

# LISTA DE CONTROL PARA LA INSCRIPCIÓN/REINSCRIPCIÓN

Hay varios formularios de inscripción que deben rellenarse antes del comienzo del curso escolar 24-25. A continuación, encontrará una lista de comprobación para facilitar la cumplimentación de estos formularios. Todos los formularios están disponibles en la página web del colegio: [www.stcoletta.org/school-program/](http://www.stcoletta.org/school-program/).

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

## PARA LA FIRMA DE LOS PADRES

\_\_\_\_\_ **Formulario de atención de urgencia** (formulario de 3 páginas - rellénelo por completo)

\_\_\_\_\_ **Permisos para salidas comunitarias** (permiso CBI - todos los estudiantes; permiso CBT - todos los estudiante; estudiantes de 14 a 22 años)

\_\_\_\_\_ **Pacto entre padres y escuela** para 2024-2025

\_\_\_\_\_ **Formulario de autorización fotográfica** (obligatorio para estudiantes NUEVOS; estudiantes que regresan - rellenar si desea cambiar el nivel de permiso actual de su estudiante)

\_\_\_\_\_ **Formulario de comidas gratuitas y reducidas**

\_\_\_\_\_ **Recibo del Manual de los padres/Políticas escolares**  
**SÓLO PARA ESTUDIANTES NUEVOS:** *Formulario de raza/etnia y encuesta sobre la lengua maternal*

## FORMULARIOS MÉDICOS

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

\_\_\_\_\_ **Certificado de atención sanitaria bucodental**

\_\_\_\_\_ **Certificado de salud infantil y cartilla de vacunación de DC**

\_\_\_\_\_ **Plan de tratamiento de medicación y procedimientos médicos** (*obligatorio para los alumnos con medicación y/o procedimientos médicos administrados durante la jornada escolar*)

\_\_\_\_\_ **Autorizaciones Procedimiento de sonda de alimentación** (*Obligatorio si su alumno necesitará una sonda de alimentación mientras esté en la escuela*)





**ST. COLETTA OF GREATER WASHINGTON, INC.**  
**INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE**  
**EMERGENCIA**  
**2024-2025**

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_  
Última Nombre Segundo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle ciudad código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

XRaza (Opcional): \_\_\_\_\_

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

Idioma que habla en casa: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lengua de comunicación preferida por los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor 1 Nombre: \_\_\_\_\_  
Última Primero

Dirección (si es diferente de la anterior): \_\_\_\_\_

Ocupación/Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor 2 \_\_\_\_\_  
Última Primero

Dirección (si es diferente de la anterior): \_\_\_\_\_

Profesión/Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Móvil) \_\_\_\_\_

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

1) \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Número(s) de teléfono

2) \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Número(s) de teléfono

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

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

enumere cada artículo: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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







**PARTICIPACIÓN EN EXCURSIONES COMUNITARIAS** rev. 5/2023

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIÓN COMUNITARIA (TODOS los estudiantes)**

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

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

*Cuándo:* Durante el horario escolar

*Por favor firme y feche el permiso para que su hijo participe en la instrucción basada en la comunidad durante el año escolar 2024-2025. Al firmar abajo, usted da permiso a St. Coletta para llevar al estudiante arriba mencionado al hospital más cercano en caso de que usted o un contacto de emergencia no puedan ser localizados en caso de emergencia.*

_____ Firma de los padres	_____ fecha
------------------------------	----------------

**FORMACIÓN PROFESIONAL (a partir de 14 años)** rev. 6/2022

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

- Desplazamientos de ida y vuelta a los distintos lugares de formación.
- Desplazamientos de ida y vuelta a diversos destinos de la comunidad con fines de formación en materia de viajes.
- Participar en las tareas necesarias para la formación en cada centro.
- Utilice todos los medios de transporte público y privado.
- Almuercen en zonas que estén en ruta o a poca distancia de sus destinos.
- Estar acompañado por un miembro del personal.
- Participar en las tareas necesarias para la formación en cada centro (incluidos los centros internos y la producción de Coletta Collections).

*Por favor firme y feche el permiso para que su hijo participe en el Programa de Entrenamiento Basado en la Carrera durante el año escolar 2024- 2025.*

_____ Firma de los padres	_____ fecha
------------------------------	----------------



## **Convenio escuela-padres/tutores (COPIA ESCOLAR)**

St. Coletta Special Education PCS y los padres/tutores de los estudiantes que participan en actividades, servicios y programas financiados por el Título I, Parte A de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA) están de acuerdo en que este pacto describe cómo la responsabilidad de mejorar el rendimiento de los estudiantes será compartida por todas las partes para construir y desarrollar una asociación que ayudará a los estudiantes a lograr.

Este pacto escuela-padres estará en vigor durante el curso escolar 2024-2025.

### **Responsabilidades de la escuela y del profesor**

La escuela St. Coletta lo hará:

- 1. Proporcionar un plan de estudios y una enseñanza de alta calidad en un entorno de aprendizaje eficaz y de apoyo que permita a los alumnos participantes alcanzar los siguientes logros en el entorno escolar:**
  - a. Proporcionar instrucción especializada y servicios relacionados a todos los alumnos de acuerdo con su documento de Programa Educativo Individualizado (IEP).
  - b. Proporcionar a los padres oportunidades para debatir los logros de sus hijos mediante la participación en las reuniones anuales del IEP, las conferencias de padres y profesores a mitad de curso, las observaciones programadas y las formaciones pertinentes a las actividades de instrucción para su transferencia entre el hogar y la escuela.
  - c. Proporcionar formación integral para el desarrollo del personal en el área de la educación con el fin de promover los logros de los estudiantes en toda la escuela y el progreso de los objetivos del IEP.
  
- 2. Comuníquese con los padres/tutores de la siguiente manera:**
  - a. Proporcionar comunicación escrita sobre el programa educativo, el plan de estudios de FLS y las estrategias de enseñanza utilizadas a través de boletines escolares, el manual para padres y eventos de puertas abiertas.
  - b. Proporcionar informes trimestrales sobre el progreso de los alumnos y los resultados de las pruebas estatales, según proceda.
  - c. Proporcionar información específica del aula y a través del sistema de comunicación en línea entre el hogar y la escuela.
  - d. Contactar con los padres/tutores por teléfono cuando sea necesario para hablar de la programación del alumno, informar de los próximos eventos y transmitir otra información pertinente sobre el alumno.
  - e. Incluya información actualizada sobre la escuela y muestre las actividades escolares en las plataformas de las redes sociales.
  
- 3. Control y seguimiento de la asistencia de los alumnos.**
  - a. La escuela facilitará información sobre las normas de asistencia y absentismo escolar.
  - b. Las llamadas de asistencia se harán cuando un estudiante esté ausente.
  - c. La escuela se pondrá en contacto con los padres para hablar de los problemas de asistencia y proporcionar información sobre los recursos pertinentes.
  
- 4. Proporcionar a los padres/tutores oportunidades para participar en los logros de sus hijos.**
  - a. Formaciones para padres y profesores impartidas por el profesor de la clase y/o los terapeutas centradas en habilidades específicas del alumno incluidas en su IEP.
  - b. Formación para padres impartida por profesores de educación especial, terapeutas y especialistas en temas como la comunicación, la gestión del comportamiento y la planificación de la transición.
  - c. Oportunidades de hacer aportaciones a los PEI y asistir a las reuniones de padres y profesores a mitad de curso.

### **Responsabilidades de los padres/tutores**

Nosotros, como padres/tutores, apoyaremos el aprendizaje de nuestros hijos de las siguientes maneras:

- 1. Promover el progreso educativo de mi hijo mediante:**
  - a. Participar activamente en la elaboración del PEI de mi hijo.
  - b. Asistir y participar en las reuniones del IEP y de elegibilidad.
  - c. Participar en las reuniones de padres a mitad de curso u otras reuniones programadas para hablar de los progresos de mi hijo.
  - d. Participar en al menos una formación para padres
  
- 2. Comunicarse regularmente con la escuela en ámbitos como:**
  - a. Cumplimentación de los documentos escolares y formularios de permiso necesarios para que mi hijo pueda participar plenamente en su programa educativo.
  - b. Informar a la escuela y al profesor de cualquier problema de asistencia y proporcionar la documentación necesaria.
  - c. Incluir información importante pertinente a mi hijo para el día escolar a través de su libro de comunicación casa-escuela.
  - d. Los padres informarán a la escuela de las circunstancias que puedan afectar al funcionamiento diario del niño en el programa escolar.
  
- 3. Garantizar la escolarización de mi hijo.**
  - a. Comunicaré la ausencia de mi hijo llamando al teléfono de asistencia del colegio y presentaré las excusas al colegio por escrito
  - b. Proporcionaré a la escuela la documentación que justifique las ausencias de mi hijo/a
  - c. Me esforzaré por programar las citas médicas y terapéuticas fuera del horario lectivo de mi hijo.
  
- 4. Participar, en la medida de lo posible, en los eventos escolares, en las oportunidades de formación ofrecidas por la escuela y en cualquier otra oportunidad de participación de los padres.**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la

\_\_\_\_\_  
Fec

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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



**PERMISO DE VÍDEO/FOTOGRAFÍA**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

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

**Nota:** Este formulario permanecerá archivado en la escuela **y ya no se requerirá anualmente**. Los padres/tutores pueden, sin embargo, cambiar el nivel de permiso simplemente solicitando otra copia de este formulario.

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

- SÍ** -- Doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo con *fines publicitarios* y para proporcionar su nombre de pila.
  
- NO** -- No doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo con *fines publicitarios*.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Por favor, tenga en cuenta que los padres desean tomar fotos/videos durante las fiestas especiales u otras actuaciones. Además, los estudiantes toman una foto de la clase cada año escolar en nuestro día de la foto programado. Es razonable esperar que los padres/tutores quieran fotos/videos de sus hijos actuando en actividades especiales y muchos estudiantes/familias disfrutan recibiendo fotos anuales de la clase. Enfermería también puede tomar fotos para documentar lesiones y mantener esos archivos como parte del expediente médico de su hijo. Si no desea que se tomen fotografías o vídeos de su hijo en ninguna de estas circunstancias, comuníquelo al profesor.

Rev: 4/2024





# INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

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

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

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

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

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

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

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

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

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

**Parte 2:** Ignore esta parte.

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

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

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

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

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

**Si todos los niños del hogar familiar son de acogida:**

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

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

---

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Firme aquí:  Nombre impreso:   
Fecha:  Numero de telefono:   
Direccion:   
Ciudad:   
Estado:   
Codigo:

los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social: \*\*\*.\*\*----      No tengo un número de seguro social \_\_\_\_

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

Elija una etnicidad:  Elija uno o más (sin importar el origen étnico)

<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Afroamericano
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	

**NO COMPLETAR ESTA PARTE. ESTO ES SÓLO PARA USO ESCOLAR**

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

Total Income:  Per:  week  every 2 weeks  twice a month  month  year:   
Household size:

Categorical Eligibility:

Eligibility: Free  Reduced  Denied

Determining Official's Signature:  date:

Confirming Official's Signature:  date:

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

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

---

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

---

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



Junio de 2024

Estimados padres/tutores

Estamos entusiasmados por otro año escolar y nos gustaría compartir algunas actualizaciones con respecto a los requisitos de salud. Se adjuntan formularios para órdenes médicas relacionadas con medicamentos, sondas de alimentación y otros procedimientos médicos para la escuela. De acuerdo con el Programa de Salud Escolar de DC, todas las órdenes médicas deben ser renovadas por el médico al principio de cada año escolar. **Por favor, proporcione todas las órdenes y medicamentos antes de nuestro primer día de escuela para que estemos preparados para servir a su hijo.** Los medicamentos, la alimentación por sonda y los procedimientos de enfermería no pueden administrarse sin estos formularios de permiso debidamente cumplimentados. Por favor, asegúrese de que tenemos nuevos medicamentos si los medicamentos actuales están caducados.

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

Además, se exigen exámenes físicos y dentales anuales. Se adjuntan los formularios necesarios.

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a la oficina de enfermería: [jehan.jones@stcoletta.org](mailto:jehan.jones@stcoletta.org). El número de fax de la oficina es 202-350-8658.

Gracias, señor,  
Equipo de enfermería de St. Coletta

Este es un resumen de las vacunas requeridas para que los niños ingresen a los grados clave en el Distrito de Columbia. El número de es el número total de dosis necesarias para entrar en esos grados. Encontrará más detalles sobre los requisitos en [dchealth.dc.gov/immunizations](https://dchealth.dc.gov/immunizations).

Para empezar Pre-K3*	Para empezar el jardín de infancia	Para empezar 1 <sup>er</sup> grado	Para empezar 11 <sup>th</sup> grado
DTaP ✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓	DTaP ✓✓✓✓
Polio ✓	Polio ✓✓	Polio ✓✓	Polio ✓✓
Varicela ✓	Varicela ✓✓	Varicela ✓✓	Varicela ✓✓
MMR ✓✓✓	MMR ✓✓✓	MMR ✓✓✓	MMR ✓✓✓
Hepatitis B ✓✓	Hepatitis B ✓✓	Hepatitis B ✓✓	Hepatitis B ✓✓
Hepatitis A ✓✓✓✓	Hepatitis A	Hepatitis A	Hepatitis A
Neumococo (PCV) Haemophilus influenzae tipo B (Hib) ✓✓✓✓(✓)		Tdap ✓	Tdap ✓
		VPH ✓✓	VPH ✓✓
		Meningococo (ACWY) ✓	Meningococo (ACWY) ✓✓

✓  
Según la marca utilizada  
= número de dosis

**\*Su niño de Pre-K3 puede ser elegible para una dosis de refuerzo de vacunas contra MMR, varicela, polio y difteria/tétanos/tos ferina cuando cumplan 4 años de edad. Le recomendamos que las reciba a tiempo, sin embargo, estas no contarán para el requisito de asistencia a mitad de año.**



Estimado padre/madre/tutor

En 2009, el Distrito de Columbia aprobó una ley, DC Law 17-10 Human Papillomavirus Vaccinations and Reporting Act of 2007, que exige a los estudiantes que se matriculen por primera vez en los cursos 6° a 12° en un centro escolar del Distrito de Columbia que presenten un certificado de que el estudiante se ha vacunado:

1. Ha recibido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH); o
2. No ha recibido la vacuna contra el VPH este curso escolar porque:
  - a. El padre o tutor ha objetado de buena fe y por escrito al jefe del centro escolar que la vacunación violaría su fe religiosa;
  - b. El médico del alumno, su representante o las autoridades de salud pública han facilitado al centro escolar un certificado por escrito en el que se indica que la vacunación no es aconsejable desde el punto de vista médico; o bien
  - c. El padre o tutor, a su discreción, ha optado por no participar en el programa de vacunación contra el VPH mediante la firma de una declaración en la que el padre o tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación contra el VPH y ha optado por no participar.

Cada año, los profesionales sanitarios diagnostican más de 32.000 nuevos casos de cáncer relacionados con el VPH. La vacuna contra el VPH puede ayudar a proteger a su hijo de nueve tipos de cáncer asociados al VPH, incluido el cáncer de cuello uterino en las mujeres y los cánceres de boca y garganta en hombres y mujeres. Como padres o tutores, ustedes toman muchas decisiones para mantener a sus hijos libres de enfermedades. Estar informados sobre el VPH es una decisión importante. La vacuna contra el VPH es segura y puede ayudar a proteger a su hijo contra el cáncer; funciona mejor cuando se administra al niño antes de la exposición al virus. La vacuna puede administrarse al mismo tiempo que otras vacunas recomendadas y se administra en una serie de dos o tres dosis, dependiendo de la edad de su hijo cuando se inicia la serie de vacunas. Es importante completar la serie.

Por favor revise la información proporcionada en el reverso de esta carta. Después de leer la información, como padre/tutor, puede optar por vacunar a su hijo o por no cumplir con el requisito escolar de la vacuna contra el VPH. Sin embargo, DC Health propone encarecidamente que los niños sean vacunados según lo recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Póngase en contacto con su proveedor de atención sanitaria para determinar cuándo puede recibir su hijo la serie de vacunas. Aproveche esta oportunidad para hablar del VPH y otras vacunas con el proveedor.

Si necesita información adicional, póngase en contacto con el Programa de Vacunación de DC Health llamando al (202) 576-7130.

# VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

## ¿Qué es el virus del papiloma humano (VPH)?

El virus del papiloma humano (VPH) es una familia común de virus que causa infección de la piel o las mucosas de diversas partes del cuerpo. Existen más de 100 tipos diferentes de virus VPH. Los distintos tipos de infecciones por VPH afectan a diferentes zonas del cuerpo. Por ejemplo, algunos tipos pueden dar lugar a células anormales en el cuello uterino, la vulva, el ano, el pene, la boca y la garganta, y a veces provocar cáncer.

## ¿Cuáles son los síntomas?

La mayoría de las personas infectadas por el VPH no desarrollan síntomas ni problemas de salud. En el 90% de los casos, el sistema inmunitario del organismo elimina el VPH de forma natural en un plazo de dos años.

## ¿Es frecuente el VPH?

El VPH es muy común. Infectará a la mayoría de las personas en algún momento de su vida. La mayoría de las personas infectadas no lo saben. La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas sin problemas de salud duraderos. Sin embargo, no hay forma de saber qué infecciones se convertirán en cáncer u otros problemas de salud.

## ¿Cómo se contagia el VPH?

La exposición al VPH puede producirse con cualquier tipo de experimentación adolescente que implique el contacto genital con alguien que tenga el VPH; el coito no es necesario, pero es la forma más común de contraer el virus. Dado que el VPH no suele presentar signos o síntomas visibles, cualquiera puede contraer el virus o transmitirlo sin saberlo.

## ¿Existe tratamiento para el VPH?

Una vez que una persona está infectada, no hay tratamiento para las infecciones por VPH, pero sí para las enfermedades relacionadas con el VPH, como las verrugas genitales y ciertos cánceres que pueden desarrollarse. La mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas, pero no hay forma de saber quién desarrollará cáncer u otros problemas de salud. **La prevención es mejor que el tratamiento.**

## ¿Cómo se puede prevenir el VPH?

La mejor forma de prevenir la infección por el VPH es vacunarse contra esta enfermedad. La vacuna puede prevenir los tipos de VPH que causan cáncer de cuello uterino en las mujeres y verrugas genitales y algunos otros cánceres tanto en hombres como en mujeres.

## ¿Es segura la vacuna contra el VPH?

La vacuna contra el VPH ha demostrado ser muy segura. Todas las vacunas utilizadas en Estados Unidos deben someterse a rigurosas pruebas de seguridad antes de ser autorizadas por la Food and Drug Administration (FDA). Las personas que hayan

tenido una reacción alérgica potencialmente mortal a la levadura, o que estén embarazadas o padezcan una enfermedad de moderada a grave no deben recibir la vacuna. Los efectos secundarios suelen ser leves y pueden incluir dolor en el brazo, fiebre y enrojecimiento y sensibilidad en el lugar de la inyección.



## ¿Quién debe vacunarse contra el VPH?

Los médicos recomiendan que los niños y las niñas se vacunen contra el VPH a los 11 o 12 años para obtener la mejor protección contra los cánceres causados por el VPH. La vacuna puede administrarse a partir de los 9 años. La vacuna se administra en dos dosis si se empieza antes de los 15 años, con un intervalo de 6 a 12 meses entre las dosis. Los adolescentes que empiecen la serie más tarde o tengan un sistema inmunitario débil necesitarán 3 inyecciones.

*La vacunación no sustituye al cribado del cáncer de cuello de útero. Esta vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer de cuello uterino. Las mujeres deben seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou con regularidad.*

## ¿Cómo puedo proteger a mi hijo de la enfermedad del VPH?

No espere para vacunarse. Hable hoy mismo con su proveedor de atención sanitaria sobre la protección de su hijo o hija frente a la infección por VPH.

## ¿Dónde puedo obtener más información?

- Su médico
- Programa de Inmunización de DC Health al (202) 576-7130
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) o <http://www.cdc.gov/hpv>

## Fuentes

American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) Committee on Adolescent Health Care, Fact Sheet: Virus del papiloma humano. ■ [www.acog.org](http://www.acog.org)

CDC Información sobre seguridad de las vacunas para padres. ■ [www.cdc.gov/vaccinesafety/populations/parents.html](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/populations/parents.html)

CDC. Centro Nacional de Inmunizaciones y Enfermedades Respiratorias. Vacuna contra el VPH- Preguntas y respuestas. ■ [www.cdc.gov/hpv/parents/questions-answers.html](http://www.cdc.gov/hpv/parents/questions-answers.html)

Sitio web de información sobre vacunas de la Immunization Action Coalition: ■ [www.vaccineinformation.org](http://www.vaccineinformation.org)

**DC HEALTH**  
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

**WE ARE DISTRICT** GOVERNMENT OF THE  
DISTRICT OF COLUMBIA  
**DC MURIEL BOWSER, MAYOR**

Este formulario sustituye a la versión anterior del Formulario de Evaluación de Salud Bucodental de DC que se utilizaba para entrar en las Escuelas de DC, en todos los programas Head Start y en las guarderías. Este formulario está aprobado por el DC Health y es un documento confidencial. La confidencialidad se adhiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA) para los proveedores de salud y la Ley de Privacidad y Derecho a la Educación de la Familia

**Por favor llame a nuestra enfermera escolar si necesita copias del Certificado de Salud/registro de inmunización, Formulario de Salud Bucal, Autorización de Sonda de Alimentación, o la Autorización de Medicamentos/Procedimientos Médicos. Estaremos encantados de enviarle una versión traducida a casa.**