DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

1 de abril de 2014

Estimadas Familias de las EPDC:

A medida que se preparan para matricular a su hijo(a) en las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) para el Año Escolar 2014-2015, quiero tomar unos instantes para compartir algunas novedades emocionantes sobre el progreso que hemos hecho como sistema escolar y algunas de las mejoras que estamos planificando para el próximo año escolar.

En primer lugar, nuestros estudiantes están progresando académicamente de manera increíble. Con un currículo nuevo y sólido y educadores destacados, nuestros estudiantes están progresando, independientemente de la manera como lo mire. El DC superó a los demás estados en la Evaluación Nacional de Progreso Educativo *(National Assessment of Educational Progress NAEP),* el "Boletín de Calificaciones del País". Y nuestras puntuaciones en este examen nunca han sido más altas. Estas es una noticia emocionante que refleja el trabajo arduo de nuestros estudiantes y docentes, a la vez que enfatiza nuestro compromiso de proporcionar a nuestros estudiantes el currículo riguroso y la enseñanza de primer nivel que merecen y necesitan para tener éxito en la universidad y en la vida.

En segundo lugar, estamos invirtiendo en nuestra escuela como nunca antes. En los últimos años, hemos gastado cientos de millones de dólares para modernizar nuestros edificios; hemos atraído, contratado y retenido educadores de alta calidad; hemos proporcionado a nuestros estudiantes los recursos que necesitan para tener éxito y disfrutar el aprendizaje. Para el próximo año escolar, estamos ofreciendo $5 millones en los nuevos premios "Demostrando lo que es Posible *(Proving What's Possible, PWP)* para la Satisfacción del Estudiante" en el cual las escuelas pueden solicitar subsidios para ayudar a hacer que la escuela sea más agradable para los estudiantes. Estamos extendiendo el día escolar en algunas escuelas a fin de proporcionar a los estudiantes más tiempo de aprendizaje. En general, hay más que $50 millones adicionales que pasan directamente a las escuelas el próximo año. Estoy entusiasmada de ver lo que nuestras escuelas pueden hacer con este nuevo premio y cómo amplían sus opciones para hacer que las escuelas sean divertidas e interesantes para los estudiantes.

Por último, nuestro trabajo constante para proporcionar una experiencia educativa de calidad para todos los estudiantes ha resultado en un mayor interés y entusiasmo por nuestro sistema escolar. Este año, vimos otro aumento en la matriculación en el que más y más familias del Distrito están eligiendo nuestras escuelas. Claramente, estamos en nuestro esplendor y yo estoy más que contenta de que usted y su familia hayan decidido unirse a nosotros.

¿Por qué es importante matricularse temprano?
La matriculación temprana nos ayuda a proyectar el número de estudiantes para cada escuela, lo cual luego nos permite contratar el número adecuado de personal y solicitar el número correcto de libros de texto y suministros. Finalmente, la matriculación temprana ayuda a facilitar una apertura del año escolar sin dificultades. A continuación se brindan algunas fechas clave de matriculación:

- **1 de abril:** Inicio de la matriculación:
- **1 de mayo:** Todo el material del paquete de matriculación está para ser entregado por las familias que solicitaron una vacante mediante la Lotería Común.
- **20 de junio:** Fecha límite para la matriculación (se deben devolver todos los formularios a la escuela de su hijo(a) para el AE 2014-2015).

Complete los formularios adjuntos y tráigalos a la escuela de su hijo(a) lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse directamente con la escuela de su hijo(a) o con la Oficina de Matriculación Estudiantil y Financiamiento Escolar al: 202-478-5738.

Gracias por elegir enviar a su hijo a una de nuestras escuelas para el año escolar 2014-2015. Espero que tengamos un interesante año escolar y estoy entusiasmada por trabajar con usted a fin de cumplir con las necesidades educativas de su hijo(a).

Atentamente,

Kaya Henderson
Canciller

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

¡Bienvenidos al Año Escolar 2014-2015!

Matrícula del Estudiante y Formularios de Salud:

- Los formularios de matriculación han sido impresos para que incluyan la información de su hijo(a) previamente presentada. Si la información ha cambiado o es incorrecta, haga los cambios directamente en el formulario y revíselos con el director(a)/secretario(a) de su escuela.
- Puede ubicar todos los documentos en Internet en www.dcps.dc.gov/enroll. (Hay traducciones disponibles en español, francés, chino, vietnamita y amárico).
- Para obtener una lista de las opciones de escuelas emisoras que le ayude a identificar la nueva escuela de su hijo(a), visite www.dcps.dc.gov/enroll.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar su paquete de matriculación, no dude en comunicarse con la escuela de su hijo(a) directamente o con el Equipo de Respuesta de la Canciller al 202-478-5738.

Matrícula del Estudiante y Formularios de Salud 2014-2015: A continuación se encuentra la lista de todos los comprobantes en el Paquete de Matriculación 2014-2015. Los comprobantes marcados como **"Obligatorios" deben entregarse en la escuela de su hijo(a) 2014-2015 a fin de completar el proceso de matriculación.**		**Padre de familia/ Guardián** ☐	**Funcionario escolar** ☐
Requisitos de matriculación	Todos los estudiantes que se matriculan en las EPDC deben devolver los formularios que se detallan abajo a su escuela en 2014-2015 antes del 20 de junio de 2014 (o del 1 de mayo de 2014, para los estudiantes que obtuvieron una vacante por medio de la Lotería "My School" (Mi Escuela) del DC.		
	• **Formulario Anual de Matrícula del Estudiante** (Obligatorio)……Pág. 3	☐	☐
	• **Directrices de Verificación de Residencia** (Formulario adicional que requiere de firma, disponible en la escuela: Obligatorio)…… Pág. 4	☐	☐
	• **Encuesta del Idioma en el Hogar** (Obligatorio)……Pág. 5	☐	☐
	• **Formularios de Consentimiento**……Pág. 7 ▪ **Divulgación en los Medios** (Todos los estudiantes: Obligatorio) ▪ **Formulario de No Participación en Reclutamiento Militar** (7 a 12 grados ÚNICAMENTE: Opcional)	☐	☐
Verificación de edad: Solo Estudiantes	Los estudiantes NUEVOS en las EPDC deben proporcionar TODOS los formularios que se indican arriba, más: • Documento que compruebe edad. Proporcione UNO de los siguientes comprobantes: ▪ Certificado de nacimiento ▪ Registros del Hospital ▪ Expedientes escolares anteriores ▪ Pasaporte ▪ Certificado de bautismo	☐	☐
Formularios e información de salud	Los formularios marcados como "Obligatorios" deben ser completados por un proveedor de atención médica y se deben devolver al momento de la matriculación:		
	• **Lista de Tareas de la Salud Escolar.**……Pág. 9	☐	☐
	• **Requisitos de vacunación de las EPDC 2014-2015**……Pág. 10	☐	☐
	• **Instrucciones y Formulario del Certificado Universal de Salud del DC** (Obligatorio)……Pág. 12	☐	☐
	• **Formulario de Evaluación de Salud Bucal del DC** (Obligatorio)……Pág. 16	☐	☐
	• **Información sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH)** (6 a 11 grado SOLAMENTE)……Pág. 18	☐	☐
	• **Certificado de Denegación a la Vacuna contra el VPH** (Opcional)……Pág. 19	☐	☐
Formularios opcionales	*Formularios opcionales o informativos no requeridos para el proceso de matriculación:*		
	• *Notificación de Solicitud de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido (FARM)*……Pág. 20	☐	☐
	• *Formulario de Necesidades Alimentarias Especiales y Adaptaciones*……Pág. 21	☐	☐
	• *Notificación de FERPA*……Pág. 22	☐	☐

_____ Firma del Padre de Familia/Guardián y Fecha

_____ Firma del Funcionario Escolar y Fecha

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

FORMULARIO ANUAL DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE
Año Escolar 2014 - 2015

Grado en el Año Escolar (AE) 2014 - 2015: ☐

Escuela en el AE 2014 - 2015: _____

Identificación (ID) del estudiante #: _____

(Escriba toda la información en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

1. Apellido	2. Nombre	3. Segundo nombre	4. País de nacimiento	5. Fecha de nacimiento

6. Dirección	7. Apto. #	8. Teléfono de la casa

9. Ciudad	10. Estado	11. Código POSTAL

12. Sexo del estudiante: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Se niega a responder	13. Idioma(s) que se habla(n) en la casa del estudiante:

14. Última escuela a la que asistió:	Fechas en las que asistió:	Dirección de la escuela anterior:		
☐ Privada ☐ Pública ☐ Chárter ☐ Otra	Día/Mes/Año _____ - _____	Ciudad	Estado	Código POSTAL

15. Información sobre el Seguro Médico o Medicaid Proveedor: _____ Número de póliza:_____ Enumere cualquier condición médica que la escuela debe conocer.	Para los estudiantes nuevos a las EPDC, indique si su hijo(a) tiene o no un: Programa de Educación Individualizada (PEI) **Sí☐ o No☐** Si su respuesta es sí, fecha de revisión del PEI: _____ Plan de Adaptación de la Sección 504 **Sí☐ o No☐**

16. Hermanos del estudiante	A.	B.	C.
Escuelas del/de los hermano(s) del estudiante			

17. Designación étnica: ☐ Hispano/Latino ☐ No-Hispano/No-Latino	17b. Raza; elija una o más opciones ☐ Negra/Afroamericana ☐ Indígena Hawaiana/Otra Isleña del Pacífico ☐ Indígena Americana/Nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Blanca

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE DE FAMILIA/GUARDIÁN Y OTRO CUIDADOR PRINCIPAL*

18. Padre de Familia o Guardián	Relación	☐ Militar Activo ☐ Militar de Reserva	19. Padre de Familia o Guardián	Relación	☐ Militar Activo ☐ Militar de Reserva
Dirección		Apto. #	Dirección		Apto. #
Ciudad	Estado	Código POSTAL	Ciudad	Estado	Código POSTAL
Correo electrónico	Idioma preferido de comunicación		Dirección de correo electrónico	Idioma preferido de comunicación	
Teléfono celular	Teléfono del trabajo		Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Nombre y dirección del empleador			Nombre y dirección del empleador		
Ciudad	Estado	Código POSTAL	Ciudad	Estado	Código POSTAL

COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJES DE TEXTO*

20. ☐ Me gustaría recibir mensajes de correo electrónico del director de mi hijo(a) y de las Escuelas Públicas del DC en el correo electrónico que se indica arriba O en el correo electrónico que se indica abajo. Correo electrónico: @	☐ Me gustaría recibir mensajes de texto de las Escuelas Públicas del DC al teléfono que se indica arriba O al teléfono que se indica abajo. Entiendo que se que pueden aplicar tarifas normales de envío de mensajes y datos. Número de teléfono celular: ( )

EN CASO DE EMERGENCIA

21. Persona de contacto en caso de emergencia (otra persona que no sea el padre de familia/guardián)	Relación	Teléfono de la casa ( )		Teléfono del trabajo ( )
Dirección	Ciudad	Estado	Código POSTAL	Teléfono celular ( )

ESTADO DE RESIDENCIA EN D.C. (MARQUE UNA OPCIÓN☑)

22. ☐ Residente del D.C. (El estudiante y el padre o guardián viven en el D.C.)	☐ No residente

ESTADO DE VIVIENDA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN☑)

23. ☐ Permanente	☐ Hotel/Motel	☐ Vivienda compartida	☐ En espera de Cuidado de Crianza (*Foster Care*)
☐ Refugio	☐ Sin hogar (techo)	☐ Cuidado de Crianza	☐ Joven que vive solo

* Las EPDC *están de acuerdo en que los datos/ información provistos en el Perfil de Matriculación del Estudiante serán confidenciales y se usarán únicamente para asuntos legítimos de las EPDC.*

He completado este formulario y certifico que la información que se indica arriba es verdadera. Entiendo que proporcionar información falsa con la intención de estafar al gobierno es punible por la ley.

Este formulario no se debe firmar antes del 1 de abril. La información proporcionada en este formulario debe coincidir con la información proporcionada en toda la documentación de matriculación.

_____ _____

***Firma del Padre de Familia/ Guardián que vive con el estudiante o del estudiante de 18 años de edad o mayor.** **Fecha**

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

DIRECTRICES DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA EN EL DISTRITO DE COLUMBIA

Cada año escolar se requiere que los padres de familia/guardianes y otros prestadores principales de cuidado verifiquen la residencia en el D.C. para cada estudiante que se matricula. Las siguientes directrices proporcionan una visión integral de la documentación requerida para la comprobación de residencia en el Distrito de Columbia para el Año Escolar 2014-2015.

También se requiere que los otros proveedores principales de cuidado presenten documentación que compruebe su elegibilidad para matricular y verificar la residencia en el D.C. de un estudiante. Solicite en su escuela local una lista de los documentos requeridos.

Procedimientos para el establecimiento de residencia en el D.C.

- Establezca la residencia en el D.C. dentro de los 10 días a partir del momento de matriculación inicial. Esta verificación tendrá lugar a partir del 1 de abril del año escolar actual (1 de abril de 2014).
- Proporcione *documentos originales* al representante de la escuela como prueba de residencia en el D.C. **Los documentos deben estar a nombre del padre de familia o guardián legal que matricula al estudiante**. Se requiere por ley que las escuelas fotocopien sus documentos originales para fines de auditoría.
- El funcionario escolar proporcionará un formulario adicional de verificación de residencia en el D.C. que debe ser firmado por el mismo padre de familia/guardián/prestador principal de cuidado que matricula al niño cuyo nombre se indica en los documentos de residencia en el D.C. presentados al momento de la matriculación.

El estado de residencia en el D.C. se establecerá mediante el uso de documentación satisfactoria según se estipula en el requisito (1) o (2) abajo. En www.dcps.dc.gov/enroll usted puede encontrar una descripción completa de los documentos abajo listados para comprobar la residencia en el D.C.

REQUISITOS PARA PROBAR RESIDENCIA EN EL D.C. (OPCIÓN 1)

UNO DE LOS SIGUIENTES COMPROBANTES que indique nombre y dirección será suficiente para establecer la residencia en el Distrito de Columbia:	
1. Un **recibo de pago con fecha de emisión dentro de los últimos 45 días, con su dirección en el DC y retención impositiva del DC**	5. Prueba de **ayuda financiera del Gobierno del DC**
2. **Notificación de beneficios anuales del Ingreso de Seguridad Complementario**	6. Una **copia del formulario D-40 certificada** por el formulario de la Oficina de Impuestos e Ingresos del DC
3. **Carta de Verificación** *y* **Órdenes de Vivienda Militar;** o **Declaración del DEERS (Sistemas de Informes de Elegibilidad de Inscripción de la Defensa)**	7. Prueba de que el niño(a) **está bajo la tutela del Distrito de Columbia,** en la forma de una **Orden Judicial**
4. Una **carta de la embajada** que indique que viven en una vivienda de la embajada en el DC, con sello oficial de la embajada	

REQUISITOS PARA PROBAR RESIDENCIA EN EL D.C. (OPCIÓN 2)

Si no cuenta con los comprobantes que se detallaron en la Opción 1, dos (2) de los siguientes comprobantes que se indican a continuación que indiquen nombre y dirección **serán suficientes como prueba de residencia en el Distrito de Columbia. La dirección y el nombre que figure en cada documento presentado deben ser iguales.**	
1. **Registro del automóvil en el DC** no vencido	3. **Contrato de alquiler o renta** no vencido **con recibo de pago** dentro de los dos últimos meses
2. **Permiso para conducir un automóvil en el DC** no vencido u otra identificación oficial que no sea el permiso para conducir	4. Una **factura de los servicios públicos** (únicamente se aceptan facturas de gas, electricidad y agua) **con recibo de pago** dentro de los dos últimos meses

Los documentos que se muestran en el Formulario de Verificación de Residencia en el D.C. y en estas directrices se consideran aceptables como prueba de residencia en el distrito; no se acepta documentación alternativa. Si tiene preguntas o necesita orientación, llame a la Oficina de Matriculación Estudiantil de las EPDC y a la Oficina de Financiamiento Escolar-Residencia Estudiantil, ubicada en 1200 First Street, 9no Piso, (202) 442-5215.

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

DCPS Home Language Survey (HLS) Form

Complete this Home Language Survey at the Student's initial enrollment in a DC Public School.
This form must be signed and dated by the Parent or Guardian. This form must be kept in the student's file.

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 communicate in a language other than English?**
   ☐ **No** ☐ **Yes** _____ **(specify language)**
3. **What is your relationship to the child?**
   ☐ **Father** ☐ **Mother** ☐ **Guardian** ☐ **Other (specify)**_____

If the answer to question 1 or 2 is "Yes", the law requires your child's English language proficiency to be assessed.

REGISTRAR PROCESS:

- If a parent/guardian does not speak English and your school does not have staff that speaks the parent/guardian's language, please use the Language Line for communication.
- If the HLS indicates a language other than English is spoken in the home, give the family the Referral Letter and refer the family to the Intake Center for assessment and orientation.

Español (Spanish)

1. **¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en su casa?**
   ☐ **No** ☐ **Sí** _____**(idioma)**
2. **¿Habla el estudiante un idioma que no sea el inglés?**
   ☐ **No** ☐ **Sí** _____**(idioma)**
3. **¿Cuál es su relación con el estudiante?**
   ☐ **Padre** ☐ **Madre** ☐ **Guardián** ☐ **Otro (especifique)**_____

Si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 es " Sí ", la ley requiere que se evalúe la fluidez de su hijo/a en el idioma inglés.

Français (French)

1. **Parlez-vous une langue autre que l'anglais à la maison ?**
   ☐ **Non** ☐ **Oui** _____ **(spécifiez la langue)**
2. **Votre enfant communique-t-il dans une langue autre que l'anglais ?**
   ☐ **Non** ☐ **Oui** _____ **(spécifiez la langue)**
3. **Quel est votre relation avec l'enfant ?**
   ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Tuteur** ☐ **Autre (spécifiez)** _____

Si la réponse à la question 1 ou 2 est " Oui " , la loi exige que les compétences de votre enfant en anglais soit évaluées.

中文 (Chinese)

1. 您家庭中是否使用不是英语的另外一种语言?
   ☐ 否 ☐ 是 _____ (请指明语言)
2. 您的孩子会使用不是英语的另一种语言交流吗?
   ☐ 不会 ☐ 会 _____ (请指明语言)
3. 您和孩子的关系是什么?
   ☐ 父亲 ☐ 母亲 ☐监护人 ☐其它(请指明) _____

如果第一或第二项问题的答案为"是"，法律要求评估您孩子的英语熟练能力。

Tiếng Việt (Vietnamese)

1 **Có ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh được nói ở nhà quý vị không?**
   ☐ **Không** ☐ **Có** _____ **(xin ghi rõ ngôn ngữ nào)**
2 **Con em quý vị có nói một ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?**
   ☐ **Không** ☐ **Có** _____ **(xin ghi rõ ngôn ngữ nào)**
3. **Xin cho biết liên hệ của quý vị với con em?**
   ☐ **Cha** ☐ **Mẹ** ☐ **Giám hộ** ☐ **Liên hệ khác (xin ghi rõ)**

_____

Nếu trả lời của câu hỏi 1 hoặc 2 là " Có ", luật lệ đòi hỏi con em quý vị phải được thẩm định trình độ thông thạo Anh ngữ.

አማርኛ (Amharic)

1. **በቤትዎ ውስጥ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነገር ቋንቋ አለ ?**
   ☐ **የለም** ☐ **አዎን** _____ **(ቋንቋውን ይጥቀሱ)**
2. **ልጅዎ ከእንግሊዘኛ ሌላ የሚነጋገርብት ሌላ ቋንቋ አለ?**
   ☐ **የለም** ☐ **አዎን** _____ **(ቋንቋውን ይጥቀሱ)**
3. **ስልጁ ያለዎት ዝምድና ምንድን ነው?**
   ☐ **አባት** ☐ **እናት** ☐ **አሳዳጊ** ☐ **ሌላ**_____ **(ይግለጹ)**

ለጥያቄ 1 ወይም 2 መልስዎ "አዎን" ከሆነ ፣ የልጅዎ የእንግሊዘኛ ቋንቋ ቅልጥፍና ችሎታው ደረጃ እንዲገመገም ህጉ ያዛል።

School Official's Comments:

_____ _____

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

Consentimiento y Exención para que el Estudiante sea Filmado/Fotografiado/Entrevistado y para el Uso de su Imagen y Voz

Yo, Padre de Familia/Guardián , por medio de la presente irrevocablemente otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios el derecho a grabar la imagen y/o la voz y a usar el material gráfico y/o el material escrito de mi hijo(a), Nombre del Estudiante , _____ en cinta de 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 ni su información biográfica. Yo también les otorgo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y 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 Internet, en folletos y en cualquier otro medio y por la presente doy mi consentimiento para dicho uso.

Por medio de la presente eximo a las EPDC y al Distrito de Columbia, sus sucesores y sus cesionarios y a cualquier persona que use la imagen y/o la voz de mi hijo(a), material gráfico y/o trabajo escrito conforme a esta exención de cualquiera y de todos los reclamos, daños y perjuicios, responsabilidades, costos y gastos que mi hijo(a) o yo tenemos actualmente o podamos tener en lo sucesivo debido a cualquier uso del mismo.

Entiendo que las disposiciones de esta exención son legalmente vinculantes (marque una opción).

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

_____ _____
Nombre del Padre de Familia/Guardián [En letra de imprenta] **Firma del Padre de Familia/Tutor Legal o Estudiante** (si es adulto)

_____ _____ _____
Fecha **Escuela del estudiante** **Grado del estudiante**

Derecho a decidir no divulgar información a reclutadores militares (Únicamente para los estudiantes de 7mo a 12vo grado y sin asignación de grado)

Las leyes federales requieren que las agencias de educación local (LEAs, en inglés) 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 de familia/tutor legal del estudiante (o el estudiante si es mayor de 18 años de edad) 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 de familia/tutor 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, firma este formulario y lo devuelve a las EPDC.

_____ Como padre/tutor 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 de Familia/Tutor Legal o Estudiante** (si es adulto) y **Fecha**

_____ _____
Escuela del estudiante **Grado del estudiante**

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 consultar el texto completo y obtener información adicional, visite: http://dcps.dc.gov/DCPS/About+DCPS/Human+Resources/Notice+of+Non-Discrimination.*

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Lista de Requisitos de Salud Escolar, Año Escolar 2014-2015

Devuelva los siguientes formularios al **Secretario** en la escuela de su hijo(a) cuando matricule a su hijo. La ley del DC requiere que todos los estudiantes tengan las vacunas al día para asistir a la escuela. La ley del DC asimismo requiere el Certificado Universal de Salud para los niños que ingresan a todos los grados y la Evaluación de Salud Bucal para los niños que están en los grados seleccionados.

Formulario	Descripción	Obligatorio	Notas
Certificado Universal de Salud	Formulario de dos páginas e instrucciones de dos páginas para su proveedor de atención médica	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 un enfermero profesional complete el Certificado Universal de Salud. En el Certificado Universal de Salud deben constar las vacunas, los análisis de detección de tuberculosis y el examen físico completado dentro de los 365 previos al inicio de clases. Todos los niños menores de seis años de edad deben someterse **dos veces** a pruebas de análisis del nivel de plomo. Las pruebas deben completarse independientemente del riesgo de exposición y las mismas deben constar en el Certificado Universal de Salud. Si su hijo(a) participa en atletismo, el certificado caducará a los 365 días a partir de la fecha del examen que se constató en el formulario. A fin de seguir calificando para las actividades de atletismo, debe presentar un Certificado Universal de Salud actualizado a la escuela cuando realiza un nuevo examen físico. (¿Necesita seguro médico? Es posible que califique para Medicaid o para un seguro médico subsidiado. Para más información visite https://dchealthlink.com).
Documentación de vacunación	Las vacunas acordes a la edad deben constar en el Certificado Universal de Salud. Se incluye un volante con información de las vacunas requeridas.	Estudiantes que se matriculan en todos los grados (Pre-Kínder de 3 años a 12^{vo}grado). Después de 10 días de clases, los estudiantes que no hayan presentado su documentación de vacunación serán excluidos de las clases y supervisados por separado.	Programe una visita con el médico de su hijo(a) a la brevedad si las vacunas de su hijo(a) no están al día. Algunas vacunas requieren más de una dosis con visitas adicionales. Si tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación del 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 al 202-576-9325.
Formulario de Evaluación de Salud Bucal	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 para un seguro médico subsidiado. Para más información visite https://dchealthlink.com). (¿Tiene Medicaid, pero necesita ayuda para encontrar a un proveedor de servicios odontológicos o para concertar una cita? Llame al 1-866-758-6807 o visite http://www.insurekidsnow.gov/state/dc/district_oral.html)
Formulario de Denegación a la Vacuna contra el VPH	Se incluye un formulario de Denegación a la Vacuna contra el VPH y una explicación de la vacuna (dos páginas)	Estudiantes en 6to-11vo grado.	Si usted decide que su hijo(a) en 6to-11vo no reciba la vacuna contra el VPH, devuelva el formulario de denegación a la vacuna contra el VPH. Si necesita presentar una exención para otras vacunas, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Prescripciones de medicamentos	Se requieren determinados formularios a fin de que la escuela cumpla con las necesidades de medicamentos o de intervención médica de su hijo(a). Puede obtener estos formularios con la enfermera 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 este es el caso de su hijo(a), hable con su director y con la enfermera sobre la salud física o la condición de la salud del comportamiento de su hijo(a) y los requisitos de intervención.	A fin de garantizar que se cumpla con las necesidades de medicación de su hijo(a) mientras se encuentra en la escuela, consulte "Cómo cumplir con las necesidades de medicamentos y tratamiento de su hijo(a) en la escuela" (*Meeting Your Child's Medication and Treatment Needs at School),* para obtener información detallada al respecto. Puede encontrar esta información en http://tinyurl.com/qhjbhms. Siempre que sea posible, administre los medicamentos en el hogar. Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos o requiere tratamiento médico durante el horario escolar, haga que su proveedor de atención médica complete los formularios correspondientes; tal como el Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos y Tratamiento, el plan de Acción para el Asma y el Plan de Acción para la Anafilaxia. Estos formularios están disponibles en el sitio web de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) en http://tinyurl.com/qzjsu6t y con la enfermera de su escuela. Si tiene alguna pregunta sobre qué formulario necesita para su hijo(a), hable con la enfermera de su escuela. Si su hijo(a) necesita una adaptación alimentaria, su proveedor de atención médica también debe completar el Formulario de Necesidades Alimentarias Especiales. Este formulario está disponible en el sitio web de las EPDC en http://tinyurl.com/kwf8386. Los estudiantes a quienes se les permite auto-administrarse medicamentos para el asma, anafilaxia o diabetes mientras están en la escuela deben tener un plan de acción firmado por el padre de familia o guardián, y el médico del estudiante.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con Diana Bruce, Directora de Salud y Bienestar de las EPDC: 202-442-5103 o en Diana.Bruce@dc.gov. Puede encontrar copias de estos formularios en el sitio web de las EPDC.

Requisitos de vacunación del Distrito de Columbia[1]
Año Escolar 2014 – 2015

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. (Spanish)

Niños de 2 años de edad o más que ingresan a
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 Rubeola (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 que ingresan a
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 que ingresan a
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 hasta 12vo grado

5 Didteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP/Td)
1 Tdap (si pasaron cinco años desde la última dosis de DTP/DTaP/Td)
4 Poliomielitis
2 Varicela (viruela); si no tiene antecedentes de la enfermedad[2]
2 Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)
3 Hepatitis B
1 Meningocócica
3 Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV); estudiantes en 6to a 9no grado o bien los padres de familia pueden firmar un formulario de denegación a la vacuna, el cual está disponible en www.doh.dc.gov

[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 más 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.

Rev 02-14

INSTRUCCIONES DEL CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Este formulario r*eemplaza* 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 el ingreso a Centros de Cuidado Infantil, a Head Start y a las escuelas públicas, privadas y parroquiales del DC.
Excepción: No puede utilizarse para reemplazar a 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 Bucal 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 del niño(a):
Padre de familia o guardián: Por favor, complete toda la información personal de 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 residencia, el Ward en el cual vive, y el nombre y número de teléfono de un contacto de emergencia en caso que no puedan contactase 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:** peso del 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(a) 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):** el niño(a) 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 realizar 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) debe ser referido a un dentista.
- **A:** Por favor, anote cualquier historia clínica significativa, condiciones, enfermedades transmisibles y restricciones que pueden 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 realizar 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) debe 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(a) 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 facsímile 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 con una revisión de la historia clínica;
El niño(a) está autorizado para realizar 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 en 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.

Parte 6: INFORMACIÓN DE 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 requeridas 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 requeridas para los niños matriculados en los Programas de Cuidado Infantil.[1, 2]

Edad actual del niño(a)	DTaP/DTP/DT	Polio	Hib[7]	MMR[8] (Trile viral)	Varicela[9] (viruela)	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica conjugada[12]	Meningocócica	Virus del Papiloma Humano (HPV)
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 vacunas y número de dosis requeridas para niños matriculados en Escuelas Públicas, Chárter, Parroquiales y Privadas[1, 2]

Nivel de Grado		DTaP/DTP/DT/ Td/Tdap	Polio[6]	Hib	MMR[8]	Varicela[9] (viruela)[9]	Hepatitis B[10]	Hepatitis A[11]	Neumocócica conjugada[12]	Meningocócica[13]	Virus del Papiloma Humano[14] (HPV)
Grado	(No asignado)										
Grados K – 5	(5 – 10 años)	5[3, 4]	4	0	2	2	3	2	0	0	0
Grados 6 - 12	(11 – + de 18 años)	6[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 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 (HPV): 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.

CERTIFICADO UNIVERSAL DE SALUD DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

Apellido del niño(a):	*Primer y Segundo nombre del niño(a):*	*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 particular:*		*Ward:*
Persona de contacto de emergencia:	*Número de emergencia:* † 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 de la vista Derecho 20/___ Izquierdo 20/___	Lentes Referido	Examen auditivo Aprobado_____ Reprobado___ Referido	

PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO	PROBLEMAS DE SALUD:			REFERIDO o TRATADO
Asma	NO	SI	Referido Bajo prescripción	Lenguaje/Habla	NINGUNO	SÍ	Referido Bajo prescripción
Convulsiones	NO	SI	Referido Bajo prescripción	Desarrollo/ comportamiento	NINGUNO	SÍ	Referido Bajo prescripción
Diabetes	NO	SI	† 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) 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. † 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*: Facsímile: 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 SUMINISTRADAS DE LA VACUNA						
Difteria, Tétanos, 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, Paperas, Rubeola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Paperas	1	2					
Rubeola	1	2					
Varicela	1	2	Antecedentes de Varicela: Cuándo: Mes Año Sí Verificado por: (Proveedor de atención Nombre y cargo				
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

Section 2: MEDICAL EXEMPTION. For Health Care Provider Use Only.

I certify that the above student has a valid medical contraindication to being immunized at the time against: (check all that apply)

Diphtheria: ( ) Tetanus: (__) Pertussis: (__) Hib: (__) HepB: ( ) Polio: ( ) Measles: ( ) Mumps: ( ) Rubella: ( ) Varicella: ( )

Pneumococcal: (__) HepA: ( ) Meningococcal: (__) HPV: ( )

Reason:

This is a permanent condition ( ) or temporary condition (__) until____/_ _/_____.

Signature of Medical Provider Print Name or Stamp Date

Section 3: Alternative Proof of Immunity. To be completed by Health Care Provider or Health Official.

I certify that the student named above has laboratory evidence of immunity: (Check all that apply & attach a copy of titer results)

Diphtheria: (__) Tetanus: ( ) Pertussis: ( ) Hib: (__) HepB: ( ) Polio: (__) Measles: (__) Mumps: (__) Rubella: ( ) Varicella: (__) (

) Pneumococcal: HepA: ( ) Meningococcal: ( ) HPV: (__)

Signature of Medical Provider Print Name or Stamp Date

Formulario de Evaluación de Salud Bucal del Distrito de Columbia

(Spanishj)

(Proveedor de Servicios Dentales)

Instrucciones para el Padre de Familia/Guardián:

Parte 1: Complete todas las secciones incluyendo la raza o el origen étnico del niño(a). Indique el *ward* donde vive, enumere el proveedor de atención primaria, el proveedor de servicios dentales y el tipo de cobertura del seguro dental. Si el niño(a) no tiene un proveedor de servicios dentales y no cuenta con seguro dental, entonces escriba "Ninguno" en cada casillero.

Parte 2: Al firmar esta sección el padre de familia o guardián autoriza al dentista o al centro odontológico a compartir la información de salud bucal en este formulario con la escuela, guardería, campamento del niño(a), con el Departamento de Salud o con la entidad que solicite este documento. Toda la información se mantendrá en confidencialidad. **Este formulario no estará completo si no está firmado por al padre de familia/guardián. El padre de familia/guardián debe firmar, completar en letra de imprenta y fechar esta parte.**

Parte 1: Información personal del niño(a) (debe ser completada por el padre de familia/guardián)

Apellido del niño(a):	Primer y segundo nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento: DÍA/MES/AÑO	Sexo: O M O F	Escuela o Centro de Cuidado Infantil: Grado:
Nombre del padre de familia/guardián 1:	Teléfono 1: O Casa O Celular O Trabajo	Dirección particular:		Ward:
Nombre del padre de familia/guardián 2:	Teléfono 2: O Casa O Celular O Trabajo	Contacto de emergencia:		Teléfono:
Raza u Origen étnico: O Blanca no-hispana O Negra no-hispana O Hispana O Asiático o Isleño del Pacífico O Otra				
Proveedor de atención primaria (Médico):	Dentista/Proveedor de Servicios Dentales:	Tipo de seguro dental: O Medicaid O Seguro privado O Ninguno O Otro		

Parte 2: Firmas requeridas del padre de familia/guardián

Autorización del padre de familia/guardián para la divulgación de información de salud.

Autorizo al examinador firmante o al centro de salud a compartir la información de salud en este formulario con la escuela, la guardería o campamento de mi hijo(a) o con el Departmento de Salud

NOMBRE del padre de familia/guardián EN LETRA DE IMPRENTA: FIRMA del padre de familia/guardián: Fecha:

Dental Provider Instrucctions:

Parte 3: Circle Yes or No in findings column. For Yes, please explain in Comments Section.

Parte 4: Indicate whether the child has been appropriately examined and if treatment is complete. If treatment is incomplete, refer patient for follow up care. Dentist must sign, date, and provide required information.

Parte 3: Hallazgos en el niño(a) y recomendaciones para los padres de familia (indique en la columna de hallazgos)

FORMULARIO CONFIDENCIAL

	Hallazgos	Comentarios
Inflamación gingival	S N	
Placa y/o sarro	S N	
Inserciones gingivales anormales	S N	
Maloclusión	S N	
Caries dentales tratadas	S N	
Caries dentales no tratadas	S N	O Marque el casillero si es urgente
Selladores en molares permanentes	S N	
Labio y paladar leporino	S N	
Servicios preventivos completos	S N	¿Qué tipo de servicios preventivos se llevaron a cabo? O Profilaxis O Fluoruro O Higiene bucal

Parte 4: Evaluación final/Firmas requeridas del proveedor de servicios dentales

El niño(a) ha sido examinado(a) apropiadamente. El tratamiento O está completo O no está completo O está en tratamiento O se negó a recibir tratamiento O no es necesario. El niño tiene necesidades actuales de tratamiento O urgente O no urgente y está siendo tratado O por mí o O ha sido referido a:

Firma del Dentista (DDS/DMD): Nombre en letra de imprenta:

Dirección: Facsímile: Teléfono: Fecha:

Certificado de Salud del Distrito de Columbia:

Este Formulario reemplaza al Formulario de Evaluación de Salud Bucal del Distrito de Columbia (Proveedor de Servicios Dentales) que se usa para el ingreso a las Escuelas del DC, a todos los programas de Head Start, programas de cuidado infantil, campamentos, todos los programas escolares, participación en deportes y atletismo, o cualquier otra actividad del Distrito de Columbia que requiera un examen físico. Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del DC y observa las Pautas de la Academia Americana de Odontología Pediátrica *(American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD)* sobre los Exámenes de Salud Bucal Obligatorios para el ingreso Escolar. La AAPD recomienda que el niño(a) se haga un examen bucal cada 6 meses de la erupción del primer diente del niño(a) y a más tardar cuando cumple el primer año de edad. El Departamento de Salud del DC recomienda que los niños de 3 años de edad y más se sometan a un examen de salud bucal por un dentista profesional y tengan su Formulario de Salud Bucal del DC completo. Este formulario es un documento confidencial. La confidencialidad en adhesión a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) para los proveedores de salud, y a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) para las Escuelas del DC y otros proveedores.

INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano genital (VPH) es el virus de transmisión sexual más común en los Estados Unidos. Existen aproximadamente 100 tipos de VPH. La mayoría de las infecciones no causan ningún síntoma y desaparecen por sí solas. El VPH es importante principalmente porque puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y varios tipos de cáncer menos comunes tanto en hombres como en mujeres. También puede causar verrugas genitales y verrugas en las vías respiratorias superiores. No existe cura para el VPH, pero las enfermedades que este produce pueden ser tratadas.

Alrededor de 20 millones de personas en los EE. UU. están infectadas y alrededor de 6 millones contraen la infección cada año. El VPH por lo general se disemina a través del contacto sexual. Más de 50% de los hombres y de las mujeres sexualmente activas están infectados con el VPH en algún momento de sus vidas. Cada año en los EE. UU., alrededor de 12,000 mujeres presentan cáncer de cuello uterino y 4,000 mueren de este tipo de cáncer, habiendo en el DC índices de cáncer de cuello uterino más altos que el promedio a nivel nacional.

La vacuna contra el VPH es una vacuna inactivada (sin virus vivos) que brinda protección contra cuatro tipos principales de VPH. Estos incluyen dos tipos que causan aproximadamente el 70% del cáncer de cuello uterino y 2 tipos que causan aproximadamente el 90% de las verrugas genitales. La vacuna contra el VPH puede prevenir la mayoría de las verrugas genitales y la mayor parte de los casos de cáncer de cuello uterino.

Se prevé que la protección sea de larga duración. Sin embargo, las mujeres vacunadas aún necesitan hacerse exámenes de detección de cáncer de cuello uterino porque la vacuna no protege contra todos los tipos del VPH que causan este tipo de cáncer.

La vacuna contra el VPH se recomienda rutinariamente a las niñas/os de 11 a 12 años de edad; sin embargo, se puede suministrar a niñas/os de tan solo 9 años de edad. Es importante que las niñas/os reciban la vacuna contra el VPH antes de su primer contacto sexual porque no han estado expuestos al VPH. La vacuna protege contra algunos; no todos, los tipos del VPH. Sin embargo, si una mujer o varón ya está infectada/o con un tipo de VPH, la vacuna no va a prevenir la enfermedad de ese tipo. Aún así se recomienda que las mujeres y los varones con VPH se vacunen. Además, la vacuna contra el VPH puede prevenir el cáncer de vagina y de vulva en las mujeres y las verrugas genitales y el cáncer anal tanto en varones como en mujeres.

La vacuna también se recomienda para las mujeres de 13 a 26 años de edad y los hombres de 13 a 21 años de edad (o hasta los 26 años de edad en algunos casos) que no la recibieron cuando eran más jóvenes. Esta vacuna se puede suministrar con cualquier otra vacuna que sea necesaria.

La vacuna contra el VPH se suministra en una serie de tres dosis:

- **1^{era} Dosis: Ahora**
- **2da Dosis: dos meses después de la 1^{era} dosis**
- **3ra Dosis: seis meses después de la 1^{era} dosis**

Las personas que han tenido una reacción alérgica muy grave a la candidiasis, que están embarazadas o tienen una enfermedad de moderada a grave no deben recibir la vacuna. Los efectos secundarios son en su mayoría leves, incluyendo picazón, dolor, enrojecimiento en el lugar de la inyección y fiebre de leve a moderada.

Si necesita información adicional, comuníquese con su proveedor de atención médica, el Programa de Vacunación del Departamento de Salud del D.C. llamando al (202) 576-9342 o con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) llamando al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud

Certificado de Negación a la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO
Sección 1: Ingrese la información del estudiante
Sección 2: Haga que el padre de familia/guardián o estudiante (si tiene 18 años de edad o más) firme y feche después de leer esta declaración de Información sobre el VPH.

Sección 1: Información sobre el estudiante			
Nombre de la escuela			
Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Grado:
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre y dirección del proveedor de atención médica:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:

A partir de 2009 y de conformidad con la Ley 17-10 del D.C. (Ley de Vacunación e Informe sobre el Virus del Papiloma Humano de 2007), se requiere que el padre de familia o tutor legal de un estudiante de 6to a 10mo grado que se matricula por primera vez en una escuela en el Distrito de Columbia presente un certificado en el que conste que el estudiante ha:

1. Recibido la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH); o
2. No ha recibido la vacuna contra el VPH porque:
    a. El padre de familia o guardián ha objetado de buena fe y por escrito al director de la escuela que la vacuna podría violar sus creencias religiosas;
    b. El médico del estudiante, su representante o las autoridades de salud pública han proporcionado a la escuela una certificación escrita en la que consta que la vacunación no es aconsejable médicamente; o
    c. El padre de familia o tutor legal, a su entera discreción, ha optado por no tomar parte en el programa de vacunación contra el VPH firmando una declaración en la que consta que el padre de familia o tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación contra el VPH y ha optado por no participar.

Sección 2: Firmas

Negación a la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

He recibido y revisado la información provista sobre el VPH y los beneficios de la vacuna contra el VPH en la prevención del cáncer de cuello uterino y verrugas genitales cuando es administrada a niñas/os preadolescentes. Después de haber sido informado(a) del riesgo de contraer el VPH y sobre la relación que existe entre el VPH y el cáncer de cuello uterino, otros cánceres y las verrugas genitales, he decidido no participar en el requisito de vacunación contra el VPH para el estudiante que se menciona arriba. Sé que puedo volver a abordar este asunto en cualquier momento y completar las vacunas requeridas.

_____ _____
Firma del Padre de familia/Guardián o Estudiante si es mayor de 18 años de edad Fecha

_____
Nombre en letra de imprenta del Padre de Familia/Guardián o Estudiante si es mayor de 18 años de edad

Solicitud para recibir Comidas Gratuitas y a Precio Reducido (FARM)

El desayuno escolar, las meriendas (*snacks*) y comidas después del horario escolar son gratuitos para todos los estudiantes. Para el año escolar 2014-15, aproximadamente 75 escuelas serán acreditadas por la Disposición de Elegibilidad Comunitaria *(Community Eligibility Provision, CEP)*, la cual permite que todos los niños en dichas escuelas reciban almuerzos gratuitos. No se requiere que las familias en las que todos los estudiantes asisten a escuelas de CEP presenten una solicitud FARM para el año escolar 2014-15. Para ver las escuelas acreditadas por la CEP, consulte el sitio web de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC).

A fin de calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, usted debe completar una solicitud FARM. Se debe completar una solicitud FARM por familia, incluso si los estudiantes asisten a diferentes escuelas de las EPDC.

Las Solicitudes FARM para el año 2014-15 están disponibles a fines de junio de 2014, y no se pueden presentar antes del 1 de julio de 2014. Las solicitudes estarán disponibles en la oficina principal de cada escuela de las EPDC no acreditada por la CEP y en Internet en varios idiomas. Para presentar una solicitud **después del 1 de julio de 2014**:

1. Presente una solicitud en papel en la escuela de su hijo(a) menor que acepte solicitudes (nota: las escuelas dentro de la CEP no aceptan solicitudes);
2. Presente una solicitud en Internet por medio de un formulario electrónico seguro; o
3. Envíe por correo la solicitud a: DC Public Schools, Office of Food and Nutrition Services
   1200 First St. NE, 11th Floor, Washington, DC 20002

Todos los estudiantes de las EPDC mantendrán su estado de comidas pagadas de 2013-14 hasta el 30 de septiembre de 2014. A partir del 1 de octubre de 2014, se solicitará que todos los estudiantes en escuelas que no son de la CEP que no hayan presentado una solicitud automáticamente paguen los almuerzos.

Alergias y adaptaciones alimentarias

Las EPDC reconocen que es posible que los estudiantes tengan necesidades alimentarias importantes y variadas. El "Formulario para Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales" que se encuentra en el reverso de esta página permite que los padres de familia notifiquen a las escuelas sobre las necesidades alimentarias de sus hijos(as). **Tenga en cuenta que este formulario se debe completar cada año escolar dado que las necesidades alimentarias necesitan modificarse durante el transcurso del tiempo.**

Pasos para usar el Formulario para Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales:

1. **Este formulario requiere la firma de un proveedor de atención médica acreditado** (con excepción de los casos de intolerancia a la lactosa lo cual requiere únicamente la firma del padre de familia/guardián).
2. Los formularios completos se deben devolver a la enfermera de su escuela.
3. La enfermera escolar informará al personal escolar sobre las necesidades del estudiante a fin de garantizar su seguridad en todo momento.
4. La enfermera escolar remitirá el formulario a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición la cual se asegurará de que se hagan las adaptaciones para todos los alimentos que se sirven en la cafetería.

Puede encontrar información adicional concerniente a adaptaciones alimentarias así como también la "Solicitud de Adaptaciones Alimentarias por Motivos Religiosos/Filosóficos" en Internet en: dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services/Food+Accommodations.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición en: food.dcps@dc.gov, (202) 442-5112, o en dcps.dc.gov/DCPS/Beyond+the+Classroom/Food+Services.

DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food and Nutrition

Devuelva este formulario a la **enfermera** en la escuela de su hijo(a). La enfermera luego informará al personal escolar y a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición sobre las necesidades

Formulario para Estudiantes con Necesidades Alimentarias Especiales
Año Escolar 2014-2015

Si el estudiante tiene necesidades nutricionales o alimentarias especiales, complete este formulario y hágalo firmar por una autoridad médica reconocida. Si las necesidades alimentarias están indicadas en un Programa de Educación Individualizada (PEI), adjunte una copia del PEI.

Nombre del estudiante:	Identificación (ID):	Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela:	Nivel de grado:	Nombre del docente: (si lo conoce)

¿Tiene el estudiante una discapacidad?
Si su respuesta es sí, describa las actividades de la vida diaria que se ven afectadas por la discapacidad:

Indique la dieta especial o las restricciones alimentarias:

Alergias o intolerancias a alimentos:

Alimentos que se deben sustituir:

Indique los alimentos que necesitan que se modifique su textura. Si es necesario que todos los alimentos se preparen de este modo, indique "Todos".
Use otra hoja si es necesario.

Alimentos que requieren modificaciones en cuanto a textura	Modificación (cortados en trozos pequeños, picados finos, hechos como puré o papilla, líquidos espesos)	Otras instrucciones (incluyendo patrones especiales de comidas/alimentación, técnicas de alimentación y equipo necesario)

Nombre del Padre de familia/Guardián:	Teléfono:
	Correo electrónico:
Nombre del Proveedor Médico: (médicos, asociados médicos, enfermeras profesionales, etc.)	Teléfono:
Nombre del Contacto adicional:	Teléfono:
Nombre del Contacto adicional:	Teléfono:

_____ _____
Firma del Padre de familia o Guardián Fecha

_____ _____
Firma del Proveedor Médico 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 a los estudiantes de 18 años de edad o mayores ("estudiantes que califican") ciertos derechos sobre los expedientes educativos del estudiante. Estos derechos son los siguientes:

(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 que califican deben presentar al director de la escuela una solicitud escrita que identifique el/los expediente(s) que desean inspeccionar. El director de la escuela u otro funcionario escolar pertinente hará los arreglos para dicho acceso y notificará al padre de familia o al estudiante que califica acerca de la hora y del 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 que califica cree que es inexacto, erróneo o que de otro modo viola los derechos de privacidad del estudiante bajo la ley FERPA. Los padres de familia o estudiantes que califican pueden escribir al director de la escuela, identificar con claridad la parte del expediente que desean 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 que califica, la escuela notificará al padre de familia o a dicho estudiante 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 que califica 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 información de identificación personal contenida en el expediente educativo del estudiante, en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, 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 que califican 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 las mismas

Los padres de familia o los estudiantes que califican pueden ordenar a las EPDC que retengan parte o toda la información que se identificó arriba (i) completando el Formulario de "Divulgación de Información del Directorio Estudiantil". El formulario está <u>disponible en www.dcps.dc.gov/enroll o en la escuela local, o (ii) notificando por escrito a la Oficina de Datos y Responsabilidad ubicada en 1200 First St. NE, 12th Floor, Washington, DC 20002. El formulario de divulgación o la notificación se debe proporcionar dentro de 30 días de la emisión de este aviso.</u>

(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.