clase.

Si bien los beneficios de Internet son enormes, los padres deben ser conscientes de que Internet es un sistema abierto que contiene material que muchas personas pueden encontrar ofensivo. No podemos garantizar absolutamente que su hijo no encuentre textos, imágenes o referencias que sean objetables, pero podemos asegurarle que solo accederá a los recursos de Internet bajo la supervisión de un miembro del personal profesional. Además, el Distrito está en pleno cumplimiento de la Ley de Protección de Niños en Internet (CIPA) y ha tomado medidas de protección tecnológica que bloquen y/o filtren material inapropiado.

Solicitamos su ayuda en el desarrollo de actitudes responsables y reforzar el comportamiento apropiado en el Internet. Entiendo y cumpliré con los términos y condiciones para el acceso a internet en el Sistema de Escuelas Públicas de Haverhill. Además, entiendo que cualquier violación de los reglamentos es una falta de ética y puede constituir un delito. Si yo cometiera alguna violación, mis privilegios de acceso pueden ser revocados y se puede tomar una acción disciplinaria. Como padre o tutor he leído los términos y condiciones para el acceso a internet en el Sistema de Escuelas Públicas de Haverhill. Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos y el sistema escolar ha tomado las precauciones necesarias para evitar el acceso de material inapropiado. Sin embargo, también reconozco que es imposible evitar el acceso a todos los materiales no apropiados y por lo tanto no haré responsable al Sistema de Escuelas Públicas de Haverhill de los materiales vistos, adquiridos o transmitidos en el Internet o las cuentas privadas. Entiendo que, si mi hijo comete alguna violación, su privilegio de acceso podrá ser revocado y la escuela puede tomar una acción disciplinaria.

**Firma de Padre/ Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Notificación para padres de Massachusetts sobre el consentimiento por única vez para permitir el acceso del distrito escolar a los beneficios de MassHealth (Medicaid)

Nombre y código del distrito escolar: Haverhill Public Schools 01280000

Contacto de la escuela/del distrito:

Estimado/a padre, madre o tutor:

El propósito de esta carta es solicitarle autorización (consentimiento) para compartir la información de su hijo con MassHealth. Las comunidades locales de Massachusetts han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial por parte de MassHealth a fin de cubrir los costos de ciertos servicios de salud que el distrito le ha proporcionado a su hijo. Para que su comunidad pueda recuperar parte del dinero que gastó en los servicios, el distrito escolar debe compartir con MassHealth la siguiente información sobre su hijo: nombre; fecha de nacimiento; sexo; tipo de servicio prestado, fecha y proveedor, y número de identificación de MassHealth.

Con su autorización, el distrito escolar podrá solicitar el reembolso parcial de los servicios prestados por MassHealth, que incluyen, entre otros, examen de la vista o de la audición, terapia física, ocupacional o del habla escolares; algunas visitas al personal de enfermería de la escuela, y servicios de asesoramiento con el trabajador social o psicólogo de la escuela. Cada año, el distrito le proporcionará una notificación con relación a su autorización; no es necesario que usted firme un formulario todos los años.

El distrito escolar no puede compartir con MassHealth información sobre su hijo sin su permiso. Al momento de dar su autorización, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no le puede exigir que se inscriba en MassHealth para que su hijo reciba los servicios de salud y de educación especial a los que su hijo tiene derecho.
2. El distrito escolar no le puede exigir que pague ningún costo de los servicios de salud y de educación especial de su hijo. Esto significa que el distrito escolar no le puede exigir que pague un copago o un deducible para cobrarle a MassHealth por los servicios prestados. El distrito escolar puede aceptar pagar el copago o el deducible si dicho costo está previsto.
3. Si usted autoriza al distrito escolar a compartir información con MassHealth y solicitar un reembolso de parte de MassHealth:
  - a. Esto no afectará la cobertura vitalicia disponible de su hijo ni ningún otro beneficio de MassHealth; ni tampoco limitará de modo alguno el uso de los beneficios de MassHealth por parte de su familia fuera de la escuela.
  - b. Su autorización no afectará de forma alguna los servicios de educación especial ni los derechos al Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) de su hijo, si es elegible para recibirlas.
  - c. Su autorización no cambiará los derechos de MassHealth de su hijo.
  - d. Su autorización no resultará en ningún riesgo de perder la elegibilidad para recibir otros programas financiados por Medicaid o MassHealth.
4. Si usted otorga su autorización, tiene derecho a cambiar de opinión y revocar su autorización en cualquier momento.
5. Si revoca su autorización o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los expedientes y la información de su hijo con MassHealth con el propósito de solicitar un reembolso para los costos de servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de la prestación de los servicios a su hijo, sin costo para usted.

**He leído y comprendo esta notificación. Me han respondido todas las preguntas. Autorizo al distrito escolar para que comparta con MassHealth los expedientes y la información de mis hijos y de sus servicios de salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a nuestra comunidad a solicitar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por MassHealth.**

Firma del parent/ de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):

Agregar más hijos