

BIENVENIDOS A LA INSCRIPCIÓN



¡Gracias por su interés en el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit!

Nos complace que su familia se una a nuestra comunidad de padres y alumnos extraordinarios. Mientras le damos la bienvenida al Distrito, nos gustaría compartir información importante.

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (DPSCD, por sus siglas en inglés) es el sistema de educación pública más grande de Michigan y ofrece más de 100 escuelas en todo el distrito. Nuestra misión es educar y empoderar a cada alumno en cada comunidad, todos los días, para crear un Detroit más fuerte. En DPSCD contamos con un alto nivel de exigencia en la formación, así como en la seguridad y la salud emocional y física de nuestros alumnos. Como parte de la familia del Distrito, el alumno tendrá acceso a excelentes recursos y oportunidades:

- Un plan de estudios actualizado y de alta calidad alineado con los estándares comunes de educación en todos los grados K-12.
- Excelentes profesores certificados en todos los niveles de grado.
- Educación física y arte en todas las escuelas.
- Todas las escuelas secundarias ofrecen programas de orientación profesional y doble inscripción en colegios y universidades locales.
- Programas y servicios de educación para alumnos excepcionales y para alumnos con discapacidades
- Servicios bilingües para alumnos y familias.
- Línea de ayuda para realizar los deberes que ofrece apoyo gratuito a todos los alumnos del distrito.
- Línea de apoyo a la salud mental que ofrece asesoramiento en línea para alumnos y familias.
- La Academia de Padres, que ofrece clases, formación y talleres gratuitos a los padres y tutores dentro y fuera del Distrito.

En este paquete, encontrará los formularios de inscripción requeridos, más instrucciones en relación con el proceso de inscripción. Por favor, complete un paquete por alumno. Todos los formularios deben ser completados y firmados donde se indica. ¡Revise todos los documentos y las instrucciones cuidadosamente!

¡Esperamos darle la bienvenida al alumno y a su familia a la comunidad del DPSCD!

Oficina de inscripción de DPSCD

Cuando los alumnos avanzan, todos avanzamos.

¿Preguntas? Por favor, póngase en contacto con su escuela o llame al 313.240.4377 para obtener más información.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



ESCUELA: _____ **FECHA:** _____

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

Los siguientes documentos son obligatorios, además del formulario de inscripción completo y firmado. Deberían entregarse antes del primer día de clases del niño/a, sin embargo deben presentarse antes de pasados 30 días de esa fecha.

- Identificación con foto del padre/madre/tutor
- Certificado o partida de nacimiento del estudiante
- Registro de vacunación del estudiante o exención
- Análisis o boletín de calificaciones más reciente del estudiante
- Dos formas de prueba de domicilio, por ejemplo: Licencia de conducir, identificación de Detroit, documentos de asistencia pública, recibos de pago, correo oficial del gobierno, facturas de servicios, etc.

*Algunas familias pueden calificar para recibir asistencia para obtener documentos.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------------|-------------------------|--|
| Nombre: | | Segundo nombre: | | Apellido: | | Sufijo (Jr., III, etc.) | |
| Fecha de nacimiento: / / | | | Preferencia de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | | | |
| Teléfono del estudiante (si corresponde): () () | | | | Correo electrónico del estudiante (si corresponde): | | | |
| Dirección física del estudiante | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | Número de departamento: | |
| Ciudad: | | | Estado: | | Código postal: | | |
| Dirección postal (si es diferente de la física) | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | Número de departamento: | |
| Ciudad: | | | Estado: | | Código postal: | | |
| Grado al que ingresa: | | Año escolar: | | ¿El estudiante nació en un parto múltiple? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿El estudiante nació en EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Cuándo se inscribió en una escuela de EE.UU. por primera vez? / / | | | | | |
| ¿El estudiante participa en programas de educación excepcional (educación especial)? Seleccione todas las que correspondan. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí. El estudiante cuenta con un Plan Individualizado de Educación (IEP) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí. El estudiante cuenta con un plan 504 | | <input type="checkbox"/> Sí. Otro _____ | | | | | |
| Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor presente una copia de su(s) documento(s) de educación especial junto con su paquete de inscripción. | | | | | | | |
| ¿El estudiante o su familia se ha mudado en los últimos tres años en busca de empleo temporal o estacional en agricultura o pesca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |

IDIOMA DEL ESTUDIANTE

Idioma nativo del estudiante Inglés Otro _____

¿En el hogar se habla un idioma diferente del inglés? No Sí. Idioma que se habla _____

¿El estudiante ha estado inscrito en un programa bilingüe, de aprendizaje de inglés o de recién llegado alguna vez? Sí No

RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Se hacen las siguientes preguntas a todos los estudiantes para asegurar que nuestro distrito continúe cumpliendo las leyes federales. Sus respuestas ayudarán al personal de la escuela a determinar si el estudiante es elegible para ciertos servicios de asistencia.

¿El estudiante vive con su(s) padre(s) biológicos?
 Sí No

¿El estudiante vive en alguno de los siguientes tipos de vivienda?

- Albergue
- Hogar transitorio
- Vivienda compartida con familiares, amigos y otros
- Hotel o motel
- Sin albergue (por ejemplo, campamento, automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda de mala calidad, autobús o estación de tren, etc.)

Si su respuesta fue "no" a la primera pregunta O si ha seleccionado cualquiera de las residencias enumeradas anteriormente, por favor complete el formulario de Referencia de Estudiantes McKinney Vento en bit.ly/External-DPSCD.



ETNIA DEL ESTUDIANTE

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Si no elige una respuesta, el Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere que el Distrito proporcione una respuesta en su nombre.

¿El estudiante es Latino/Latina/Latinx? Sí No

Raza del estudiante (seleccione todas las que correspondan):

- Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano
- Blanco (Seleccione una)
 - Europeo
 - Medio Oriental
 - Norteafricano
- Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Escuela a la que asistió más recientemente

Nombre: _____

Ciudad/Estado: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

PADRE/MADRE/TUTOR 1

Nombre y apellido:

Relación con el estudiante:

Teléfono celular: ()

Teléfono residencial: ()

Teléfono de trabajo (si corresponde): ()

Correo electrónico:

¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? Yes No, proporcione una dirección:

Calle: _____ Número de departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente al inglés?

No Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____

¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. Sí No

PADRE/MADRE/TUTOR 2

| | | | |
|---|---------|--------------------------------|--|
| Nombre y apellido: | | Relación con el estudiante: | |
| Teléfono celular: () | | Teléfono residencial: () | |
| Teléfono de trabajo (si corresponde): () | | Correo electrónico: | |
| ¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, proporcione una dirección: | | | |
| Calle: | | Número de departamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| ¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente al inglés? | | | |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____ | | | |
| ¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

PADRE/MADRE/TUTOR 3

| | | | |
|---|---------|--------------------------------|--|
| Nombre y apellido: | | Relación con el estudiante: | |
| Teléfono celular: () | | Teléfono residencial: () | |
| Teléfono de trabajo (si corresponde): () | | Correo electrónico: | |
| ¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, proporcione una dirección: | | | |
| Calle: | | Número de departamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| ¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente al inglés? | | | |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____ | | | |
| ¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

PADRE/MADRE/TUTOR 4

| | | | |
|---|---------|--------------------------------|--|
| Nombre y apellido: | | Relación con el estudiante: | |
| Teléfono celular: () | | Teléfono residencial: () | |
| Teléfono de trabajo (si corresponde): () | | Correo electrónico: | |
| ¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, proporcione una dirección: | | | |
| Calle: | | Número de departamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| ¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente al inglés? | | | |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____ | | | |
| ¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

HERMANOS/AS EN ESCUELAS DEL DPSCD

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Nombre y apellido: | | Fecha de nacimiento: / / |
| Relación con el estudiante: | Escuela a la que asiste: | Grado: |
| Nombre y apellido: | | Fecha de nacimiento: / / |
| Relación con el estudiante: | Escuela a la que asiste: | Grado: |
| Nombre y apellido: | | Fecha de nacimiento: / / |
| Relación con el estudiante: | Escuela a la que asiste: | Grado: |
| Nombre y apellido: | | Fecha de nacimiento: / / |
| Relación con el estudiante: | Escuela a la que asiste: | Grado: |
| Nombre y apellido: | | Fecha de nacimiento: / / |
| Relación con el estudiante: | Escuela a la que asiste: | Grado: |

COMUNICACIONES MASIVAS

El Distrito Comunitario de las Escuelas de Detroit utiliza herramientas de comunicación masiva, incluidas llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes de texto, para notificar a las familias sobre cierres de las escuelas, noticias y acontecimientos importantes.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Inscripción es verdadera y correcta. Si fuese necesario, doy mi consentimiento para tener una entrevista con el Distrito para verificarla. Entiendo que la información incorrecta puede ocasionar la revocación de la inscripción. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina escolar correspondiente si hay cambios en la información en este formulario.

Al firmar este Formulario de Inscripción, acepto que si alguna de las afirmaciones o la información utilizada para determinar el domicilio no es exacta, seré personalmente responsable de pagar al distrito la matrícula y cualquier gasto generado al cobrar la matrícula por todos los periodos en que mi estudiante no fue residente.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre escrito

Fecha



El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA DEL DISTRITO

EMERGENCY CONTACT & MEDICAL AUTHORIZATION FORM



ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre: | Apellido: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Grado: | Maestro del Salón: | Número del Salón: |
| Domicilio: | Ciudad: | Código Postal: |
| Número de teléfono celular del estudiante: () | Correo electrónico del estudiante: | |
| ¿Con quién vive el estudiante? Seleccione todo las que correspondan: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO PRINCIPAL

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre: | Apellido: | Teléfono Celular: () | Teléfono Residencial: () |
| Empleador: | Teléfono del trabajo: () | Correo electrónico: | |
| Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

CONTACTO SECUNDARIO

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre: | Apellido: | Teléfono Celular: () | Teléfono Residencial: () |
| Empleador: | Teléfono del trabajo: () | Correo electrónico: | |
| Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

CONTACTO ADICIONAL

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre: | Apellido: | Teléfono Celular: () | Teléfono Residencial: () |
| Empleador: | Teléfono del trabajo: () | Correo electrónico: | |
| Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA - CONTINUACIÓN

CONTACTO ADICIONAL

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre: | Apellido: | Teléfono Celular: () | Teléfono Residencial: () |
| Empleador: | Teléfono del trabajo: () | Correo electrónico: | |
| Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padres de Acogida <input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

HERMANOS EN LA CASA DEL ESTUDIANTE

Enumere todos los hermanos en el hogar del estudiante (incluidos los niños que no están en edad escolar)

| | | |
|---------|--------|--------------------------|
| Nombre: | Grado: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Nombre: | Grado: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Nombre: | Grado: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Nombre: | Grado: | Fecha de Nacimiento: / / |

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA / HOSPITALES

PARTE 1 – OTORGAR

Sólo se debe completar y firmar a continuación la parte 1 o la parte 2.

| | | |
|---------------------------------|---|------------|
| Nombre del médico: | Teléfono: () | Domicilio: |
| Nombre del dentista: | Teléfono: () | Domicilio: |
| Médico especialista (opcional): | Teléfono: () | Domicilio: |
| Hospital local: | Teléfono de sala de emergencias: () | Domicilio: |

Autorización de Emergencia Médica Por la presente doy autorización para que un médico, enfermera licenciada u otro empleado designado por la administración de la escuela, proporcione tratamiento médico a mi hijo en caso de emergencia, incluso como resultado de actividades deportivas, que amenace la vida o la salud de mi hijo. Entiendo que el personal de la escuela y el personal médico actuarán de buena fe, de acuerdo con la ley vigente y en el mejor interés de mi hijo. El personal del DPSCD también se adherirá a las políticas aplicables. Al dar este consentimiento, hasta donde lo permita la ley, voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado, libero y eximo de responsabilidad a DPSCD, a la Junta de Educación y a su personal, a los contratistas, agentes y voluntarios de la responsabilidad que resulte directa o indirectamente del tratamiento médico proporcionado. Además, autorizo a un médico, enfermero licenciado u otro empleado de la escuela designado por la administración de la escuela a hacer que mi hijo sea transportado al hospital más cercano para recibir tratamiento en caso de emergencia. Por la presente asumo la responsabilidad de los costos de cualquier tratamiento médico y transporte proporcionado a mi hijo, que puede incluir la indemnización del DPSCD por dichos costos.

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ Fecha _____

Nota: La información anterior se compartirá con el personal apropiado según sea necesario. Esto incluye, entre otros, a administradores, maestros, personal de apoyo, conductores de autobús, personal de servicio de alimentos, conserjes, entrenadores y empleados sustitutos. Por favor, notifique a la enfermera de la escuela en caso de tener inquietudes.

PARTE 2 – DENEGAR CONSENTIMIENTO

No complete la parte 2 si completó la parte 1.

NO DOY mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades de la escuela/distrito tomen las siguientes medidas:

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ Fecha _____





Querido padre/madre/tutor: La información en este formulario se utilizará para cumplir con las necesidades de salud de su hijo/a en la escuela. Por favor, complete todas las secciones del formulario y después fírmelo y entrégueselo al docente de su hijo/a lo antes posible. Cada estudiante debe tener un formulario nuevo completo cada año.

| | | | | | |
|---|--|---------|--|--|--|
| Nombre de la escuela: | | Grado: | | ¿Su hijo/a es nuevo/a en el distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Apellido del estudiante: | | Nombre: | | Segundo nombre: | |
| | | | | Sufijo (Jr., III, etc.) | |
| Fecha de nacimiento: / / | | | | | |
| Nombre del padre/madre o tutor: | | | Relación con el estudiante: | | |
| Número de teléfono de casa o celular: () | | | Teléfono del trabajo: () | | |
| ¿Qué tipo de seguro de salud tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Actualmente, mi hijo/a no tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro | | | Si su hijo/a tiene Medicaid, por favor marque el nombre del plan: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Care Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Otro | | |
| ¿Qué tipo de seguro de salud dental tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Delta Dental <input type="checkbox"/> No estoy seguro sobre qué plan | | | Healthy Kids (<i>por favor, seleccione qué plan</i>) <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro | | |

| ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes problemas de salud? | | | | | | | | | |
|--|----|----|--|----|----|--|----|----|--|
| PROBLEMA DE SALUD | SÍ | NO | PROBLEMA DE SALUD | SÍ | NO | PROBLEMA DE SALUD | SÍ | NO | |
| Alergias graves (<i>ciertos alimentos, insectos, medicamentos, látex</i>) En caso afirmativo, indique a qué es alérgico/a su hijo/a (<i>ciertos alimentos, insectos, medicamentos látex, etc.</i>): _____ _____ En caso afirmativo, marque la reacción que tiene: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Otra | | | Alergias (estacionales) | | | Problemas cardíacos | | | |
| | | | Ansiedad | | | Envenenamiento por plomo | | | |
| | | | Asma o problemas respiratorios | | | Embarazo | | | |
| | | | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | | | Convulsiones | | | |
| | | | Problemas de comportamiento | | | Anemia de células falciformes | | | |
| | | | Problemas de incontinencia | | | Problemas del habla | | | |
| | | | Problemas dentales | | | Problemas en la visión | | | |
| | | | Depresión | | | Usa anteojos | | | |
| | | | Diabetes | | | Otros problemas de salud, por favor enumere: | | | |
| | | | Traumatismos cerebrales o lesiones en la cabeza | | | _____ | | | |
| | | | Problemas de audición | | | _____ | | | |
| | | | | | | _____ | | | |

MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES*

¿Su hijo/a necesita tomar medicamentos a diario en la escuela? Sí* No

¿Su hijo/a necesita que se guarden medicamentos de emergencia en la escuela? Sí* No

¿Su hijo/a necesita que se realicen procedimientos especiales en la escuela? (Alimentación por sonda de gastrotomía, cateterización, etc.) Sí* No

* Si respondió de forma afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, por favor complete el formulario de autorización de divulgación de información médica. Si es necesario, por favor, haga que su prestador de atención médica complete el formulario de medicamentos recetados. Ambos formularios se encuentran disponibles en detroitk12.org/enrollnow y deben renovarse cada año.

PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA

| | | |
|-------------------------------------|--|------------|
| Nombre del médico: | Teléfono: () | Dirección: |
| Fecha del último examen físico: / / | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | |
| Nombre del dentista: | Teléfono: () | Dirección: |
| Fecha del último examen dental: / / | <input type="checkbox"/> No estoy seguro | |
| Especialista médico (opcional): | Hospital local: | |
| Teléfono: () | Teléfono de sala de emergencias: () | |
| Teléfono: | Dirección: | |

NECESIDADES FAMILIARES

En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que cree que debería porque no había suficiente dinero para comprar alimentos? Yes No

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Certifico que esta información es correcta a mi saber y entender, y comprendo que es mi responsabilidad informar a la escuela si esta información cambia. También entiendo que esta información puede ser compartida con el personal que necesita conocerla en la escuela de mi hijo/a para mantener la seguridad y protección de mi hijo/a en la escuela.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre escrito

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

| | FECHA | MIEMBRO DEL PERSONAL |
|--|-------|----------------------|
| Formulario recibido | | |
| Información ingresada en el Sistema de Información Estudiantil | | |



El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | | |
|--------------------------------------|---------|--|-----------------------------|
| Apellido del Estudiante: | Nombre: | Segundo Nombre: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Nombre y apellido del Padre / Tutor: | | Teléfono Residencial o Celular: () | |

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar este formulario de Autorización para Divulgación de Información, yo autorizo lo siguiente:

- Autorizo a la escuela de mi hijo(a) a divulgar la siguiente información del estudiante a las personas / grupos listados a continuación: información de contacto familiar del niño(a) y de emergencia, registros de asistencia y disciplinarios, historial de vacunación, resultados de exámenes de salud como audición y visión, evaluaciones psicológicas, registros de educación especial, sección 504 del plan de adaptación y cualquier información relacionada con afecciones médicas, como asma, diabetes o convulsiones.
 - Los Proveedores de Atención Médica de mi hijo(a)
 - El Plan de seguro de salud de mi hijo(a)
 - Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y Departamento de Salud de Detroit (solo registros de vacunación)
 - Proveedores de servicios de salud escolar - véase más abajo
- Entiendo que compartir esta información permitirá que DPSCD trabaje con cada uno de estos individuos / grupos para coordinar la asistencia, proporcionar servicios de extensión si es necesario y mantener a mi hijo(a) sano(a) y seguro(a) en la escuela.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de cualquier registro divulgado. (Si desea recibir una copia, por favor proporcione un correo electrónico o una dirección postal a donde se deben enviar los registros.)
- Entiendo que estas personas pueden usar los registros proporcionados por DPSCD para contactarme y / o verificar información para fines relacionados con la salud del estudiante.
- Entiendo que mi autorización para permitir el intercambio de las informaciones anteriores es voluntaria y que caduca cuando mi hijo(a) deja el distrito escolar o se gradúa. **Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una nota o carta por escrito a la oficina de administración de la escuela.**

Los proveedores de servicios de salud escolares pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Centros de salud escolares (*School Based Health Centers - SBHC*): capacidad para diagnosticar y tratar muchas afecciones comunes, como dolor de garganta, dolores de cabeza e infecciones del oído, y también para controlar afecciones de salud crónicas. El SBHC también puede proporcionar servicios de salud conductual.
- Servicios dentales: pueden incluir educación sobre salud bucal, exámenes de detección, aplicación de barniz de flúor, cuidado preventivo y limpieza, cuidado restaurativo / correctivo.
- Servicios visión: pueden incluir pruebas de detección, examen, tratamiento y / o correcciones, como gafas.
- Servicios de inmunización
- Servicios de salud conductual

Para que su hijo(a) reciba estos servicios de estos proveedores, usted deberá completar un formulario de inscripción separado para cada uno de los proveedores.

| | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------|
| Nombre del Padre / Tutor: | Relación con el niño(a): | Fecha: / / |
|---------------------------|--------------------------|---------------|



LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD FAMILIAR (FERPA)

¿Qué es FERPA?

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes. En general, las escuelas deben contar con un permiso por escrito de los padres, o del alumno si es mayor de 18 años, para poder divulgar cualquier información del registro educativo del alumno.

¿Permiso para qué?

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (Detroit Public Schools Community District) está solicitando su consentimiento porque es posible que necesitemos compartir la información contenida en los registros de nuestros estudiantes con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico, un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a), o según lo exija la ley, incluso a Michigan y Detroit Departamentos de salud. Los proveedores de atención médica son el (los) médico (s) o enfermero (s) que cuidan de su hijo, como se indica en los registros del distrito. Un plan de salud es una organización que administra los beneficios de atención médica de su hijo(a), como Medicaid o una compañía de seguros de salud.

¿Por qué esto es importante?

Este formulario de autorización permite al distrito, cuando lo solicite o sea necesario por ley, y / o ayudar con la coordinación de la atención médica, incluidos los beneficios, al compartir información de salud del registro educativo del estudiante. Sin su consentimiento, el distrito está limitado en cómo puede colaborar con el Proveedor de atención médica, el Plan de seguro médico o un Proveedor de servicios de salud escolares de su hijo(a) para ayudar a usted o a su hijo(a).

Lo que este formulario no hace.

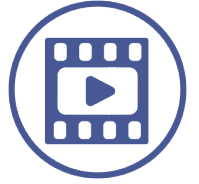
- Este formulario sólo autoriza al distrito a divulgar información con fines limitados, con su consentimiento. Cada Proveedor de atención médica, Plan de seguro de salud o un Proveedor de servicios de salud escolar puede tener su propia forma de obtener su permiso para compartir información con el distrito.
- Su firma no autoriza al distrito a obtener tratamiento médico para su hijo en su nombre.

Por favor ayúdenos a conectarlo a usted y a su hijo con los servicios de salud firmando y devolviendo la página anterior.



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

STUDENT MEDIA RELEASE



POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN

Para el Padre o Tutor de: _____
(Nombre escrito del Estudiante)

En ocasiones, los equipos de producción de video, fotografía y / o audio no comerciales aprobados por el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit pueden estar presentes en la escuela o en una actividad autorizada por el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit a la que asista su hijo, para resaltar la actividad, escuela, estudiante o el distrito en interés de promover la educación pública. Si acepta la participación de su hijo en el video / fotografía / audio, producciones / entrevistas / actividades que puedan tener lugar, firme a continuación después de leer lo siguiente.

Yo, _____, soy el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente.
(Nombre escrito del Padre / Tutor)

En interés de la educación pública, autorizo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit, su Junta de Educación y los equipos de producción no comerciales, que actúen a través de sus empleados o agentes autorizados, para usar, publicar y con derechos de autor audio y / o visual reproducciones de la voz y / o imagen del estudiante mencionado anteriormente, solo o con otras personas, con o sin el uso del nombre del estudiante para el uso exclusivo en interés de la educación pública relacionada con un proyecto autorizado por DPSCD.

Esta autorización está vigente a perpetuidad desde la fecha _____
(Nombre escrito del Alumno)

se torna un alumno de _____ hasta la fecha de su
(Nombre escrito de la escuela)

condición de alumno en DPSCD o en la escuela termine. Por la presente libero y eximo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit de cualquier responsabilidad, cualquier lesión, reclamo, daño o costo que surja del uso de imágenes o grabaciones de cualquier tipo y renuncio a cualquier solicitud de remuneración.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Dirección, Ciudad, Código Postal

MANTENGA EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA.

Oficina de Comunicaciones y Marketing
tel: 313-873-3494 | communications@detroitk12.org