DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Como Matricularse en las EPDC

Matricúlese para el Ano Escolar 2018-2019 en 3 Simples Pasos:

1) Complete el Paquete de matrícula.
2) Proporcione prueba de residencia en DC como se indica en las Directrices de Verificación de la Residencia.
3) Entregar a la escuela el Paquete de matrícula completado.

Estudiantes Matriculándose para el AE18-19

Estudiantes de las EPDC que Regresan:

1. Formulario Anual de Matricula del/de la Estudiante
2. Formulario de Verificación de Residencia en DC
3. Encuesta del Lenguaje Materno
4. Formularios de Divulgación/Consentimiento
   - Medios de Comunicación
   - Denagacion de Reclutamiento MIlitar (SOLO 7mo – 12vo, Opcional)
5. Formulario de Certificado de Salud Universal de DC
6. Formulario de Evaluación de Salud Bucal de DC

Proporcione Prueba de Residencia en DC

Estudiantes (NUEVOS) de las EPDC:

1. Formulario Anual de Matricula del/de la Estudiante
2. Formulario de Verificación de Residencia en DC
3. Encuesta del Lenguaje Materno
4. Formularios de Divulgación/Consentimiento
   - Medios de Comunicación
   - Denagacion de Reclutamiento MIlitar (SOLO 7mo – 12vo, Opcional)
5. Formulario de Certificado de Salud Universal de DC
6. Formulario de Evaluación de Salud Bucal de DC

Proporcione Prueba de Residencia en DC

Proporcione (1) Documento que Verifique la Edad:

- Certificado de Nacimiento
- Historia Clinica
- Expediente escolar anterior
- Pasaporte
- Certificado de Bautismo

¡Entregue a su Escuela el Paquete de Matricula Completado para matricularse!

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Recursos Adicionales:

- Directrices de la Verificación de Residencia de DC
- Instrucciones del Certificado de Salud Universal de DC
- Requisitos de Salud Escolar y Vacunas de las EPDC
- Notificación de FERPA
- Notificación de Solicitud para Recibir Comidas Gratuitas y a Bajo Costo (FARM)
- Información sobre las Comidas Escolares, FARM, Alergias y Acomodaciones Dietéticas

Puede obtener todos los documentos en www.dcps.dc.gov/enroll. Tenemos traducciones disponibles en Amárico, Chino, Francés, Español y Vietnamita.

Si tiene alguna pregunta sobre como completar su paquete de matrícula, no dude en comunicarse directamente con la escuela de su hijo/a o al Equipo de Matricula en la Oficina del Director General de Operaciones al 202-478-5738.

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Nombre de la Escuela:_____

FORMULARIO DE MATRICULACION DEL ESTUDIANTE

Año Escolar 2018-2019

(Spanish)

(Escriba toda la información en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido	**Nombre**	**Inicial del Segundo Nombre**	**# ID del Estudiante de las EPDC**

Denominación Étnica:
☐ Hispano/Latino
☐ No-Hispano/ No-Latino

Raza (escoja uno o más opciones):
☐ Indio Americano /Nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Negro/Afroamericano
☐ Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacifico
☐ Blanco

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Género del Estudiante
☐ Masculino
☐ Femenino

Número de Teléfono: ( )

Lugar de Nacimiento (si no es EEUU):

Estudiantes Nuevos en las EPDC

Dirección	**No. de Apartamento**

Ciudad	**Estado**	**Código Postal**

Escuela anterior (si no son las EPDC):

Ciudad, Estado, Código Postal:

PEI actual para los servicios de Educación Especial	☐ Sí	☐ No
Plan 504 actual	☐ Sí	☐ No
Alergias *(si contesto "si" complete la solicitud)*	☐ Sí	☐ No
Restricciones de la dieta *(si contesto "sí" complete la solicitud)*	☐ Sí	☐ No
Medicamentos requeridos *(si contesto "sí" complete la solicitud)*	☐ Sí	☐ No

Nivel de grado del próximo año escolar (18-19)

PK3 PK4 K 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10 11 12 Adulto

INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO

Padre/Encargado	**Parentezco**

Dirección

City	**Estado**	**Código Postal**

Correo electrónico
☐ Opta por un correo electrónico
☐ Opta por un mensaje de texto

Teléfono de la casa	**Celular**	**Teléfono del Trabajo**

Otro Contacto del Padre/Encargado	**Parentezco**

Dirección

Ciudad	**Estado**	**Código Postal**

Correo electrónico
☐ Opta por un correo electrónico
☐ Opta por un mensaje de texto

Teléfono de la casa	**Celular**	**Teléfono del Trabajo**

	Hermano/a 1	**Hermano/a 2**	**Hermano/a 3**	**Hermano/a 4**
Nombre				
# ID del Estudiante				
Escuela				
Fecha de Nacimiento				

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL PADRE/ENCARGADO)

Nombre	**Parentezco**

Dirección

Ciudad	**Estado**	**Código Postal**

Teléfono de la casa	**Celular**	**Teléfono del Trabajo**

Nombre	**Parentezco**

Dirección

Ciudad	**Estado**	**Código Postal**

Teléfono de la casa	**Celular**	**Teléfono del Trabajo**

ESTADO DE LA VIVIENDA (ESCOJA TODOS LOS QUE APLICAN)

Permanente	Hotel/Motel	Refugio	Sin cobijo	Vivienda Compartida	Cuidado de Crianza/CFSA	En espera de Cuidado de Crianza	Joven sin un encargado legal
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Las EPDC consienten en que los datos/información proporcionadas en el Formulario de Matriculación del Estudiante se mantendrán en confidencialidad y se utilizarán únicamente para asuntos legítimos de las EPDC. **He completado este formulario y certifico que la información incluida arriba es correcta. Entiendo que proporcionar información falsa con la intención de estafar al gobierno es castigado por la ley. Al firmar abajo, reconozco que estoy de acuerdo con cualquier consentimiento o acuerdos proporcionados en este formulario. El formulario no se debe firmar antes del 1 de abril.**

_____ _____

Firma del Padre/Encargado que matricula al estudiante **Fecha**

SY 2018-19 |Actualizado 3/18

Nombre de LEA (Agencia de Educación Local)/Escuela

FORMULARIO 1 - FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE DOMICILIO EN EL D.C.

Parte A. Confirmación del padre/madre/tutor/cuidador o estudiante adulto

Yo soy el ☐ padre/madre/tutor ☐ otro cuidador principal ☐ estudiante adulto **que** ☐ se está reinscribiendo* ☐ se está inscribiendo _____ en la escuela.
(estudiante adulto/nombre completo del estudiante)

Yo, el padre/madre/tutor/cuidador o estudiante adulto, afirmo que vivo en la siguiente dirección:

_____
Calle Ciudad, Estado Código postal

**La reinscripción solo puede ser seleccionada si los cuatro ítems en la Parte B son pertinentes.*

Parte B. Declaración de consentimiento (esta sección es para inscribir personas que verifican que viven en el Distrito utilizando un acuerdo intrainstitucional).

La persona que se inscribe debe escribir sus iniciales en cada una de las cuatro declaraciones e identificar qué proceso de intercambio de datos intrainstitucional se está usando para verificar el domicilio.

____ Por la presente afirmo que la escuela que inscribe/LEA verificó mi domicilio durante el año escolar anterior,
____ Afirmo también por la presente que sigo viviendo en el Distrito como lo hacía el año escolar anterior,
____ Doy consentimiento para que se realicen verificaciones al azar de mi situación de domicilio durante el año escolar,

____Por el presente designo a la OSSE como representante autorizado para verificar el domicilio del estudiante a través de un proceso de intercambio de datos interinstitucional ya sea con: (seleccione uno a continuación)
____El Departamento de Servicios Humanos para verificar la participación en cualquier programa de asistencia financiera o beneficios públicos del Distrito de Columbia, o
____La Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR, por sus siglas en inglés) para verificar la condición de contribuyente**.

***La persona inscrita debe iniciar sesión en un sistema de validación separado de domicilio a través de la OTR. La escuela que inscribe proporcionará documentos de orientación.*

Parte C. Declaración jurada de domicilio en el D.C. del padre/madre/tutor/cuidador o estudiante adulto

Comprendo que la inscripción del estudiante antes mencionado en las escuelas públicas del Distrito de Columbia, las escuelas públicas chárter u otras escuelas que brindan servicios educativos financiados por el Distrito de Columbia se basa en mi representación Bona Fide de domicilio en el D.C., incluyendo esta declaración jurada de presencia física y mi presentación de documentos de verificación de domicilio. Si esta declaración jurada es falsa, entiendo que soy responsable por el pago de matrícula retroactiva para el estudiante, y que este puede ser retirado de la escuela. Además, entiendo que, bajo el Código §38-312 del D.C., cualquier persona que a sabiendas suministre información falsa a un funcionario público en conexión con la verificación de domicilio del estudiante será sujeto al pago de una multa de no más de $2.000 o tiempo de prisión de no más de 90 días, aunque no ambas cosas. Por la presente renuncio a mis derechos de confidencialidad de información relativa a mi domicilio y entiendo que el Distrito de Columbia usará cualquier medio legal que tiene a su disposición para verificar mi domicilio. También acepto notificar a la escuela de cualquier cambio de domicilio en cuanto a mí mismo o al estudiante dentro de los tres (3) días escolares después de dicho cambio.

_____
(Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor/cuidador o estudiante adulto) (Número de teléfono)

_____
Firma del padre/madre/tutor/cuidador o adulto estudiante (Fecha)

Parte D. Confirmación oficial de la escuela

Los siguientes ítems seleccionados a continuación se usan y/o son presentados como prueba de que vive en el Distrito de Columbia. Ver al reverso las descripciones detalladas.

1. **Uno de los siguientes ítems:**
   ____ Recibo de pago dentro de los 45 días.
   ____ Documentación oficial vigente de asistencia financiera federal del D.C.
   ____ Copia certificada del formulario fiscal-D40 del D.C.
   ____ Solicitudes de vivienda militar.
   ____ Carta de la embajada.
2. **Dos de los siguientes ítems con nombres y direcciones que coincidan:**
   ____ Registro vigente de vehículo automotor del D.C.
   ____ Licencia de conducir vigente o identificación de no conductor del D.C.
   ____ Contrato de alquiler vigente con evidencia de pago por separado.
   ____ Factura de algún servicio público con evidencia de pago por separado.
3. **No se requiere documentación de apoyo. Se requiere una firma de la persona que inscribe en la Parte C.**
   ____ Existe evidencia de que el estudiante es una persona sin hogar y la persona de referencia para estos casos ha proporcionado verificación de su situación.
   ____ El menor está/estaba bajo la tutela del Distrito de Columbia.
4. **Seleccione si el domicilio en el Distrito fue verificado por medio de un acuerdo intrainstitucional.**
   ____ Verificación de la Oficina de Impuestos e Ingresos **
   ____ Verificación de asistencia financiera del D.C.
5. **Use solo si ninguna de las opciones previas corresponden.**
   ____ La persona que inscribe al estudiante o el estudiante adulto ha dado consentimiento para una visita domiciliaria.

Nombre de LEA (Agencia de Educación Local)/Escuela

Certifico, bajo pena de perjurio, que he revisado personalmente todos los documentos presentados y afirmo que la información representada anteriormente es verdadera a mi mejor saber y entender, información y creencia. También afirmo que toda la documentación de apoyo de este formulario será retenida por la escuela y puesta a pedido a disposición de OSSE, auditores externos y otros organismos incluyendo, entre otros, a la Oficina del Inspector General del D.C., la Oficina del Fiscal General del D.C., etc.

Funcionario escolar (Escribir el nombre en letra de imprenta) Funcionario escolar (Firma) Fecha

Lista de documentación de apoyo aceptable

1. (Se necesita un artículo de esta lista para verificar el domicilio. La dirección y el nombre en cada uno de los ítems debe ser la misma).

- ○ **Recibo de pago:** Un recibo de pago válido emitido dentro de los cuarenta y cinco (45) días luego de proporcionar prueba de domicilio. Debe contener el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto mostrando su domicilio actual en el D.C. y retención solo del impuesto personal sobre los ingresos para el año fiscal actual.
- ○ **Documentación oficial vigente del formulario de asistencia financiera del Gobierno del Distrito de Columbia:** Emitida a la persona que inscribe al estudiante o al estudiante adulto y vigente en el momento en que se presenta a la escuela, incluyendo, entre otros, la Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés), el ingreso suplementario de seguridad, asistencia para la vivienda y otros programas.
- ○ **Copia certificada del formulario D40:** Certificada por la Oficina de Impuestos e Ingresos del D.C., con el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto como evidencia del pago de impuestos del D.C. para el año fiscal en curso o el más reciente.
- ○ **Solicitudes de vivienda militar vigentes:** Que muestren el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto y la dirección del domicilio en el Distrito, incluyendo entre otros una declaración del Sistema de Información de Elegibilidad de Inscripción del Departamento de Defensa (DEERS, por sus siglas en inglés) u otra comunicación oficial con membrete del ejército.
- ○ **Carta de la embajada:** Emitida dentro de los últimos doce (12) meses, que muestre el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto, indicando que el cuidador y el estudiante dependiente o el estudiante adulto actualmente viven en propiedad de la embajada en el Distrito de Columbia o que vivirán en propiedad del D.C. confirmada por la embajada durante el año escolar relevante, y un sello oficial de la embajada.

2. (Se necesitan dos ítems de esta lista para verificar el domicilio. La dirección y el nombre en cada uno de los ítems debe ser la misma).

- ○ Registro de vehículo motorizado del D.C. **válido y vigente** que muestre el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto y su domicilio actual en el distrito.
- ○ Contrato de arrendamiento con prueba de pago de la renta por separado **válido y vigente**, a nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto, por un periodo dentro de los dos (2) meses inmediatamente anteriores a la revisión de la documentación de residencia por parte de la escuela, para el domicilio actual en el D.C. en el que el estudiante vive en la actualidad.
- ○ Permiso de operación de vehículo motorizado del D.C. **válido y vigente** o identificación oficial de no conductor emitida por el gobierno a nombre de la persona que inscribe al estudiante o a nombre del estudiante adulto, que muestre su domicilio actual en el D.C.
- ○ **Factura de servicios** (***solo se aceptan facturas de gas, eléctricas y de agua***) **con un recibo de pago por separado mostrando el pago de la factura**, desde un periodo dentro de los dos (2) meses inmediatamente anteriores a la revisión por parte de la escuela de la documentación de domicilio, y que mencione el nombre de la persona que inscribe al estudiante o el nombre del estudiante adulto y su domicilio actual en el D.C.

3. (Consentimiento de las familias/estudiantes que se están inscribiendo para utilizar la verificación electrónica de domicilio).

- ○ **Oficina de Impuestos e Ingresos:** Las familias/estudiantes que se están reinscribiendo aceptan verificar el domicilio usando el proceso de verificación de domicilio OTR. La persona que se inscribe debe iniciar sesión en un sistema de validación separado de domicilio. La escuela que inscribe proporcionará documentos de orientación.
- ○ **Asistencia Financiera del D.C.:** La participación en el programa identificado de beneficios públicos o de asistencia financiera del Distrito en el cual se carga la información directamente a la OSSE a través de un acuerdo de intercambio de datos intrainstitucional. Estos programas incluyen a Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés).

Nombre de LEA (Agencia de Educación Local)/Escuela

4. (No se requiere documentación de apoyo. Se necesita una firma al inscribir a la persona en la Parte C.)

○ **Sin hogar:** Hay evidencia de que el estudiante está en situación de calle y que la persona de referencia de la escuela ha proporcionado la información apropiada sobre su situación.

○ **Bajo tutela del Distrito de Columbia:** Evidencia de que el menor está bajo tutela del Distrito de Columbia, en forma de una orden de la corte o documentación oficial de la Agencia de Servicios para Niños y Familias del D.C.

Penalización por dar información falsa:

Cualquier persona, incluido cualquier funcionario de una escuela pública o escuela pública chárter del Distrito de Columbia, que a sabiendas suministra información falsa a un funcionario público en relación con la verificación de domicilio de un estudiante, será sujeta a cargos de matriculación retroactiva y al pago de una multa de no más de $2,000 o prisión durante no más de 90 días, aunque no a ambas cosas, conforme a la Ley de Matrículación para personas que no viven en el Distrito de Columbia, aprobada el 8 de septiembre de 1960 y enmendada por la Ley de Enmienda de 2012 de Prevención del Fraude sobre Residencia del Estudiante de las Escuelas Públicas y Chárter del Distrito de Columbia (Código §38-312 del D.C.). El caso de cualquiera de esas personas puede ser referido a la Oficina del Fiscal General por la Oficina del Superintendente Estatal de Educación.

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

DCPS Home Language Survey (HLS) Form

To help us ensure that important opportunities to receive English Learner services are offered to students who need them, the law requires us to ask questions about the students' language backgrounds. Your answers below will tell us if your student's proficiency in English should be evaluated.

School: _____ **Student ID #:** _____

Student's Last Name: _____ **Student's First Name:** _____

English

1. Is a language other than English spoken in your home?
☐ No ☐ Yes _____ (specify language)
2. Does your child speak/communicate at home in a language other than English?
☐ No ☐ Yes _____ (specify language)
3. In what language do you prefer to receive information from the school?
_____ (specify language)
4. What is your relationship to the child?
☐ Father ☐ Mother ☐ Guardian ☐ Other (specify) _____

Español (Spanish)

Para ayudarnos a asegurar que las oportunidades para recibir servicios de Inglés como Segundo Idioma se le ofrezcan a los/as estudiantes que lo necesitan, la ley requiere que le preguntemos sobre el idioma materno del estudiante. Su respuesta nos dejará saber si el dominio del idioma Inglés de su estudiante debe ser evaluado.

1. ¿Se habla otro idioma en casa que no sea el inglés?
☐ No ☐ Si _____ (especifique el idioma)
2. ¿En casa, habla o se comunica el/la estudiante en un idioma no sea el inglés?
☐ No ☐ Si _____ (especifique el idioma)
3. ¿En qué idioma prefiere recibir la información de la escuela?
_____ (especifique el idioma)
4. ¿Cuál es su parentesco con el/la estudiante?
☐ Padre ☐ Madre ☐ Encargado ☐ Otro (especifique)_____

እንግሊዘኛ (Amharic)

ለእንግሊዘኛ ቋንቋ ተማሪዎች የሚያስፈልጓቸው አገልግሎቶች፣ ጠቃሚ መረጃዎች የሚደርሳቸው መሆኑን ዕውን ለማድረግ እንዲረዳን፣ስለተማሪው የቋንቋ መደብ ጀርባ ሁኔታዎች እንድንጠይቅ ህጉ ያስገድዳል። ከዚህ በታች ለቀረቡት ጥያቄዎች የሚሰጡቸው ምላሾች፣ተማሪ ልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ የቅልጥፍና ደረጃው መገምገም ይገባው እንደሆነ ሊነግረን ይችላል።

1. በቤት ውስጥ ከእንግሊዘኛ ቋንቋ ውጪ ሌላ ቋንቋ ይነገራል?
☐ የለም ☐ አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
2. ልጅዎ በቤት ውስጥ ከእንግሊዘኛ ውጪ በሌላ ቋንቋ ይናገራል/ይግባባል ወይ?
☐ የለም ☐ አዎን _____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
3. ከትምህርት ቤት የሚደርስዎት መረጃዎች በየትኛው ቋንቋ ቢላክልዎት ይመርጣሉ?
_____ (ቋንቋውን ይጥቀሱ)
4. ለልጁ ያለዎት ዝምድና ምንድን ነው?
☐ አባት ☐ እናት ☐ አሳዳጊ ☐ ሌላ (ይጠቀስ) _____

Français (French)

Afin que nous nous assurions que les opportunités importantes et les services dont peuvent bénéficier les apprenants en anglais soient offerts aux élèves qui en ont besoin; nous sommes tenus par la loi de vous poser des questions concernant les langues que vous parlez. Vos réponses ci-dessous nous permettrons de savoir si le niveau d'anglais de votre enfant doit être évalué.

1. Est-ce qu'une autre langue que l'anglais est parlée à la maison?
☐ Non ☐ Oui _____ (Spécifiez la langue)
2. Est-ce que votre enfant communiquer dans une autre langue que l'anglais à la maison?
☐ Non ☐ Oui _____ (Spécifiez la langue)
3. En quelle langue préférez-vous recevoir des informations de l'école?
_____ (Spécifiez la langue)
4. Quel est votre lien de parenté avec l'enfant?
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (Veuillez spécifier) _____

中文(Chinese)

为了帮助我们确保为向有需要的学生提供接受英语学习生服务的重要机会，法律要求我们询问了解学生的语言背景。 您对下列问题的回答将表明您的孩子是否应该接受英语熟练程度的评估。

1.在家里是否说除了英语之外的一种语言?
☐否 ☐是 _____（请说明语言）
2.您的孩子在家是否说除了英语之外的一种语言或以这种语言进行沟通?
☐否 ☐是 _____（请说明语言）
3.您喜欢以哪一种语言从学校收到信息?
_____（请说明语言）
4.您与孩子的关系是什么?
☐父亲 ☐母亲 ☐监护人 ☐其他（请说明） _____

Tiếng Việt (Vietnamese)

Để giúp chúng tôi chắc chắn rằng các cơ hội và dịch vụ quan trọng dành cho người học tiếng Anh sẽ được cung cấp cho các học sinh cần đến, luật lệ đòi hỏi chúng tôi phải hỏi các câu hỏi về ngôn ngữ mẹ đẻ của học sinh. Các câu trả lời của quý vị dưới đây sẽ cho chúng tôi biết nếu học sinh cần được lượng định trình độ Anh ngữ.

1. Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không?
☐ Không ☐ Có _____ (ghi rõ ngôn ngữ)
2. Con em có nói hoặc giao tiếp một ngôn ngữ nào khác hơn tiếng Anh ở nhà hay không?
☐ Không ☐ Có _____ (ghi rõ ngôn ngữ)
3. Quý vị muốn nhận được thông tin từ trường học bằng ngôn ngữ nào?
_____ (ghi rõ ngôn ngữ)
4. Xin cho biết liên hệ của quý vị đối với đứa trẻ?
☐ Cha ☐ Mẹ ☐ Người Giám Hộ ☐ Liên hệ khác (xin ghi rõ) _____

_____ _____

School Official Signature **Date** **Parent/Guardian Signature** **Date**

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Normas para la Verificación de Residencia

LISTA DE COMPROBANTES DE RESIDENCIA ACEPTABLES

Todos los documentos deben tener formato original y NO VENCIDOS

- Se requiere que los padres de familia/guardianes verifiquen la residencia en el DC cada año cuando matriculan al estudiante.
- Los padres de familia/guardianes pueden presentar un documento de la Lista A **o** dos documentos de la Lista B a fin de comprobar residencia en el DC.
- Los padres de familia/guardianes deben proporcionar documentos originales a los funcionarios escolares y los documentos deben estar a nombre del padre/guardián que matricula al estudiante. **La ley del DC les exige a los funcionarios escolares fotocopiar los documentos de residencia para los fines de auditoría.**
- Los padres de familia/guardianes también deben completar el Formulario de Verificación de Residencia en el DC cada año, al momento de la matriculación. Este documento debe estar firmado por el mismo padre de familia/guardián que efectúa la matriculación cuyo nombre consta en los documentos de residencia.

Lista A **Uno** de los siguientes comprobantes que indique el nombre y la dirección del padre de familia/guardián que efectúa la matriculación.	**Lista B** **Dos** de los siguientes comprobantes que indiquen el nombre y la dirección del padre de familia/guardián que efectúa la matriculación. El nombre y la dirección debe ser iguales en **ambos** documentos.
Un recibo de pago, emitido dentro de los **45 días** previos a la revisión de la documentación de residencia por parte de la escuela, con su dirección en el DC y prueba de pago de impuestos en el DC	Registro del automóvil en el DC no vencido
Notificación de beneficios anuales del Ingreso de Seguridad Complementario	
Carta de Verificación **y** Órdenes de Vivienda Militar; **o** Declaración Deers (Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de la Defensa)	Permiso (licencia) para conducir un automotor en el DC no vencido **o** identificación oficial que no sea el permiso para conducir
Una carta de la embajada que indique vivienda en el DC patrocinada por la embajada con el sello de la embajada	
Documentación oficial no vencida de asistencia financiera del Gobierno del DC incluyendo TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, Medicaid, SCHIP (Programa de Seguro Estatal para Niños), SSI (Ingreso de Seguridad Complementario), asistencia de vivienda y otros Programas del Gobierno del DC	Contrato de alquiler (o renta) no vencido con separada recibo que pago dentro de los 2 meses anteriores a la revisión de la escuela de la documentación de residencia.
Una copia del formulario 2017 D-40 certificada por el formulario de la Oficina de Impuestos y Rentas	
Prueba de que el/la niño(a) está bajo la tutela del Distrito de Columbia, en la forma de una Orden Judicial o una notificación de la Agencia de Servicios para el Niño y la Familia del DC	Una factura de servicios públicos (únicamente se aceptan los recibos de gas, electricidad y agua) con comprobante de pago por separado **y** un recibo de pago dentro de los 60 días de la revisión de la documentación de residencia por parte de la escuela

Si tiene preguntas o si necesita orientación al respecto, comuníquese con el Equipo de Matriculación en enroll@dc.gov o llamando al 202-478-5738.

MY SCHOOL DC
La Lotería Escolar
MySchoolDC.org

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE CUPO año escolar 2018-19

Padres/Tutores: favor completar este formulario para confirmar que su hijo/a acepta un cupo en una escuela participante de My School DC, la lotería escolar.

Datos del estudiante ***Necesita completar un formulario para cada niño/a al cual tiene que inscribir.**

Primer nombre:	*Segundo nombre:*	*Su número de seguimiento:*
Apellido:	*Fecha de nacimiento:* ____/_____/_____ (mes / día / año)	
Escuela actual (2017-18):	*Grado actual (2017-18):*	
Escuela de inscripción (2018-19):	*Grado de inscripción (2018-19):*	

Información del Padre/Tutor ***Debe ser la persona completando el formulario y confirmando la residencia en el Distrito de Columbia.**

Primer nombre:	*Apellido:*	
Dirección:		
Ciudad:	*Estado:*	*Código postal:*

Pedido de registros ***Se requiere que marque la siguiente casilla para que la escuela de inscripción pueda solicitar los registros del niño/a.**

☐ Por la presente autorizo a la escuela de inscripción a solicitar los registros de la escuela actual del estudiante nombrado. También por este medio autorizo a la escuela de inscripción a solicitar los registros de cualquier otra escuela al cual el estudiante ha asistido anteriormente. Entiendo que la escuela de inscripción no puede transferir ni comunicar los registros a cualquier otra parte o agencia sin mi autorización por escrito, excepto bajo la autoridad de la Ley de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99).

Confirmación de inscripción ***Favor de leer y marcar las casillas siguientes para confirmar su inscripción para el año escolar 2018-19.**

☐ Entiendo que al enviar este formulario, estoy confirmando la matrícula del estudiante nombrado en la escuela de inscripción para el año escolar 2018-19.

☐ Entiendo que no puedo matricular al estudiante nombrado en más de una escuela para el año escolar 2018-19.

☐ Entiendo que mediante esta forma, estoy revocando mi inscripción en mi escuela actual para el año escolar 2018-19 y que mi escuela actual será notificada que puede otorgar mi espacio a otra familia.

☐ Entiendo al aceptar la oferta de la lista de espera e inscribir a mi hijo/a en esta escuela se le removerá de todas las listas de espera de las escuelas clasificadas por debajo de esta escuela en mi solicitud de My School DC.

Firma de Padre/Tutor:	**Fecha: ____/____/_____** (mes / día / año)

ESTA SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR

Date Received: ____/____/_____ **Time Received: _____** **Printed Staff Name: _____** **Staff Signature: _____**	**School Seal (if applicable):**

Consentimiento y autorización para que los estudiantes sean filmados/fotografiados/entrevistados y para el uso de su imagen/voz/obras escolares

Yo,_____por medio de la presente otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC), a sus empleados y agentes, al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios el derecho a grabar la imagen y/o la voz y a usar material artística y/o el material escrito de mi hijo(a),_____, en video, en películas, en fotografías, en medios de comunicación digital y en cualquier otra forma de medios electrónicos o impresión, y a editar dichas grabaciones a su discreción. Entiendo que no se hará público el nombre completo de mi hijo/a, ni su dirección y ni sus datos biográficos sin mi consentimiento por escrito.

También otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC), al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios el derecho a usar y a permitir a otros el uso de la imagen y/o la voz de mi hijo(a) en la Internet, en folletos y en cualquier otro medio, y por la presente doy mi consentimiento para dicho uso.

Por la presente libero a las EPDC, al Gobierno del Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios y a cualquier otra persona que use la imagen y/o la voz de mi hijo(a), material artística y/o trabajo escrito conforme a este comunicado, de cualquiera y de todos los reclamos, daños y perjuicios, responsabilidades, costos y gastos que yo o mi hijo(a) tenemos actualmente o podamos tener debido a cualquier uso del mismo.

Entiendo que las disposiciones de este comunicado son legalmente vinculantes. (*Marque una opción*)

☐ **Doy mi consentimiento.** ☐ **No doy mi consentimiento.**

_____	_____	_____
Nombre del Padre/Encargado [En letra de imprenta]	**Firma del Padre/Encargado o Estudiante** (si es adulto)	**Fecha**

Derecho a decidir no divulgar información a reclutadores militares (Estudiantes en 7 a 12 grado)

Las leyes federales requieren que las agencias de educación local (LEAs) como las EPDC proporcionen a los reclutadores militares, cuando lo soliciten, el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los estudiantes de escuela secundaria a menos que el padre/encargado legal (o el estudiante si es adulto) haya informado a la LEA por escrito que él/ella no quiere que la información del estudiante se divulgue sin su consentimiento previo por escrito. Dicho aviso por parte del padre/encargado legal (o estudiante adulto) debe tener lugar dentro de los 30 días a partir de la notificación de estos derechos y puede llevarse a cabo si selecciona una de las opciones apropiadas abajo, firmando este formulario y devolviéndolo a las EPDC.

_____Como padre/encargado legal del niño(a) que se menciona a continuación, solicito que las EPDC no divulguen el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi hijo(a) a los Servicios Armados, reclutadores militares, academias de servicios o escuelas militares a menos que yo por separado dé mi consentimiento por escrito para dicha divulgación.

_____Como estudiante adulto (que ha cumplido los 18 años de edad), solicito que las EPDC no divulguen mi nombre, dirección y número de teléfono a los Servicios Armados, reclutadores militares, academias de servicios o escuelas militares a menos que yo por separado dé mi consentimiento por escrito para dicha divulgación.

Nombre del estudiante en letra de imprenta **Firma del Padre/Encargado Legal o Estudiante** (si es adulto) y **Fecha**

Aviso contra la Discriminación: De conformidad con las leyes estatales y federales, las Escuelas Públicas de Distrito de Columbia no discriminan en base a una característica real o percibida tal como raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, identidad o expresión de género, situación familiar, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingreso, estado de víctima de delito intrafamiliar, o lugar de residencia o negocio. *Para ver el texto completo y obtener más información, visite http://dcps.dc.gov/ non-discrimination.*

Consentimiento para Servicios Socio Emocionales

Nuestras escuelas poseen profesionales calificados que están capacitados para ayudar a los/as estudiantes que puedan estar experimentando estrés, tristeza, enojo u otras emociones que puedan afectar su trayectoria escolar. Si usted o su hijo/a busca ayuda o un miembro del personal escolar los refiere debido a una preocupación, queremos su consentimiento para poder apoyarlos. Este formulario autorizará a los profesionales escolares de las EPDC, (trabajador/a social y/o sicólogo/a escolar) a comenzar el proceso de apoyo con su hijo/a. Se le notificara e incluirá en cualquier plan de servicios, en conformidad con las mejores prácticas.

La información en este formulario será revisada por el Equipo de Salud Mental de la Escuela y será tratado según las normas de confiabilidad. Las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) se acogen a los estándares y obligaciones establecidas en virtud de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) (20 USC § 1232g)) que protege la privacidad de la información del/de la estudiante. Este formulario es voluntario.

Consentimiento para los Servicios			
	Nombre y Apellido del/de la Estudiante:	Nombre del Padre/Encargado:	Número de teléfono:
	Escuela del/de la Estudiante:	Grado del/de la Estudiante:	Número de teléfono de la Escuela:
	Yo, la persona que firma a continuación, doy mi consentimiento para los servicios de salud mental proporcionados por el personal escolar apropiado (trabajador/a social, sicólogo/a escolar) relacionado con el bienestar socioemocional y el desarrollo académico.		
	Firma del Padre/Encargado:	Fecha:	Si aplica, mi consentimiento expira:

Marque (✓) para indicar si su hijo/a tiene o está actualmente experimentando alguna de las siguientes situaciones

___ Divorcio/separación de los padres ___ Sin hogar ___ Cuidado de crianza

___ Padre encarcelado/a ___ Muerte de un familiar cercano ___ Otro trauma

¿Le gustaría que un miembro del equipo de salud mental se comunique con usted para conversar más a fondo?

___Si ___No en este momento

School Use Only		
	School Mental Health Team Review Date:	Parent Contact Date:
	Follow-Up:	

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) es una ley federal que requiere que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC), con ciertas excepciones, obtenga autorización antes de divulgar información de identificación personal de los expedientes educativos. Sin embargo, las EPDC pueden divulgar "información básica del directorio" que por lo general no se considera perjudicial ni una invasión a la privacidad sin su consentimiento. El propósito principal de la divulgación de la información del directorio es permitir que las EPDC incluyan este tipo de información en determinadas publicaciones escolares tales como folletos para producciones de arte dramático, programas de graduación, cuadros de honor u hojas de actividades de equipos deportivos de fútbol, básquetbol, etc. La información del directorio también se puede compartir con organizaciones externas tales como agencias federales y estatales que ofrecen empleos y beneficios educativos, fuentes de medios de comunicación y compañías que hacen anillos de graduación y publican anuarios.

La información a continuación ha sido designada como información del directorio bajo la ley del Distrito de Columbia y la Ley FERPA, y por consiguiente puede ser divulgada a discreción de las EPDC. Usted tiene derecho a instruir a las EPDC que no pueden divulgar esta información ya sea en parte o en su totalidad sin obtener su consentimiento escrito previo completando este formulario. Su decisión en este formulario será válida durante el resto del año escolar actual. **Cada año se debe completar un nuevo formulario de Divulgación de Información del Directorio Estudiantil.**

Si corresponde, coloque un visto (✓) sobre la línea que se encuentra al lado de cualquier punto de información del directorio detallado abajo que usted no desea que las EPDC divulguen sin su consentimiento.

_____ Nombre del estudiante

_____ Dirección del Estudiante

_____ Listado telefónico del estudiante

_____ Nombre de la escuela a la que asiste

_____ Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos

_____ Peso y altura de los miembros del Equipo de Atletismo

_____ Diplomas y Premios recibidos

_____ Fecha y lugar de nacimiento del estudiante

_____ Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente

_____ Fechas de asistencia

Al firmar abajo estoy proporcionando a las EPDC una notificación escrita que indica que no pueden divulgar los puntos de la información del directorio que he marcado con un visto (✓) arriba a menos que yo dé mi consentimiento escrito previo. Entiendo que dicha información puede ser divulgada por las EPDC si su divulgación está de otro modo permitida bajo la Ley FERPA.

_____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

_____

Nombre del Padre de Familia/Guardián (en letra de imprenta) Firma del Padre de Familia/Guardián Fecha

_____

Firma del estudiante, si tiene 18 años de edad o más Fecha

***Si no devuelve este formulario antes del 15 de septiembre, se asumirá que la información que se detalla arriba puede ser designada como información del directorio por el resto del año escolar. ***

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Requisitos de salud escolar, Año Escolar 2018-2019

Entregue los siguientes formularios al/a la Secretario/a en la escuela de su hijo/a cuando lo/a matricule. La ley de DC requiere que todos/as los/as estudiantes tengan sus vacunas al día para asistir a la escuela. La ley de DC también requiere el Certificado Universal de Salud y la Evaluación de Salud Dental para los/as niños/as que se matriculan en todos los grados.

Formulario	Descripción	Obligatorio	Notas
Certificado Universal de Salud	Formulario de dos páginas e instrucciones de dos páginas para su proveedor de salud autorizado	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12vo grado).	Haga que el médico de su hijo/a o enfermero/a complete el Certificado Universal de Salud. El Certificado Universal de Salud debe documentar las vacunas, la prueba de detección de tuberculosis (TB), y el examen físico completo administrado dentro de los 365 días antes del inicio de clases. Todos/as los/as niños/as menores de 6 años de edad deben someterse **dos veces** a la prueba de detección de plomo en la sangre. Las pruebas deben completarse, independientemente del riesgo de exposición, y la misma debe documentarse en el Certificado Universal de Salud. Si su hijo/a participa en deportes, el Certificado Universal de Salud vencerá a los 365 días a partir de la fecha del examen que se escribió en el formulario. Para seguir calificando para las actividades deportivas, debe presentar un Certificado Universal de Salud a la escuela cuando se lleve a cabo un examen físico nuevo. (¿Necesita seguro médico? Es posible que califique para Medicaid o un seguro médico subsidiado. Para obtener más información visite https://dchealthlink.com. ¿Necesita ayuda para encontrar un médico? Comuníquese con los Servicios para Miembros de su plan de salud al número que se encuentra impreso al dorso de su tarjeta de seguro médico).
Documentación de vacunación	Las vacunas acordes a cada edad se deben documentar en el Certificado Universal de Salud. Se incluye un folleto de una página de las vacunas obligatorias.	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12vo grado). Después de 10 días de clases, los/as estudiantes que no hayan presentado sus vacunas pueden ser excluidos de clases.	Programe una cita con el médico de su hijo/a si las vacunas del mismo no están al día. Algunas vacunas requieren más de una dosis con visitas adicionales. Si tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación de DC, converse acerca de los mismos con el médico de su hijo/a. También puede comunicarse con la División de Vacunación del Departamento de Salud de DC llamando al (202) -576-9325.
Formulario de Evaluación de Salud Dental	Una página	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12vo grado).	Haga que el dentista de su hijo/a complete este formulario. ¿Necesita seguro dental? Es posible que califique para Medicaid o un seguro médico subsidiado. Para obtener más información visite https://dchealthlink.com). (¿Tiene Medicaid, pero necesita ayuda para encontrar a un proveedor de servicios dentales o para programar una cita? Llame al 1-866-758-6807 o visite http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)
Prescripción de medicamentos	Hay formularios obligatorios para que la escuela cumpla con las necesidades de medicamentos o de intervención médica de su hijo/a. Puede obtener estos formularios con el/la enfermero/a de su escuela o en Internet en: www.dcps.dc.gov	Estudiantes que necesitan medicamentos o intervención médica durante el día escolar para el asma, alergias, diabetes, convulsiones u otras condiciones médicas. Si esto se aplica a su hijo/a hable con su director y con el/la enfermero/a sobre la salud física o la condición de salud conductual de su hijo/a y los requisitos de intervención tan pronto como sea posible para asegurar que todos estén listos para satisfacer las necesidades de salud de su hijo/a.	Siempre que sea posible, suministre los medicamentos en casa. Si su hijo/a necesita tomar medicamentos o necesita tratamiento médico durante el horario escolar, haga que su proveedor médico complete los formularios correspondientes (Formulario de Autorización para Recibir Medicamentos y Tratamiento, el Plan de Acción para el Asma y el Plan de Acción para Anafilaxia (reacción alérgica grave)). Si se les permite a los/as estudiantes auto administrarse el medicamento para el asma, la anafilaxis o la diabetes mientras están en la escuela, esto debe indicarse en el plan de acción de medicamentos apropiado firmado por el padre, encargado y el médico. Si tiene alguna pregunta sobre qué formulario necesita para su hijo/a, hable con el/la enfermero/a de su escuela. Los formularios deben entregarse al/la enfermero/a de su escuela junto con los medicamentos debidamente etiquetados (si corresponde) Si su hijo/a necesita una adaptación alimentaria, su proveedor médico también debe completar el Formulario de Necesidades Alimentarias Especiales. Para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de salud de su hijo/a mientras se encuentra en la escuela, o para obtener cualquiera de los formularios descritos anteriormente, consulte la guía *Cumplir con las Necesidades de Medicamentos y Tratamientos de Su Hijo/a en la Escuela*, para obtener una información más detallada. Esto se puede encontrar en http://dcps.dc.gov/service/medication-and-treatment-school.

Requisitos de Vacunación del Distrito de Columbia[1]

Año Escolar 2018 – 2019

Todos los estudiantes que asisten a la escuela en el Distrito de Columbia deben presentar un certificado de vacunación con las dosis correspondientes el primer día de clases.

Niños de 2 años de edad o más **Preescolar o Head Start**	**4** Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP) **3** Poliomielitis **1** Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2] **1** Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)**3** Hepatitis B **2** Hepatitis A **3** o **4** Hib (Haemophilus Influenza Tipo B) [3] **4** PCV (Neumocócica)
Estudiantes de 4 años de **Pre-Kínder**	**5** Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP) **4** Poliomielitis **2** Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2] **2** Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR) **3** Hepatitis B **2** Hepatitis A **3** o **4** Hib (Haemophilus Influenza Tipo B) [3] **4** PCV (Neumocócica)
Estudiantes de 5 a 10 años de edad **Kínder hasta Quinto grado**	**5** Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP) **4** Poliomielitis **2** Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2] **2** Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR) **3** Hepatitis B **2** Hepatitis A (si nació el 01/01/05 o después de esa fecha)
Estudiantes de 11 años de edad o más que ingresan a **Sexto a Doceavo Grado**	**5** Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP/Td) **1** Tdap **4** Poliomielitis **2** Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2] **2** Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR) **3** Hepatitis B **1** Meningocócica **2** o **3** Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (HPV)

1 En todas las edades y grados el número de dosis requeridas varía según la edad del niño(a) y de cuánto tiempo hace que fue vacunado(a). Consulte con la enfermera de la escuela de su hijo(a) o con un proveedor de atención médica para obtener información.

2 Todos los antecedentes de varicela/viruela DEBEN ser verificados/diagnosticados por un proveedor de atención médica (médico, enfermera profesional, asistente médico, enfermera certificada) y la documentación DEBE incluir el mes y el año de la enfermedad.

3 La cantidad de dosis es determinada según la marca comercial utilizada.

Requisitos de Vacunación del Distrito de Columbia[1]

Año Escolar 2018 – 2019

Todos los estudiantes que asisten a la escuela en el Distrito de Columbia deben presentar un certificado de vacunación con las dosis correspondientes el primer día de clases.

Niños de 2 años de edad o más
Preescolar o Head Start

4 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
3 Poliomielitis
1 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2]
1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)**3** Hepatitis B
2 Hepatitis A
3 o **4** Hib (Haemophilus Influenza Tipo B) [3]
4 PCV (Neumocócica)

Estudiantes de 4 años de edad
Pre-Kínder

5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
4 Poliomielitis
2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2]
2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A
3 o **4** Hib (Haemophilus Influenza Tipo B) [3]
4 PCV (Neumocócica)

Estudiantes de 5 a 10 años de
Kínder hasta Quinto grado

5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
4 Poliomielitis
2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2]
2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A (si nació el 01/01/05 o después de esa fecha)

Estudiantes de 11 años de edad o más que ingresan a
Sexto a Doceavo Grado

5 Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP/Td)
1 Tdap
4 Poliomielitis
2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2]
2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
3 Hepatitis B
1 Meningocócica
2 o **3** Vacuna contra el virus del Papiloma Humano (HPV)

1 En todas las edades y grados el número de dosis requeridas varía según la edad del niño(a) y de cuánto tiempo hace que fue vacunado(a). Consulte con la enfermera de la escuela de su hijo(a) o con un proveedor de atención médica para obtener información.

2 Todos los antecedentes de varicela/viruela ~~DEBE~~N ser verificados/diagnosticados por un proveedor de atención médica (médico, enfer~~mera~~ profesional, asistente médico, enfermera certificada) y la documentación DEBE incluir el mes y el año de la enfermedad.

3 La cantidad de dosis es determinada según la marca comercial utilizada.

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 1: Información personal del niño **Padre de familia/Guardián:** ***Complete la Parte 1 claramente y por completo y firme la Parte 5 abajo.***

Apellido del niño:	*Primer y Segundo nombre del niño:*	*Fecha de nacimiento:*	*Sexo:* ❑ M ❑ F	*Raza/Origen étnico:* ❑Blanco no hispano ❑ Negro no hispano ❑ Hispano ❑ Asiático o Isleño del Pacífico ❑ Otro
Nombre del Padre de familia o Guardián:	*Teléfono:* ❑ Casa ❑ Celular ❑ Trabajo	*Dirección de la casa:*		*Ward:*
Contacto para emergencias:	*Número para emergencias:* ❑ Casa ❑ Celular ❑ Trabajo	*Ciudad/Estado (si no es el D.C.)*		*Código postal:*
Escuela o Centro de Cuidado Infantil del niño(a):	❑ Medicaid ❑ Seguro privado ❑ Ninguno ❑ Otro		*Proveedor de Atención Primaria (PCP, en inglés):*	

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones **Proveedor de salud: El formulario debe estar totalmente completo.**

FECHA DEL EXAMEN DE SALUD:	PESO ❑ LBS ❑ KG	ALTURA ❑ PLG ❑ CM	PRESIÓN SANGUÍNEA: (>3 años) ❑ NORMAL ❑ANORMAL	Índice de Masa Corporal (>2 años) (IMC) %
HGB / HCT *(Obligatorio para Head Start)*	Examen visual (vista) ❑ Lentes Derecho 20/ Izquierdo 20/ ❑ Referido		Examen auditivo (oído) Aprobado Reprobado ❑ Referido	

PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO	PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO
Asma	❑ NO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción	Lenguaje/Habla	❑ NINGUNO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción
Convulsiones	❑ NO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción	de Desarrollo/ Comportamiento	❑ NINGUNO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción
Diabetes	❑ NO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción	Otro	❑ NINGUNO	❑ SÍ	❑ Referido ❑ Bajo prescripción

VISITA ANUAL AL DENTISTA: (a partir de los 3 años de edad): ¿Vio el niño a un Dentista/Proveedor Dental el año pasado? ❑ SÍ❑ NO❑ Referido

A. Historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles, o restricciones que puedan afectar la escuela, cuidado infantil, deportes o campamento del niño(a).
❑ NINGUNA ❑ SÍ, sírvase detallar:

B. Alergia significativa a alimentos/medicamentos/ambiente que pueda requerir *atención médica de emergencia* en la escuela, guardería infantil, campamento o actividad deportiva.
❑ NINGUNA ❑ SÍ, sírvase detallar: _____

C. Medicamentos a largo plazo, medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) o requisitos de cuidado especial.
❑ NINGUNO ❑ SÍ, sírvase detallar (Para cualquier medicamento o tratamiento requerido durante el horario escolar, se debe presentar una Orden de Autorización de Medicación del Médico junto con este formulario)

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo:

EVALUACIÓN DE RIESGO DE TB	❑ ALTO-* ❑ BAJO	Prueba cutánea de tuberculina (TST) FECHA:	❑ NEGATIVA ❑ POSITIVA	Si la **TST es** Positiva ❑ Radiografía de tórax (CXR) NEGATIVA ❑ CXR POSITIVA ❑ TRATADO	**Proveedor de salud: La TST** POSITIVA debe ser referida al Proveedor de Atención Primaria (PCP) para su evaluación. Si tiene preguntas, llame al Control de T.B.: 202-698-4040
RIESGO DE EXPOSICIÓN AL PLOMO	❑ SÍ* ❑ NO	FECHA DEL ANÁLISIS DE PLOMO:	RESULTADO:	**Proveedor de salud:** *TODOS los niveles de plomo se deben reportar al Programa de Prevención de Envenenamiento Infantil por Plomo del DC.* Fax: 202-481-3770	

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor:

❑ SÍ ❑ NO **Este niño(a) ha sido debidamente examinado y se ha revisado su historia clínica. Al momento del examen, este niño(a) se encuentra en buen estado de salud para participar en todas las actividades de la escuela, campamento o guardería con excepción de lo que se indica arriba.**

❑ SÍ ❑ NO **Este atleta está autorizado para tomar parte en deportes competitivos.**

❑SÍ ❑ NO **Se cumplieron los requisitos de evaluación de salud acordes a la edad dentro del año en curso. Si no es así, sírvase explicar:**

Nombre en letra de imprenta	Firma del Médico/Enfermera Profesional	Fecha
Dirección	Teléfono	Fax

Parte 5: Firmas requeridas del Padre de familia/Guardián. (Divulgación de la Información de Salud)

Autorizo al examinador/centro de salud firmante a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil (guardería), campamento de mi hijo(a) o con la Agencia Gubernamental del DC que corresponda.

Nombre en letra de imprenta **Firma** **Fecha**

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Nombre del estudiante: _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Día /Mes/ Año

Sexo: Masculino Femenino Escuela o Centro de Cuidado Infantil: _____

Sección 1: Vacunación: Por favor, complete o adjunte una copia equivalente firmada y fechada por el proveedor.

VACUNAS	REGISTRE LAS FECHAS COMPLETAS (día, mes, año) DE LAS DOSIS UMINISTRADASDE LA VACUNA						
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 años)/ Td (>7 años.)	1	2	3	4	5		
Refuerzo de Tdap	1						
Haemophilus influenza Tipo b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (Hep B)	1	2	3	4			
Poliomielitis (vacuna inactivada (IPV), vacuna oral (OPV)	1	2	3	4			
Sarampión, Papera, Rubeola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Papera	1	2					
Rubeola	1	2					
Varicela	1	2	Antecedentes de Varicela: Sí Cuándo: Mes Año Verificado por: Nombre y cargo (Proveedor de Atención Médica)				
Neumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (Hep A) (Nacido el o después del 01/01/2005)	1	2					
Vacuna antimeningocócica	1						
Virus del Papiloma Humano (VPH)	1	2	3				
Influenza (Recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (Recomendada)	1	2	3				
Otro							

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

Sección 2: EXENCIÓN MÉDICA. Solo para uso del Proveedor de Atención Médica.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene una contraindicación médica válida para ser vacunado en este momento contra: (marque todas las opciones que correspondan) Difteria: (__) Tétano: (__) Tos ferina: (__) Hib: (__) Hep B: (__) Poliomielitis: (__) Sarampión: (_) Papera: (_) Rubeola: (_) Varicela: (__) Neumocócica: (_) Hep A: (_) Meningocócica: (_) VPH: (_)

Motivo:

Esta es una condición permanente (_____) o temporal (____) hasta el ____/____/____.

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

Sección 3: Prueba alternativa de Inmunidad. Debe ser completada por el Proveedor de Atención Médica o Funcionario de Salud.

Certifico que el estudiante que se menciona anteriormente tiene evidencia de laboratorio que acredita inmunidad: (Marque todas las opciones que correspondan y adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad)

Difteria: (_) Tétano: (_) Tos ferina: (__) Hib: (__) Hep B: (_) Poliomielitis: (_) Sarampión: (_) Papera: (_) Rubeola: (_) Varicela: (__)

Neumocócica: (__) Hep A: (__) Meningocócica: (__) VPH: (__)

Firma del Proveedor Médico Nombre en letra de imprenta o sello Fecha

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Parte 6: INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar el formulario.
Información personal del niño(a)/estudiante: Escriba en letra de imprenta clara el apellido, nombre y segundo nombre/inicial del niño(a)/estudiante. Ingrese la fecha de nacimiento como día/mes/año. Indique el sexo del niño(a)/estudiante marcando femenino o masculino. Indique el nombre de la escuela o centro de cuidado infantil al que el niño(a) asiste.

Sección 1: Información de vacunación: Ingrese de manera clara la fecha (día/mes/año) en que se administró la(s) vacuna(s) o adjunte una copia equivalente con la firma del proveedor y la fecha. En conformidad con la Ley 3-20 del DC, "Inmunización de los Estudiantes Escolares de 1979" y con los Reglamentos Municipales del Distrito de Columbia (DCMR) Título 22, Capítulo 1 (revisado el 2 de mayo de 2008), las siguientes vacunas son obligatorias.

Instrucciones: Encuentre la edad del niño(a)/estudiante en la columna que dice "Edad actual del niño(a)". Lea a lo largo de la hilera para ver cada vacuna obligatoria. El número en el casillero es el número de dosis requerido para esa vacuna en base a la edad ACTUAL o al nivel de grado del niño(a). El rango de edad en la columna no significa que el niño(a) tenga tiempo hasta cumplir la edad máxima de ese rango de edad para cumplir con lo establecido. Cualquier niño(a) cuya edad se encuentre dentro de ese rango debe haber recibido el número de dosis requerido en base a su edad ACTUAL a fin de cumplir con lo establecido.

Tipos de vacuna y número de dosis requerido para los niños matriculados en los Programas de Cuidado Infantil1, [2]

Edad actual del niño(a)	Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis	Haemophilus Influenza Tipo B[7]	Sarampión, Paperas y Rubeola[8]	Varicela[9]	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica[12]	Antimeningo cócica	Virus del Papiloma Humano[14]
Menos de 2 meses	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2 - 3 meses	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4 - 5 meses	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0
6 - 11 meses	3	3	2 / 3	0	0	3	0	3	0	0
12 - 14 meses	3	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
15 - 23 meses	4	3	3 / 4	1	1	3	1	4	0	0
24 - 47 meses	4	3	3 / 4	1	1	3	2	4	0	0
48 - 59 meses	[5]3	[4]6	3 / 4	2	2	3	2	4	0	0

Tipos de vacuna y número de dosis requerido para niños matriculados en Escuelas Públicas, Chárter, Parroquiales y Privadas1, [2]

Nivel de grado		Difteria, Tétano y Tos Ferina	Poliomielitis[6]	Haemophilus Influenza Tipo B[7]	Sarampión, Paperas y Rubeola[8]	Varicela[9]	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica	Antimeningo cócica[13]	Virus del Papiloma Humano[14]
Grado	(No asignado)										
Grados K - 5	(5 - 10 años)	[3, 4]3, 4	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Grados 6 - 12	(11 - + de 18 años)	[4, 5]4, 5	4	0	2	2	3	2	0	1	3

[1]Espaciado: Las dosis deben tener un espacio de tiempo apropiado y se deben administrar a la edad adecuada. Las dosis de vacunas que son administradas hasta 4 días antes de un intervalo mínimo o edad se consideran como válidas. Excepción: Dos vacunas de virus vivos que no se administran en el mismo día, deben estar separadas por un mínimo de 28 días.
[2]Exenciones: Se pueden otorgar exenciones médicas de vacunaciones por motivos válidos con la debida autorización del proveedor de atención médica (Sección 2). Es posible obtener pruebas serológicas de inmunidad en lugar de las vacunaciones (Sección 3). Se debe presentar una copia del informe de laboratorio a la escuela o al centro de cuidado infantil. El padre de familia/guardián debe presentar documentación para las exenciones religiosas a la escuela/centro de cuidado infantil.
[3]Difteria, tétanos y tos ferina (DTP/DTaP): Se requieren cinco (5) dosis de DTP/DTaP a los 4 años de edad para el ingreso escolar a menos que la 4ta dosis se haya administrado a los 4 años o después. El intervalo entre la 4ta y la 5ta dosis de DTP/DTaP debe ser de 6 meses.
[4]Tétanos y difteria/Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap): Se requieren tres (3) dosis de Td si las series primarias comenzaron después de los 7 años de edad. Si es mayor de 11 años de edad, una de las tres dosis debe ser la dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina (Tdap). Se requiere el refuerzo de la vacuna Tdap cinco años después de la última dosis de la vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina. El refuerzo de la vacuna Td se requiere cada 10 años.
[5]Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap): El estudiante debe cumplir el requisito previo mínimo para la 4ta o 5ta dosis de la vacuna DTP/DTaP y tener una (1) dosis de Tdap.
[6]Poliomielitis: Se requieren cuatro dosis a la edad de 4 años para el ingreso escolar, a menos que se administre la tercera dosis de un programa completo de vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV, en inglés) o de vacuna oral contra la poliomielitis (OPV, en inglés) a los 4 años de edad o después, en el cual solo se necesitan 3 dosis. Sin embargo, si se empleó un programa secuencial o combinado de IPV/OPV, se requieren cuatro dosis para completar la serie primaria. La vacuna contra la poliomielitis por lo general no se administra a estudiantes mayores de 18 años de edad.
[7]Haemophilus Influenza Tipo B (HIB): El número de dosis primarias se determina según el producto (la vacuna) y la edad en la que se inicia la serie. La última dosis de Hib se debe administrar a los 12 meses de edad o después, sin embargo, si se administra solamente una (1) dosis, esta se debe administrar a los 15 meses de edad o después. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad.
[8]Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR): La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. La segunda dosis se debe administrar un mes después de la primera dosis. Las vacunas MMR y contra la Varicela se deben administrar el mismo día o por separado con un espacio de 28 días.
[9]Varicela: La segunda dosis se requiere a los 4 años de edad. La primera dosis se debe administrar al cumplir un año de edad o después. Si la primera dosis se administra entre los 12 meses y los 12 años de edad, la segunda dosis se administra 3 meses después de la primera dosis; si la primera dosis se administra antes de los 13 años de edad, la 2da dosis se puede administrar un mes después de la primera dosis. La vacuna contra la varicela no es obligatoria para un estudiante que tiene antecedentes de la enfermedad verificados por un proveedor de atención médica y la documentación debe incluir el mes y el año de la enfermedad.
[10]Hepatitis B: Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B junto con una vacuna combinada, es decir, DTaP-IPV-Hepatitis B, cuatro dosis de hepatitis B es aceptable; sin embargo, la 3ra o 4ta dosis se debe administrar a la edad de 24 semanas o después y al menos 8 semanas después de la dosis anterior. Si se administra la vacuna monovalente contra la hepatitis B, la 3ra dosis se debe administrar al menos 16 semanas después de la primera dosis y al menos 8 semanas después de la 2da dosis. Para los estudiantes de 11 a 15 años de edad, se acepta una constancia clara de la vacuna (Recombivax) contra la hepatitis B para adultos de 2 dosis.
[11]Hepatitis A: Se requiere para los estudiantes que nacieron el 1 de enero de 2005 o después de dicha fecha.
[12]Neumocócica: El número de dosis de la vacuna neumocócica requerida depende de la edad actual del estudiante y la edad en la que se le administró la primera dosis. Administre 1 dosis a niños sanos de 24 a 59 meses de edad que no tengan todas las vacunas completas para su edad. La vacuna no es obligatoria para los estudiantes de 5 o más años de edad. [13]Antimeningocócica: Es obligatoria a la edad de 11 años de edad o más.
[14]Virus del Papiloma Humano (VPH): Es obligatoria para los estudiantes que ingresan a sexto grado por primera vez. Se debe proporcionar al padre de familia/guardián información concerniente al virus del papiloma humano (VPH) y a la vacuna contra el VPH. El padre de familia/guardián debe firmar un formulario aprobado por el Departamento de Salud para "Negarse a recibir la vacuna".

Sección 2: Exención médica: Complete esta sección si existe una contraindicación médica que impide que el niño(a) reciba una o más vacunas de manera oportuna en conformidad con la Ley 3-20 del D.C. y las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*). Marque todas las vacunas contraindicadas y proporcione el motivo de la contraindicación. Si la exención médica es permanente, marque el espacio correspondiente. Si la exención médica es temporal, marque el espacio correspondiente e ingrese la fecha en que caduca. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.

Sección 3: Prueba alternativa de inmunidad: Complete esta sección si se usaron pruebas serológicas de inmunidad como prueba de inmunidad. Marque la(s) vacuna(s) para las cual(es) se obtuvieron pruebas de inmunidad. Adjunte una copia de los resultados de la prueba de inmunidad. El proveedor médico debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta o sello y fechar esta sección.

INSTRUCCIONES DEL CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Este formulario *reemplaza* a todos los formularios fechados antes del 24 de febrero de 2009. Este Certificado Universal de Salud del Distrito de Columbia (*District of Columbia Universal Health Certificate, DCUHC)* se usará para ingresar a Centros de Cuidado Infantil, a Head Start y a las escuelas públicas, privadas y parroquiales del DC.

Excepción: No puede usarse para reemplazar los formularios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (*Early and Periodic Screening Diagnostic and Treatment, EPSDT*) ni al formulario de Evaluación de Salud Dental del Departamento de Salud. El DCUHC fue creado por el Departamento de Salud del DC y observa las pautas de la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics, AAP*) para la asistencia médica preventiva infantil y adolescente; desde recién nacidos hasta los 21 años de edad. **Este formulario es un documento confidencial,** el cual cumple con los requisitos de la *Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996* (HIPAA) para los proveedores de asistencia médica, y con la *Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974* (FERPA) para las instituciones educativas.

Instrucciones generales: Por favor, use un bolígrafo negro para completar este formulario.

Parte 1: Información personal sobre el niño(a):
Padre de familia o guardián: Por favor, complete toda la información personal sobre su hijo(a) incluyendo el apellido, primer y segundo nombre, fecha de nacimiento y sexo del niño(a). También incluya su nombre, número de teléfono, dirección de su casa, el Ward en el cual se encuentra su casa, y el nombre y número de teléfono de un contacto para emergencias en caso que no puedan comunicarse con usted. Proporcione el nombre de la escuela o del centro de cuidado infantil. Marque el casillero que describe el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a). Si el tipo de cobertura del seguro médico de su hijo(a) no se encuentra en la lista, marque "otro" y escriba el tipo de cobertura en el espacio correspondiente. Escriba el nombre del médico (doctor) principal de su hijo(a). Si su hijo(a) no tiene un médico principal (de cabecera), escriba "ninguno" en el espacio correspondiente. **Este formulario no estará completo sin la firma del padre de familia o guardián en la Parte 5.**

Parte 2: Historia clínica del niño(a), exámenes y recomendaciones: (Debe ser completado por el proveedor de atención médica). Marque todos los casilleros que correspondan.

- **Fecha del examen de salud:** Todos los niños deben someterse a un examen físico de un médico o enfermera profesional acreditada en conformidad con las Pautas de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La fecha ingresada aquí debe indicar la fecha del examen.
- **PESO:** El peso de niño(a) ya sea en libras (LBS) o en kilogramos (KG); **ALTURA:** La altura del niño(a) ya sea en pulgadas (PLG) o en centímetros (CM).
- **PRESIÓN SANGUÍNEA:** Si el niño tiene tres años de edad o más, escriba el valor de la presión sanguínea en el casillero y marque si es normal o anormal. Si es anormal, proporcione una explicación y resolución en la Parte 2: Sección A:
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Si el niño tiene 2 años de edad o más, se tiene que calcular y registrar el IMC incluyendo el percentil.
- **HEMOGLOBINA (HGB)/HEMATOCRITO (HCT):** El análisis de Hemoglobina (HGB) o Hematocrito (HCT) **es *obligatorio* para los niños de Head Start**. Asimismo, se recomienda el control de anemia para las adolescentes que menstrúan según las pautas de la AAP. Registre el nivel sanguíneo e indique qué análisis se llevó a cabo haciendo un círculo en HGB, HCT o en ambos.
- **PROBLEMAS DE SALUD:** El proveedor de asistencia médica debe llevar a cabo los siguientes exámenes de salud: asma, convulsiones, diabetes, trastornos del lenguaje, del desarrollo/del comportamiento u otros trastornos que puedan implicar necesidades especiales de asistencia médica". Para cualquiera de los exámenes de salud donde existan "PROBLEMAS DE SALUD", el proveedor de asistencia médica debe marcar el casillero indicando que se ha llevado a cabo la debida referencia o que el niño(a) está siendo tratado actualmente (prescripción médica) para el problema mencionado. Si NO hay NINGÚN "PROBLEMA DE SALUD", entonces marque el casillero que dice **"NO" o "Ninguno"** en cada área de control de salud.
- **NOTA ESPECIAL:** "Visita anual al dentista": Para los niños de tres años de edad y mayores, el proveedor de asistencia médica debe indicar si un dentista ha controlado o revisado al niño(a) en los últimos 12 meses. Si la respuesta es "No", el niño(a) deberá ser referido a un dentista.
- **A:** Por favor, anote cualquier historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles y restricciones que puedan afectar la capacidad del niño(a) para realizar una actividad o programa escolar o bien, marque "NINGUNA".
- **B:** Por favor, anote cualquier alergia importante que pueda requerir de asistencia médica de emergencia en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNA".
- **C:** Por favor, anote cualquier medicamento a largo plazo, medicamentos de venta libre o requisitos de cuidado especial en una actividad o programa escolar o bien marque "NINGUNO".
- **NOTA ESPECIAL:** Por favor, anote cualquier medicamento o tratamiento requerido en una actividad o programa escolar en la Parte 2: Sección C y complete una Orden de Autorización de Medicación del Médico y adjúntela al certificado de salud.

Parte 3: Evaluación y análisis de riesgo de tuberculosis y de exposición al plomo

• EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB): Se debe llevar a cabo una evaluación de riesgo de TB según se define en las Recomendaciones de la Prueba Cutánea de Tuberculina de la AAP para bebés, niños y adolescentes en el LIBRO ROJO de la AAP de 2006 (*AAP Tuberculin Skin Test Recommendations for Infants, Children and Adolescents in the 2006 AAP RED BOOK), 27ma Ed., página 682*. Los reglamentos actuales del DC requieren una Prueba Cutánea de Tuberculina (*Tuberculin Skin Test, TST*) para todos los niños que ingresan a cuidado infantil o a la escuela; cualquiera ocurra en primer lugar. La TST también es obligatoria para todos los niños que son evaluados como niños con **ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN**. Por favor, anote la prueba y marque el resultado de la misma (negativo o positivo). **Si la TST es positiva**, entonces marque el resultado de la radiografía de tórax (CXR, en inglés) y si el niño(a) recibió tratamiento. **Se deben informar todas las pruebas cutáneas de tuberculina (TSTs) positivas al Programa de Control de Tuberculosis (T.B.) del DC al 202-698-4040.**

• RIESGOS DE EXPOSICIÓN AL PLOMO: La ley del DC requiere que se hagan análisis a todos los niños de 6 a 14 meses de edad y nuevamente entre los 22 y los 26 meses de edad. La ley del DC asimismo requiere que si un niño(a) tiene más de 26 meses de edad y aún no se ha hecho un análisis de detección de plomo, el niño(a) deberá ser examinado dos veces antes de cumplir 6 años de edad. Por favor, haga constar tanto la "Fecha" como el "Resultado" del análisis de plomo más reciente. Por favor, indique si los resultados están "Pendientes". Los resultados "pendientes" serán válidos por dos meses a partir de la fecha del análisis y no harán que el niño sea excluido de la actividad o programa escolar. **Los laboratorios deben reportar electrónicamente TODOS los análisis de detección de plomo al Programa de Prevención del Envenenamiento Infantil por Plomo del DC. Para obtener instrucciones detalladas, llame al 202-654-6036/6037. Los proveedores pueden enviar los resultados por fax al: 202-481-3770.**

Parte 4: Certificación y firma requerida del proveedor (médico o enfermera profesional):
El proveedor responderá marcando "Sí" o "No" en las siguientes declaraciones:
El niño(a) fue debidamente examinado(a) con una revisión de la historia clínica;
El niño(a) está autorizado(a) para hacer deportes competitivos (en base a la evaluación y de acuerdo con la Evaluación Física Previa a la Participación de la AAP, 2da Ed. (1997); y el niño(a) ha recibido los exámenes acordes a su edad (de acuerdo con las pautas de la AAP y el EPSDT) dentro del año en curso. Si marca "No", explique el motivo en el espacio correspondiente. Toda información se mantendrá bajo confidencialidad.

Parte 5: Firmas requeridas del padre de familia/guardián. (Divulgación de la Información de Salud)
El padre de familia o guardián debe escribir su nombre en letra de imprenta; poner su firma y la fecha. Al firmar esta sección, el padre de familia o guardián autoriza al proveedor de salud a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, centro de cuidado infantil, campamento del niño(a) o la agencia gubernamental del DC que corresponda.

Programa de Servicios de Salud E

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Estimado Padre/Encargado/Persona Responsable y Médico:

Siempre que sea posible, su hijo/a debe tomar su medicamento después del horario escolar. Si se necesitan medicamentos mientras se encuentra en la escuela, se deben cumplir los siguientes requisitos el primer día en que el/la estudiante reciba el medicamento:

1. El padre/encargado/persona responsable (estudiante o adulto mayor de 18 años de edad) debe presentar al/a la enfermero/a de la escuela un plan de medicamentos completo, sin cambios. Este plan se mantendrá en el Registro de Salud del/de la Estudiante. Usted es responsable de obtener la información de medicamentos requeridos a través de un proveedor de salud autorizado. Los medicamentos no se administrarán sin un plan de medicamentos completado.

2. El padre/encargado/persona responsable debe presentar un Plan de Medicamentos completo que incluya el consentimiento firmado (parte 1) y la autorización firmada por el proveedor de salud autorizado (parte 2) antes que el/la estudiante pueda recibir los medicamentos en la escuela.

3. El padre/encargado/persona responsable debe presentar un Plan de Medicamentos Nuevo al personal de Servicios Escolares para Niños/as *(Children School Services (CSS))* o al/a la empleado/a escolar autorizado/a cada vez que haya un cambio en el Plan de Medicamentos, que incluye la dosis del medicamento, vía, hora y frecuencia.

4. Se debe presentar un Plan de Medicamento separado por cada medicamento que se deba administrar en la escuela.

5. Todos los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados por el farmacéutico. La etiqueta debe incluir:
    - Nombre del/de la estudiante,
    - Nombre y dosis del medicamento,
    - Dosis y hora en que se debe administrar el medicamento,
    - Como se administra (o entrega) el medicamento, y
    - Fecha en que se preparó el medicamento

6. Los medicamentos sin receta deben ser autorizados por el proveedor de salud autorizado, deben recibirse en el envase original del fabricante y etiquetarse con el nombre del/de la estudiante. No se requiere una etiqueta de la farmacia. El/la enfermero/a revisara estos medicamentos para asegurar que la etiqueta este correcta, que sea el medicamento correcto y que la fecha no exceda la fecha de vencimiento del fabricante.

7. La primera dosis de cualquier medicamento nuevo debe administrarse en la casa.

8. El padre/encargado/persona responsable debe llevar los medicamentos a la escuela y entregarlos al personal autorizado (un/a empleado/a autorizado/a del CSS o de la escuela).

9. Dentro de 1 semana de la fecha de vencimiento del medicamento o del Plan del medicamento del proveedor de salud autorizado, el padre/encargado/persona responsable debe recoger los suministros que no se utilizaron o serán destruidos.

10. El personal de la escuela o del CSS no serán responsables por medicamentos sin autorización o de aquellos proporcionados por el/la estudiante a si mismo/a.

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Salud
Administración de Salud Comunitaria

(Spanish)

PLAN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE:_____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

ESCUELA:_____ **MAESTRO/A/GRADO:**_____

PARTE I: AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ENCARGADO/PERSONA RESPONSABLE

Padre/Encargado/Persona Responsable: Complete y firme esta sección.

Por la presente solicito y autorizo al Personal de CSS/Empleado/a Escolar Autorizado/a a administrar el medicamento recetado según las indicaciones del proveedor de salud autorizado a _____. **Este medicamento es**
Nombre del/de la estudiante
_____nuevo (o)_____ una renovación de la prescripción.

Si es una prescripción nueva escriba la fecha y hora de la primera dosis que se le administró en la casa. Fecha:_____**Hora:**__ **a.m./p.m.**

Por la presente reconozco que el Distrito, sus escuelas, empleados/as, y agentes serán inmunes a la responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley de DC 17-107 excepto por actos delictivos, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta intencional.

_____ _____ _____
FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO/PERSONA RESPONSABLE **PARENTESCO** **TELEFONO DE LA CASA**

_____ _____ _____ _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE **TELEFONO DEL TRABAJO/CELULAR** **CORREO ELECTRONICO** **FECHA**

PARTE II: AUTORIZACION DEL PROVEEDOR DE SALUD PARA MEDICAMENTOS

Proveedor Médico con Licencia: Complete y firme este plan._ Nuevo____Renovación____Cambio

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE:_____**FECHA DE NACIMIENTO:**_____

NOMBRE Y DOSIS DEL MEDICAMENTO:_____**DOSIS/VÍA:**_____

HORA Y FRECUENCIA EN LA ESCUELA:_____

DIAGNOSTICO:_____

DURACIÓN ESPERADA DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA ESCUELA:_____

¿Se puede esperar una reacción? _____SI____NO Si contestó si, describa los posibles efectos secundarios: _____

_____

Instrucciones especiales o procedimientos de emergencia:_____

_____

_____

Los planes de medicamentos deben actualizarse y notificar al/a la enfermero/a escolar cuando haya algún cambio en la salud del/de la estudiante o requisitos del tratamiento. De lo contrario, la Ley de DC 17-107 estipula que los planes de medicamentos se actualicen anualmente.

_____ _____
FIRMA DEL PROVEEDOR MEDICO CON LICENCIA **TELEFONO DE LA OFICINA** **FECHA**

_____ _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE **Correo Electrónico**

Utilice el sello de la oficina o imprima claramente los nombres de cualquier Proveedor Médico con Licencia en su consultorio en el momento en que le proporciona el tratamiento a este/a estudiante.

Autorización del Plan de Medicamentos recibida por:

Firma del Personal de CSS/Empleado/a Escolar Autorizado/a

Fecha

Programa de Servicios de Salud Escolar
AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTOS/TRATAMIENTOS MEDICOS ESPECIFICOS

Estimado Padre/Encargado/Persona Responsable y Médico:

Los/as estudiantes que necesitan procedimientos y/o tratamientos médicos durante el día escolar deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. El padre/encargado/persona responsable deben presentar al personal autorizado de CSS un Plan de Procedimiento/Tratamiento Médico completado y firmado, incluyendo el consentimiento firmado por el padre/encargado/persona responsable (parte 1) y la autorización para el procedimiento/tratamiento firmado por el proveedor de salud autorizado (parte 2). La autorización firmada por el proveedor de salud autorizado se mantendrán en el Registro de Salud del/de la Estudiante.

2. Se debe presentar un Plan de Procedimiento o Tratamiento Médico por cada procedimiento o tratamiento que se proporcione o se realice en la escuela.

3. La autorización firmada del proveedor de salud autorizado debe incluir:
   - Nombre y fecha de nacimiento del/de la estudiante
   - Diagnóstico, razón para el procedimiento/tratamiento
   - Nombre del procedimiento/tratamiento
   - Hora y frecuencia en que se realizara el procedimiento/tratamiento en la escuela
   - Duracion esperada del tratamiento
   - Instrucciones especiales o procedimientos de emergencia

4. Los suministros para proporcionar el procedimiento/tratamiento médico deben ser provistos por el padre/encargado/persona responsable (estudiante o adulto mayor de 18 años de edad). Todos los equipos y suministros que son requeridos deben permanecer en la escuela si es posible.

5. La autorización firmada del proveedor de salud autorizado para proporcionar los procedimientos/tratamientos médicos es válida por 1 año desde la fecha firmada por el proveedor.

6. Si se realizan cambios (por ejemplo, técnica, frecuencia) al plan del procedimiento/tratamiento médico, se requiere que se presente un Plan de Procedimiento/Tratamiento Médico nuevo.

7. Todos los equipos y suministros guardados en la escuela se almacenarán en un área segura, accesible solo al personal que preste o realice el tratamiento. El personal de CSS, las Escuelas Públicas de DC y las Escuelas Públicas Chárter no son responsables por alguna posible pérdida de o daños al equipo y suministros.

8. Dentro de 1 semana después del vencimiento del Plan del proveedor de salud autorizado, o después que cualquiera de los suministros caduque, el padre/encargado/persona responsable debe recoger el equipo y los suministros que no se utilizaron. Los suministros que no sean recolectados por el padre/encargado/persona responsable durante el tiempo estipulado serán destruidos.

9. El personal de CSS y de las escuelas no serán responsables de los procedimientos/tratamientos sin autorización o de aquellos proporcionados por el/la estudiante a si mismo/a.

Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Salud
Administración de Salud de la Comunidad
PLAN DE PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO MEDICO

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE:_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

ESCUELA:_____ **MAESTRO/A/GRADO:**_____

PARTE I: AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ENCARGADO/PERSONA RESPONSABLE

Padre/Encargado/Persona Responsable: Complete y firme esta sección.

Por la presente solicito y autorizo al Personal de CSS/Empleado/a Escolar Autorizado/a a administrar el medicamento recetado según las indicaciones del proveedor de salud autorizado a _____.

Este tratamiento es nuevo _____ **o es una renovación** _____. **Si es un tratamiento nuevo, escriba la fecha y hora del primer tratamiento que se le administró en la casa. Fecha:** _____**Hora:**_____**a.m./p.m.**

_____ _____ _____

FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO **TELEFONO** **PARENTESCO**

_____ _____ _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE **TELEFONO DEL TRABAJO/CELULAR** **FECHA**

PARTE II: AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD AUTORIZADO PARA TRATAMIENTO

Proveedor Médico con Licencia: Complete y firme este plan. ___Nuevo _____Renovación_____Cambio

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE:_____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

TRATAMIENTO:_____

HORA & FRECUENCIA EN LA ESCUELA:_____

DIAGNOSTICO:_____

DURACIÓN ESPERADA DEL TRATAMIENTO:_____

Instrucciones especiales o procedimientos de emergencia: _____

_____

Los planes de tratamiento deben actualizarse y notificar inmediatamente al personal de CSS cuando haya algún cambio en la salud del/de la estudiante o los requisitos del tratamiento. De lo contrario, planes de tratamiento se actualizan anualmente.

_____ _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD AUTORIZADO TELEFONO DE LA OFICINA FECHA

_____ _____

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CORREO ELECTRONICO

_____ _____

Utilice el sello de la oficina o imprima claramente los nombres de cualquier Proveedor Médico con Licencia en su consultorio en el momento en que le proporciona el tratamiento a este/a estudiante

---

Autorización del tratamiento recibida por:

_____

FIRMA DEL PERSONAL DEL CSS

_____

FECHA

Notificación de derechos bajo la Ley FERPA

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) proporciona a los padres de familia y estudiantes de 18 años de edad o mayores ("estudiantes elegibles") ciertos derechos sobre los expedientes educativos del estudiante.

(1) Derecho a inspeccionar y revisar el expediente educativo del estudiante dentro de 45 días a partir del día en que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) reciben una solicitud de acceso. Los padres de familia o los estudiantes elegibles deben presentar al director de la escuela una solicitud escrita que identifique el/los expediente(s) que desean inspeccionar. El director(a) de la escuela u otro funcionario escolar pertinente harán los arreglos para dicho acceso y notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de la hora y el lugar donde puede inspeccionar el expediente.

(2) Derecho a solicitar enmienda de los expedientes educativos del estudiante que el padre de familia o el estudiante elegible cree que es inexacto, erróneo o que de otro modo viola los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA. Los padres de familia o estudiantes elegibles pueden escribir al director de la escuela, identificar con claridad la parte del expediente que desea que cambie, y especificar el motivo por el cual debería ser cambiado. Si las EPDC deciden no enmendar el expediente según lo solicitado por el padre de familia o el estudiante elegible, la escuela notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de su decisión y le informará sobre su derecho a una audiencia concerniente a la solicitud de enmienda. Se le proporcionará al padre de familia o al estudiante elegible información adicional concerniente a los procedimientos de la audiencia cuando se le notifique el derecho a la misma.

(3) Derecho a dar consentimiento (por escrito) para la divulgación de la información de identificación personal contenida en el expediente educativo del estudiante, en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, si EPDC divulga expedientes educativos sin consentimiento a funcionarios de otra escuela o distrito escolar en el cual un estudiante busca o tiene planeado matricularse, o si ya está matriculado, cuando dicha divulgación es solicitada a efectos de la matrícula o transferencia. Adicionalmente, FERPA autoriza la divulgación sin consentimiento a funcionarios escolares que las EPDC han determinado que tienen intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por las EPDC como administrador, supervisor, profesor o miembro del personal de apoyo (incluyendo al personal de salud o médico y al personal de la unidad de policía); una persona o compañía con la cual las EPDC han celebrado un contrato para que realice una tarea especial (tal como un abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); un funcionario de otro sistema escolar donde el estudiante busca o tiene planeado matricularse, o donde el estudiante ya está matriculado; o un padre de familia, estudiante u otro voluntario que presta servicio en un comité oficial, tal como un comité disciplinario o de quejas o, que ayuda a otro funcionario escolar en el desempeño de sus tareas. Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si dicho funcionario necesita revisar un expediente educativo a fin de cumplir con su responsabilidad profesional.

(4) Derecho a retener información del directorio. Las EPDC, a su discreción, pueden divulgar "información del directorio" básica que por lo general no se considera como perjudicial o como una invasión a la privacidad, sin el consentimiento de los padres de familia o de los estudiantes elegibles de conformidad con las disposiciones de la ley del Distrito y de FERPA. La información del directorio incluye:

A. Nombre del estudiante
B. Dirección del estudiante
C. Listado telefónico del estudiante
D. Nombre de la escuela a la que asiste
E. Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos
F. Peso y altura de los miembros de Equipos de Atletismo
G. Diplomas y premios recibidos
H. Fecha y lugar de nacimiento del estudiante
I. Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente
J. Fechas en las que asistió a los mismos

Los padres de familia y estudiantes elegibles pueden ordenar a las EPDC que retengan parte o toda la información que se identificó arriba (i) completando el formulario "Divulgación de Información del Directorio Estudiantil", adjunto (también disponible en www.dcps.dc.gov/enroll o en su escuela local).

(5) Derecho a presentar una demanda con el Departamento de Educación de los EE. UU. concerniente a un presunto incumplimiento de los requisitos de FERPA por parte de las EPDC. El nombre y la dirección de la oficina que administra la Ley FERPA es: Oficina de Cumplimiento de las Políticas de la Familia (Family Policy Compliance Office), Departamento de Educación de los EE. UU., 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Notificación de Derechos bajo la Enmienda de Protección de los Derechos del Alumno (PPRA)

Este aviso informa a los padres de familia/guardianes y estudiantes elegibles (menores de edad emancipados o de 18 años de edad en adelante) de sus derechos en lo que respecta a la realización de encuestas, la recopilación y el uso de información para los fines de publicidad y a la realización de determinados exámenes físicos. Estos derechos se encuentran detallados en la *Enmienda de Protección de los Derechos de los Alumnos* (20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Parte 98). La ley y los reglamentos requieren que las instituciones educativas, como las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) notifiquen a los padres de familia y a los estudiantes elegibles respecto de su derecho a:

1. *Dar su consentimiento* antes que se requiera a los estudiantes realizar una encuesta que aborde una o más de las siguientes áreas protegidas ("encuesta sobre información protegida") si la encuesta es financiada en su totalidad o en parte por un programa del Departamento de Educación de los EE. UU. (USDE):
   - Afiliaciones políticas o creencias del estudiante o del padre del estudiante;
   - Problemas mentales o psicológicos del estudiante o de la familia del estudiante;
   - Conductas o actitudes sexuales;
   - Conducta ilícita, antisocial, auto-incriminante o degradante;
   - Evaluaciones críticas de otras personas con quienes los encuestados tienen una relación familiar cercana;
   - Relaciones confidenciales legalmente reconocidas, tales como con abogados, médicos o ministros;
   - Prácticas, afiliaciones o creencias religiosas del estudiante o de sus padres; e
   - Ingresos, que no sean los requeridos por ley para determinar la elegibilidad para el programa.

2. *Recibir una notificación y la oportunidad de que un estudiante opte por no participar en:*
   - Cualquier encuesta sobre información protegida, independientemente del financiamiento;
   - Cualquier evaluación física o examen de detección de rutina requerido como una condición para la asistencia administrado por la escuela o sus agentes y que no sea necesario para proteger la salud y la seguridad inmediatas de un alumno, con excepción de los exámenes auditivos, visuales o de escoliosis, o cualquier evaluación física o de detección permitida o requerida bajo la ley estatal; y
   - Cualquier actividad que involucre la recopilación, la divulgación o el uso de información personal recopilada de los estudiantes para publicidad, para vender o de otro modo distribuir la información a otros. (Esto no se aplica a la recopilación, divulgación o uso de información personal recopilada de los estudiantes para los fines exclusivos de desarrollar, evaluar o proporcionar productos o servicios educativos para, o a, estudiantes o instituciones educativas).

3. *Recibir una notificación* sobre el derecho del padre de familia a inspeccionar, o a usar, cuando lo solicite y ante la administración:
   - Encuestas de información protegida de los estudiantes y encuestas creadas por un tercero;
   - Instrumentos utilizados para recopilar información personal de los estudiantes para alguno de los fines que se detallan arriba de publicidad, ventas u otra distribución; y
   - Material de enseñanza utilizado como parte del currículo educativo.

Las EPDC han desarrollado y adoptado políticas concernientes a estos derechos, así como también adaptaciones para proteger la privacidad del estudiante en la administración de encuestas protegidas y en la recopilación, la divulgación o el uso de información personal para los fines de publicidad, ventas u otra distribución. Además, las EPDC proporcionan acceso público a su Calendario de Encuestas, el cual notifica a los padres de familia y estudiantes elegibles, al inicio de cada año escolar y con regularidad, respecto de las fechas específicas o aproximadas de las siguientes actividades (junto con la oportunidad de que un estudiante opte por no participar en la actividad)

- Recopilación, divulgación, o uso de información personal para publicidad, ventas, u otra distribución;
- Administración de cualquier encuesta sobre información protegida no financiada en su totalidad o en parte por la USDE; y
- Cualquier evaluación física o examen de detección de rutina, invasivo según se detalló arriba.

Puede acceder a las políticas de las EPDC relacionadas con los derechos de la PPRA, así como también al Calendario de Encuestas, visitando el siguiente sitio web: http://dcps.dc.gov/DCPS/About+DCPS/Contact+Us/Research+Request/Research+Requests. Además, los padres de familia/tutores y estudiantes elegibles también pueden ponerse en contacto con la escuela de su vecindario para obtener las políticas de las EPDC relacionadas con los derechos de la PPRA y el Calendario de Encuestas.

Los padres de familia/tutores y estudiantes elegibles que creen que sus derechos han sido violados pueden presentar una demanda con la:

Oficina de Cumplimiento de las Políticas de la Familia (Family Policy Compliance Office)
Departamento de Educación de los EE. UU.
400 Maryland Avenue, SW
Washington DC 20202-4605

Notificación de derechos bajo la Ley FERPA

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) proporciona a los padres de familia y estudiantes de 18 años de edad o mayores ("estudiantes elegibles") ciertos derechos sobre los expedientes educativos del estudiante.

(1) Derecho a inspeccionar y revisar el expediente educativo del estudiante dentro de 45 días a partir del día en que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) reciben una solicitud de acceso. Los padres de familia o los estudiantes elegibles deben presentar al director de la escuela una solicitud escrita que identifique el/los expediente(s) que desean inspeccionar. El director(a) de la escuela u otro funcionario escolar pertinente harán los arreglos para dicho acceso y notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de la hora y el lugar donde puede inspeccionar el expediente.

(2) Derecho a solicitar enmienda de los expedientes educativos del estudiante que el padre de familia o el estudiante elegible cree que es inexacto, erróneo o que de otro modo viola los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA. Los padres de familia o estudiantes elegibles pueden escribir al director de la escuela, identificar con claridad la parte del expediente que desea que cambie, y especificar el motivo por el cual debería ser cambiado. Si las EPDC deciden no enmendar el expediente según lo solicitado por el padre de familia o el estudiante elegible, la escuela notificará al padre de familia o al estudiante elegible acerca de su decisión y le informará sobre su derecho a una audiencia concerniente a la solicitud de enmienda. Se le proporcionará al padre de familia o al estudiante elegible información adicional concerniente a los procedimientos de la audiencia cuando se le notifique el derecho a la misma.

(3) Derecho a dar consentimiento (por escrito) para la divulgación de la información de identificación personal contenida en el expediente educativo del estudiante, en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, si EPDC divulga expedientes educativos sin consentimiento a funcionarios de otra escuela o distrito escolar en el cual un estudiante busca o tiene planeado matricularse, o si ya está matriculado, cuando dicha divulgación es solicitada a efectos de la matrícula o transferencia. Adicionalmente, FERPA autoriza la divulgación sin consentimiento a funcionarios escolares que las EPDC han determinado que tienen intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por las EPDC como administrador, supervisor, profesor o miembro del personal de apoyo (incluyendo al personal de salud o médico y al personal de la unidad de policía); una persona o compañía con la cual las EPDC han celebrado un contrato para que realice una tarea especial (tal como un abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); un funcionario de otro sistema escolar donde el estudiante busca o tiene planeado matricularse, o donde el estudiante ya está matriculado; o un padre de familia, estudiante u otro voluntario que presta servicio en un comité oficial, tal como un comité disciplinario o de quejas o, que ayuda a otro funcionario escolar en el desempeño de sus tareas. Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si dicho funcionario necesita revisar un expediente educativo a fin de cumplir con su responsabilidad profesional.

(4) Derecho a retener información del directorio. Las EPDC, a su discreción, pueden divulgar "información del directorio" básica que por lo general no se considera como perjudicial o como una invasión a la privacidad, sin el consentimiento de los padres de familia o de los estudiantes elegibles de conformidad con las disposiciones de la ley del Distrito y de FERPA. La información del directorio incluye:

A. Nombre del estudiante
B. Dirección del estudiante
C. Listado telefónico del estudiante
D. Nombre de la escuela a la que asiste
E. Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos
F. Peso y altura de los miembros de Equipos de Atletismo
G. Diplomas y premios recibidos
H. Fecha y lugar de nacimiento del estudiante
I. Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente
J. Fechas en las que asistió a los mismos

Los padres de familia y estudiantes elegibles pueden ordenar a las EPDC que retengan parte o toda la información que se identificó arriba (i) completando el formulario "Divulgación de Información del Directorio Estudiantil", adjunto (también disponible en www.dcps.dc.gov/enroll o en su escuela local).

(5) Derecho a presentar una demanda con el Departamento de Educación de los EE. UU. concerniente a un presunto incumplimiento de los requisitos de FERPA por parte de las EPDC. El nombre y la dirección de la oficina que administra la Ley FERPA es: Oficina de Cumplimiento de las Políticas de la Familia (Family Policy Compliance Office), Departamento de Educación de los EE. UU., 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202

Notificación del Derecho de los Padres a Obtener Información

Estimado Padre de Familia:

De conformidad con la Ley Que Cada Estudiante Tenga Éxito de 2015, las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) le están notificando que usted tiene derecho a solicitar información concerniente a las calificaciones profesionales de los maestros de salón de clases de su hijo(a). A las EPDC les complace proporcionarle esta información. En cualquier momento, usted puede solicitar la siguiente información:

- Si el maestro ha cumplido con el criterio de calificación y autorización del Distrito de Columbia para los niveles de grado y asignaturas en las que el maestro imparte enseñanza;

- Si el maestro está enseñando bajo una condición de emergencia u otra condición provisoria durante la cual no se han exigido los criterios de calificación o autorización del Distrito de Columbia.

- Si el maestro está enseñando en el campo de disciplina en el que está acreditado.

También puede preguntar, en cualquier momento, si su hijo(a) está recibiendo servicios de para-profesionales (auxiliares docentes) y, de ser así, solicitar sus calificaciones.

Por favor, dirija las solicitudes de calificaciones de maestros y para-profesionales y cualquier otra pregunta relacionada con esta notificación a las Escuelas Públicas del DC en dcps.hrdataandcompliance@dc.gov o por fax al (202) 535-2483.