DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

Presentar sus documentos de inscripción.

Oficina de inscripción • 313.240.4377 • detroitk12.org/enrollnow

3 SENCILLOS PASOS PARA LA INSCRIPCIÓN

PASO 1

Complete y firme el paquete de inscripción.

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN COMPLETO

- ☐ Formulario de inscripción
- ☐ Contacto de emergencia y autorización médica
- ☐ Información de salud anual
- ☐ Autorización para compartir información de salud
- ☐ Exclusión de la información académica
- ☐ Formulario de consentimiento de vacunación
- ☐ Autorización para uso de imágenes del estudiante en redes sociales

Complete un paquete por cada estudiante. Complete todos los formularios de manera completa y fírmelos donde se lo indica.

FORMULARIOS SEGÚN SEA NECESARIO

- ☐ Formulario de renuncia del Kínder. Requerido para estudiantes que no tienen 5 años al 1 de septiembre, pero que tendrán esa edad al 1 de diciembre del año corriente.
- ☐ Formulario de medicamentos recetados. Requerido para estudiantes que reciben o tienen medicación en la escuela.
- ☐ **Divulgación de información médica. Requerido para estudiantes que:**
  - Reciben servicios educativos especiales
  - Reciben medicación en la escuela
  - Reciben tratamientos especiales (alimentación por sonda, cateterismo, etc.)
  - Tienen enfermedades crónicas (asma, diabetes, convulsiones reacciones alérgicas graves, etc.)

Los formularios pueden descargarse en detroitk12.org/enrollnow

PASO 2

Reúna sus documentos.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ☐ PARTIDA DE NACIMIENTO
- ☐ Prueba de domicilio (2 formularios)
- ☐ IDENTIFICACIÓN CON FOTO
- ☐ Registro de vacunación
- ☐ Historial del estudiante

En el reverso de este folleto encontrará ejemplos de documentos aceptables y recursos de apoyo disponibles.

Incluya el IEP o plan 504 si su hijo/a posee uno.

PASO 3

Presente su material de inscripción.

Visite detroitk12.org/enrollnow para ver todas las opciones de inscripción.

El material de inscripción puede enviarse a su escuela seleccionada a detroitk12.org/enrollnow, o (si se encuentra disponible) en una ubicación de inscripción sin cita. Se requiere una solicitud previa a la inscripción a exámenes y a escuelas.

Se recomienda que se presenten los documentos personales directamente en la escuela.

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

Documentos de inscripción

Oficina de inscripción • 313.240.4377 • detroitk12.org/enrollnow

A continuación se indican los formularios aceptables de la documentación requerida para el proceso de inscripción.

PARTIDA DE NACIMIENTO

- Certificado de nacimiento (preferentemente)
- Certificados de bautismo o religioso que muestren la fecha de nacimiento
- Registros de tribunales
- Registros gubernamentales (condado, militar, pasaporte, inmigración)
- Registros de adopción
- Registros médicos o del hospital con una declaración jurada firmada.
- Registros familiares (por ejemplo, una partida en una libreta de familia)

Se requiere una declaración jurada legalizada para las partidas de nacimiento, que no sean certificados de nacimiento originales.

Recursos

- **Oficina del Secretario del Condado de Wayne**
  313-224-0270
- **Oficina de Registro Civil del Estado de Michigan**
  517-335-8666
- **Oficinal postal**
  (Pasaportes)

Prueba de domicilio (2 formularios)

- Identificación con foto expedida por el gobierno
- Documentos de asistencia pública
- Correo oficial del gobierno
- ID de Detroit
- W2 o recibo de sueldo
- Facturas de servicios públicos

IDENTIFICACIÓN CON FOTO

- Licencia de conducir
- Pasaporte
- ID militar
- ID de Detroit
- ID estatal

Recursos

- **Secretario de Estado**
  888-767-6424
- **Agencia de Independencia Familiar**
- **ID de Detroit**
  800-408-1599
- **Oficinal postal**
  (Pasaportes)

REGISTRO DE VACUNACIÓN

- Registro de vacunación
- Exención de vacunación

Recursos

- **Departamento de Salud de Detroit** 313-876-4000
- **Registro de Mejora de la Atención de Michigan** (MCIR, por sus siglas en inglés)
- **Centro de Salud Escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)**
  313-874-8323
- **Renuncias- Departamento de Salud del Condado de Wayne**
  734-727-7125

HISTORIAL DEL ESTUDIANTE

- Expediente académico
- Boletín de calificaciones

O envíe el formulario de solicitud de expedientes académicos completo, disponible en detroitk12.org/enrollnow

Recursos

- **Registros y expedientes académicos de DPSCD del estudiante**
  Póngase en contacto con la línea directa para padres 313-240-4377
- Los estudiantes nuevos deben ponerse en contacto con el distrito escolar anterior

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

Formulario de inscripción

Escuela: _____ **Fecha:** _____

DOCUMENTOS NECESARIOS:

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

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

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

INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIANTE

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo (Jr., III, etc.)

Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Preferencia de género: ☐ Femenino ☐ Masculino
Teléfono principal del padre/madre *(si corresponde)*: ( )	Correo electrónico principal del padre/madre *(si corresponde)*:

Grado al que ingresa:	Año escolar:	¿El estudiante nació en un parto múltiple? ☐ Sí ☐ No

Dirección real del estudiante:

Calle:	Número de departamento:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Dirección postal (si es diferente de la real)

Calle:	Número de departamento:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿En qué país nació el estudiante?	Si es un país diferente de EE. UU., responda las siguientes dos preguntas: ¿En qué año llegó el estudiante a EE. UU.? _____ (AAAA) ¿Cuándo se inscribió el estudiante por primera vez en una escuela de EE. UU.? _____ (DD/MM/AAAA)

¿El estudiante tiene un Plan Educativo Individualizado (IEP)? ☐ Sí ☐ No

¿El estudiante tiene un plan 504? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor presente una copia de su(s) documento(s) de educación especial junto con su paquete de inscripción.

¿El estudiante o su familia se ha mudado en los últimos tres años en busca de empleo temporal o estacional en agricultura o pesca?
☐ Sí ☐ No

ENCUESTA DEL IDIOMA DE HOGAR

Estas preguntas sobre el hogar y los idiomas nativos son para determinar los mejores apoyos educativos para su hijo.

Michigan recibe familias de diversos contextos culturales y lingüísticos. ¡Hablar más de un idioma es tiene gran valor!

Responda a las dos preguntas a continuación. Si su respuesta a cualquiera de estas preguntas es un idioma distinto del inglés, el distrito escolar realizará una evaluación para ver si su estudiante puede beneficiase de un apoyo lingüístico en inglés.

¿Qué idioma se utiliza más en el hogar?

¿Qué idioma utiliza más su estudiante?

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

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

¿El estudiante vive con su(s) padre(s) biológicos?

☐ Sí ☐ No

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

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

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

CUIDADO TUTELAR

¿El estudiante está en situación de acogida? ☐ Sí ☐ No

En ese caso, proporcione la información de contacto del trabajador del caso:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

IDENTIDAD ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Si no elige una respuesta, el Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere que el Distrito proporcione una respuesta por usted.

Raza del estudiante *(seleccione todas las que correspondan):*

- ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Afroamericana
- ☐ Hispana o latinx
- ☐ Blanca (seleccione una)
  - ☐ Europea
  - ☐ Del Medio Oriente
  - ☐ De África de norte
- ☐ Nativo de Hawái/de otra isla del Pacífico

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Escuela a la que asistió más recientemente

Nombre:

Ciudad/Estado:

Númeroce ID del estudiante *(estudiantes actuales del DPSCD)*

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR 1

Nombre:	Apellido:	Relación con el estudiante:
Teléfono celular: ( )		Teléfono residencial: ( )
Teléfono de trabajo *(si corresponde)*: ( )		Correo electrónico:

¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No, proporcione una dirección:**

Calle:		Número de departamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

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

☐ No ☐ Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____

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

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR 2

Nombre:	Apellido:	Relación con el estudiante:
Teléfono celular: ( )		Teléfono residencial: ( )
Teléfono de trabajo *(si corresponde)*: ( )		Correo electrónico:

¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No, proporcione una dirección:**

Calle:		Número de departamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

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

☐ No ☐ Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____

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

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR 3

Nombre:	Apellido:	Relación con el estudiante:
Teléfono celular: ( )		Teléfono residencial: ( )
Teléfono de trabajo *(si corresponde)*: ( )		Correo electrónico:

¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No, proporcione una dirección:**

Calle:		Número de departamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

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

☐ No ☐ Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____

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

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR 4

Nombre:	Apellido:	Relación con el estudiante:
Teléfono celular: ( )		Teléfono residencial: ( )
Teléfono de trabajo *(si corresponde)*: ( )		Correo electrónico:

¿Es la misma dirección que la dirección física del estudiante? ☐ **Sí** ☐ **No, proporcione una dirección:**

Calle:		Número de departamento:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

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

☐ No ☐ Sí, ¿qué idioma? Escrito _____ Oral _____

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

HERMANOS/AS EN ESCUELAS DEL DPSCD

Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
Relación con el estudiante:	Escuela a la que asiste:		Grado:
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
Relación con el estudiante:	Escuela a la que asiste:		Grado:
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
Relación con el estudiante:	Escuela a la que asiste:		Grado:
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
Relación con el estudiante:	Escuela a la que asiste:		Grado:
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	
Relación con el estudiante:	Escuela a la que asiste:		Grado:

COMUNICACIONES MASIVA

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

CONFIRMACIONES Y FIRMA

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

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

Firma del padre, madre o tutor	Nombre Escrito	Fecha (DD/MM/AAAA)

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA DEL DISTRICTO

EMERGENCY CONTACT & MEDICAL AUTHORIZATION FORM

ESCUELA: _____ **AÑO ESCOLAR:** _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento: / /
Grado:	Maestro del Salón:	Número del Salón:
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:
Número de teléfono celular del estudiante: ( )	Correo electrónico del estudiante:	

¿Con quién vive el estudiante? Seleccione todo las que correspondan:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Abuelo(a) ☐ Otro Familiar ☐ Otro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

CONTACTO PRINCIPAL

Nombre:	Apellido:	Teléfono Celular: ( )	Teléfono Residencial: ( )
Empleador:	Teléfono del trabajo: ( )	Correo electrónico:	

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Padres de Acogida ☐ Padrastros ☐ Tutor legal ☐ Otro _____

CONTACTO SECUNDARIO

Nombre:	Apellido:	Teléfono Celular: ( )	Teléfono Residencial: ( )
Empleador:	Teléfono del trabajo: ( )	Correo electrónico:	

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Padres de Acogida ☐ Padrastros ☐ Tutor legal ☐ Otro _____

CONTACTO ADICIONAL

Nombre:	Apellido:	Teléfono Celular: ( )	Teléfono Residencial: ( )
Empleador:	Teléfono del trabajo: ( )	Correo electrónico:	

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Padres de Acogida ☐ Padrastros ☐ Tutor legal ☐ Otro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA – CONTINUACIÓN

CONTACTO ADICIONAL

Nombre:	Apellido:	Teléfono Celular: ( )	Teléfono Residencial: ( )
Empleador:	Teléfono del trabajo: ( )	Correo electrónico:	

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Padres de Acogida

☐ Padrastros ☐ Tutor legal ☐ Otro _____

HERMANOS EN LA CASA DEL ESTUDIANTE

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

Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento: / /

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA / HOSPITALES

PARTE 1 – OTORGAR

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

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

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

Firma del Padre/Madre o Tutor:_____Fecha_____

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

PARTE 2 – DENEGAR CONSENTIMIENTO

No complete la parte 2 si completó la parte 1.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor:_____Fecha_____

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad transgénero, discapacidad, edad, religión, estatura, peso, ciudadanía, estado matrimonial o familiar, estado militar, ascendencia, información genética, o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contáctese con el Coordinador de derechos civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202.

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD

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

Nombre de la escuela:	Grado:	¿Su hijo/a es nuevo/a en el distrito? ☐ Sí ☐ No	
Apellido del estudiante:	Nombre:	Segundo nombre:	Sufijo (Jr., III, etc.)
Fecha de nacimiento: / /			
Nombre del padre/madre o tutor:		Relación con el estudiante:	
Número de teléfono de casa o celular: ( )		Teléfono del trabajo: ( )	

¿Qué tipo de seguro de salud tiene su hijo/a?

☐ Medicaid ☐ Actualmente, mi hijo/a no tiene seguro de salud
☐ Privado
☐ No estoy seguro

Si su hijo/a tiene Medicaid, por favor marque el nombre del plan:

☐ Aetna ☐ McLaren ☐ Total Health Care
☐ Care Blue Cross Complete ☐ Meridian ☐ United
☐ HAP Midwest ☐ Molina ☐ Otro

¿Qué tipo de seguro de salud dental tiene su hijo/a?

Healthy Kids *(por favor, seleccione qué plan)* ☐ Privado ☐ No estoy seguro
☐ Blue Cross Blue Shield
☐ Delta Dental
☐ No estoy seguro sobre qué plan

¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO
Alergias graves *(ciertos alimentos, insectos, medicamentos, látex)*		
En caso afirmativo, indique a qué es alérgico/a su hijo/a *(ciertos alimentos, insectos, medicamentos látex, etc.):* _____ _____		
En caso afirmativo, marque la reacción que tiene: ☐ Urticaria ☐ Inflamación ☐ Dificultad respiratoria ☐ Otra		

PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO
Alergias (estacionales)		
Ansiedad		
Asma o problemas respiratorios		
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad		
Problemas de comportamiento		
Problemas de incontinencia		
Problemas dentales		
Depresión		
Diabetes		
Traumatismos cerebrales o lesiones en la cabeza		
Problemas de audición		

PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO
Problemas cardíacos		
Envenenamiento por plomo		
Embarazo		
Convulsiones		
Anemia de células falciformes		
Problemas del habla		
Problemas en la visión		
Usa anteojos		
Otros problemas de salud, por favor enumere: _____ _____ _____		

MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES*

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

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

PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Teléfono: ( )	Dirección:
Fecha del último examen físico: / / ☐ No estoy seguro		
Nombre del dentista:	Teléfono: ( )	Dirección:
Fecha del último examen dental: / / ☐ No estoy seguro		

Especialista médico (opcional):	Hospital local:
Teléfono: ( )	Teléfono de sala de emergencias: ( )
Teléfono:	Dirección:

NECESIDADES FAMILIARES

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

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

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

Firma del padre, madre o tutor	Nombre escrito	Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

CONSENT TO RELEASE HEALTH INFORMATION

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

Permiso de Colaboración para la Salud de su Hijo

PROVEEDORES DE SALUD, PLANES DE SALUD Y DEPARTAMENTOS DE SALUD

LEY DE DERECHOS EDUCATIVOS Y PRIVACIDAD FAMILIAR (FERPA)

¿Qué es FERPA?

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

¿Permiso para qué?

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

¿Por qué esto es importante?

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

Lo que este formulario no hace.

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

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

DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad transgénero, discapacidad, edad, religión, estatura, peso, ciudadanía, estado matrimonial o familiar, estado militar, ascendencia, información genética, o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contáctese con el Coordinador de derechos civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202.

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT
Students Rise. We All Rise.

EXCLUSIÓN DE LA INFORMACIÓN ACADÉMICA

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares, una ley federal, y las normas del consejo del Distrito de Comunidad Escolar Público de Detroit ("Distrito") permiten a los distritos divulgar a terceros "información académica" designada, a menos que un padre, madre o tutor de un estudiante decida excluirse.

La información académica incluye el nombre del estudiante, la participación en actividades oficiales o deportes, la altura y el peso (si es miembro de un equipo atlético), la fecha de egreso, los premios recibidos, números telefónicos y domicilios (para incluir en directorios de la escuela o de la junta de padres), y fotos o videos escolares de los estudiantes participando en actividades, eventos o programas. Solo la información académica referida a estudiantes podrá entregarse a cualquier persona o parte, diferente del estudiante o sus padres, sin consentimiento escrito.

Por lo general, la información académica se utiliza en publicaciones escolares, anuarios, programas atléticos y de actividades, producciones televisivas, sitios web, así como para consultas de socios de la comunidad, otras escuelas y posibles empleadores. Además, el Distrito está obligado por ley a proporcionar el mismo acceso a la información académica, según se lo solicite, a reclutadores militares que a posibles empleadores.

Nos tomamos con seriedad la privacidad de la información de los estudiantes. Los padres o tutores deben completar este formulario de exclusión voluntaria de la información académica si no desean que parte o toda la información académica se comparta con terceros. El formulario puede completarse en línea en https://www.detroitk12.org/Page/10805.

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS
COMMUNITY DISTRICT

Fisher Building • 3011 West Grand Blvd. • Detroit, MI 48202
detroitk12.org

Formulario de consentimiento para la vacunación

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____ Masculino Femenino (seleccione uno)

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Elegibilidad para VFC:

Tipo de seguro (seleccione): **Privado Medicaid Sin seguro Seguro insuficiente Nativo americano/Nativo de Alaska**

Nombre del padre/madre/tutor: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN: El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (DPSCD, por sus siglas en inglés) revisará la información de mi hijo/a en el Registro de Mejora de la Atención de Michigan (MCIR, por sus siglas en inglés). Según la información en MCIR, autorizo al DPSCD a administrar todas las vacunas recomendadas o necesarias para su edad. Este formulario de consentimiento autoriza la administración de múltiples dosis de una vacuna, según lo indique el médico. Se utilizará una combinación de vacunas según la disponibilidad, a menos que esté contraindicado.

He leído y comprendido la declaración de información de vacunación sobre la(s) vacuna(s) recomendadas, disponible en línea en www.michigan.gov/mdhhs. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) recomendadas. Entiendo que la(s) vacuna(s) administradas se ingresa(n) en MCIR. Este formulario de consentimiento vencerá después de la última vacuna administrada de la serie.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

Por favor, seleccione Sí o No	**Sí**	**No**
¿El niño/a tiene alergias a medicamentos, alimentos, a componente de la vacuna o al látex?		
¿El niño/a tuvo una reacción grave a una vacuna anteriormente?		
¿El niño/a tiene un problema de salud enfermedades pulmonares, coronarias, renales o metabólicas (diabetes), asma o una enfermedad sanguínea? ¿Está recibiendo un tratamiento a largo plazo con aspirinas?		
¿El cliente, un hermano/a o un padre/madre ha tenido convulsiones? ¿El cliente ha tenido problemas cerebrales o de sistema nervioso?		
¿El cliente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otro problema del sistema inmunológico?		
En los últimos 3 meses, ¿el cliente ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos por radiación?		
En el último año, ¿el cliente ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?		
¿La clienta cursa un embarazo o hay alguna posibilidad de que se embarace durante el siguiente mes?		
¿El cliente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?		
¿El cliente ha recibido una prueba de piel este mes?		

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

DETROIT PUBLIC SCHOOLS
COMMUNITY DISTRICT

Fisher Building • 3011 West Grand Blvd. • Detroit, MI 48202
detroitk12.org

¡POR FAVOR NOTE! A CONTINUACIÓN APARECE LA SECCIÓN DE RECHAZO DE LA VACUNA			
COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI NO QUIERE QUE SU HIJO/A RECIBA UNA VACUNA			
RECHAZO DE LA VACUNA: Marque con una tilde la(s) vacuna(s) que **no** quiere que reciba su hijo/a y **firme.**			
□ DTaP/Tdap/Td	□ Neumococo	□ Meningococo ACWY	□ Polio
□ Hib	□ MMR	□ Gripe	□ HPV
□ Hepatitis A	□ Hepatitis B	□ Men B	□ Varicela

Mi hijo/a, que nombre antes, no debería recibir las vacunas indicadas con un tilde. Entiendo la(s) posible(s) consecuencia(s) de no permitir que mi hijo/a reciba las vacunas recomendadas.

Firma del padre/madre/tutor _____ **Fecha** _____

For Staff Use Only:

Verbal Consent for Vaccination

Name of DPSCD Staff Member Making the Call:

_____

Name of Parent or Guardian:_____

Date: _____

Time:_____

Parent/Guardian has provided authorization for DPSCD and/or its School-Base Health Center Partners to Provide Vaccines to the student. Please circle the appropriate answer. (Yes) (No)

Additional Comments: _____

_____

Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.

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

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN

Para el Padre o Tutor de: _____

(Nombre escrito del Estudiante)

En ocasiones, equipos de producción de audio, fotografía y/o video no comercial aprobados por el Distrito de la Comunidad de las Escuelas Públicas de Detroit pueden estar presentes en la escuela o en una actividad aprobada por el Distrito de la Comunidad de las Escuelas Públicas de Detroit a la que asista su hijo, para resaltar la actividad, escuela, estudiante, trabajo original del estudiante o el Distrito con el interés de promover la educación pública. Si acepta la participación de su hijo o la exhibición de su trabajo original en el video/fotografía/audio, producciones/entrevistas/actividades o publicaciones en las redes sociales que puedan tener lugar, firme a continuación después de leer lo siguiente.

Yo,_____, soy el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente

(Nombre escrito del Padre/ Tutor)

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

Esta autorización está vigente a perpetuidad desde la fecha_____

(Nombre escrito del Alumno)

se torna un alumno de_____hasta la fecha de su

(Nombre escrito de la escuela)

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

_____ _____

Firma del Padre/ Tutor Fecha

_____

Dirección, Ciudad, Código Postal

MANTENGA EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA.

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

DPSCD no discrimina por razón de raza, color, nacionalidad, género, orientación sexual, identidad transgénero, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, función militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría amparada por la ley, en sus programas y actividades educacionales, incluyendo contratación y admisiones ¿Preguntas? ¿Inquietudes? Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit y la Biblioteca Pública de Detroit han unido fuerzas para ofrecer una

Tarjeta de biblioteca pública gratuita para estudiantes de Kínder a 12° grado.

Otórguele acceso a su hijo o hija a recursos de la Biblioteca Pública de Detroit en la escuela, en la biblioteca y en casa.

Solicitud de tarjeta de biblioteca

Nombre del estudiante		
Nombre		
Segundo nombre		
Apellido		
Escuela	Grado	

Las tarjetas son válidas durante un año escolar.

Los padres y madres recibirán el número de tarjeta de biblioteca de su hijo o hija y la información de usuario mediante correo electrónico.

Para obtener más información sobre los beneficios y responsabilidades de tener una tarjeta de biblioteca, visite www.detroitpubliclibrary.org/DPSCD, llame al 313-481-1400, o envíe un correo electrónico a ask-a-librarian@detroitpubliclibrary.org

Consentimiento del padre, madre o tutor

Acepto la responsabilidad por la elección y el uso de recursos de la biblioteca con esta tarjeta (incluido el acceso abierto a internet); acepto la responsabilidad de regresar los materiales prestados y las tarifas por objetos perdidos; y mi hijo o hija y yo accedemos a cumplir las políticas de la Biblioteca Pública de Detroit.

Firma del padre/madre/tutor: _____

5/31/2023

¡No hay multas por regresar materiales con retraso!

Tecnología individual para estudiantes

Resumen del programa
La iniciativa de tecnología individual para estudiantes fue lanzada para incrementar el acceso en cualquier momento y en cualquier lugar a los recursos de aprendizaje en línea, el enriquecimiento académico y las intervenciones para apoyar los logros académicos estudiantiles.
. Mediante la iniciativa de tecnología individual para estudiantes, cada estudiante recibirá un dispositivo de aprendizaje (iPad para Pre-K a 2° grado o laptop para 3° a 12° grado) como una herramienta de apoyo académico. Cada estudiante tiene responsabilidad por el cuidado y la condición de su dispositivo de aprendizaje, incluido el informe de problemas técnicos, daños o pérdida. Todo el equipo es propiedad del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit y debe ser regresado en funcionamiento correcto al finalizar el año escolar o al retirarse del distrito.

Requisitos del programa:

- Los padres y madres deben completar la orientación familiar para participar en el programa indvidualizado. Escanee el código QR a continuación para ver el video.
- Los padres y madres deben completar el Acuerdo del programa individualizado del DPSCD para sus estudiantes para recibir un dispositivo.
- Cada estudiante debe aceptar las políticas de uso aceptable de la tecnología (po7540.03), las políticas de cuidado de propiedad del distrito para estudiantes (po5513) y el Código de conducta estudiantil al usar los dispositivos del DPSCD y al acceder a la red del distrito (correo electrónico) y a los recursos de aprendizaje.
- Según el Código de conducta estudiantil y las leyes estatales, un estudiante que provoque daños a la propiedad del distrito debería sufrir medidas disciplinarias, y su padre o madre debería hacerse responsable económicamente por tales daños en la medida de la ley. El Distrito se reserva el derecho de imponer multas por la pérdida, el daño o la destrucción de los equipos del distrito.
- Cualquier pérdida o robo de una laptop o iPad debe informarse a la escuela de inmediato para bloquear e inhabilitar el dispositivo. Debería presentarse un informe policial ante el Departamento de Policía del DPSCD por equipos robados.

Internet en el hogar ¿Tiene acceso confiable a internet disponible en el hogar?
El acceso confiable a internet se define como Wi-Fi proporcionado por un prestador de servicios de internet (Comcast, AT&T, Wow, Dish, Spectrum, etc.) conectado en una residencia u hogar; no utilizar internet ten un celular o dispositivo móvil, ya que esta conexión no se clasifica como confiable para el aprendizaje del estudiante.
Sí ☐ No ☐

Reconocimiento:
He completado la Orientación familiar para la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes (enlaces al video a continuación) y comprendo los requisitos del programa, las expectativas para el uso y el cuidado del dispositivo, y el soporte técnico disponible. También he discutido mis expectativas para el cuidado y el uso de dispositivos con fines educativos con mi estudiante. Certifico el consentimiento para que mi hijo o hija participe y reciba un dispositivo de aprendizaje del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit.

Nombre del padre/madre_____ **Firma del padre/madre** _____

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento del estudiante** _____

Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes

ESPAÑOL - Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes

ÁRABE - Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes

Acuerdo de uso de tecnología para estudiantes

ACUERDO PARA USO DE COMPUTADORAS PORTÁTILES PARA ESTUDIANTES

Este Acuerdo se realiza entre el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit ("DPSCD") y el estudiante ("Estudiante") nombrado en esta formulario en línea, y entra en vigor al enviarse. El DPSCD y el estudiante acceden a lo siguiente:

A. Objetivo del acuerdo. El DPSCD se complace en poner a disposición para el uso por parte del estudiante, en conexión con su inscripción en el Distrito, una computadora portátil y/o punto de acceso a internet LTE a los fines de realizar trabajos escolares. Tiene por objetivo solo su uso por parte del estudiante del DPSCD a quien se le asigna. El permiso para que el estudiante utilice la computadora portátil está estrictamente sujeto a los términos y condiciones de este acuerdo. Lea el acuerdo para uso de computadoras portátiles para estudiantes para comprender los términos de uso para la tecnología del distrito. A los fines de este acuerdo, el término "laptop" o "computadora portátil" se referirá a la computadora portátil asignada al estudiante, junto con todos los accesorios que acompañan, incluido un punto de acceso de internet LTE, recibidos con la computadora portátil o que puedan proporcionarse de vez en cuando para el uso del estudiante según este acuerdo.

B. Derechos y responsabilidades del estudiante

1. Términos de uso de la computadora portátil. Se otorgará al estudiante acceso a la computadora portátil mientras se encuentre inscripto en cumplimiento con el DPSCD. El uso de la computadora portátil estará regido por las políticas de uso aceptable y seguridad para estudiantes del DPSCD (7540.03).

2. Cuidado de la computadora portátil. El estudiante deberá mantener la vigilancia y la seguridad apropiadas de la computadora portátil. El estudiante puede llevarse la computadora portátil a casa o a otra ubicación fuera del horario escolar. El estudiante es responsable, en todo momento, por el cuidado, la seguridad y el uso apropiado de la computadora portátil. Si se descubre negligencia al asegurar los dispositivos que se encuentren de forma alguna dañados, robados o perdidos, puede desencadenar medidas disciplinarias y/o tarifas de reparación o reemplazo.

3. Regreso de la computadora portátil al DPSCD. El estudiante debe regresar la computadora portátil al DPSCD dentro de los cinco (5) días tras ocurrido alguno de los siguientes eventos:

a. El estudiante ya no se encuentra inscripto en el DPSCD;

b. El DPSCD proporciona a los estudiantes un aviso cinco (5) días antes de que la computadora portátil deba ser regresada; o

c. El estudiante no puede realizar ninguna de sus obligaciones según este acuerdo.

Al regresar la computadora portátil al DPSCD, el DPSCD tendrá derecho absoluto a cualquier información o datos en la computadora portátil y no tendrá responsabilidad alguna por la pérdida, destrucción o uso inapropiado de la información o los datos en la computadora portátil.

4. No regresar la computadora portátil. Si el estudiante no regresa la computadora portátil como es necesario, el DPSCD puede ejercer todas las opciones disponibles según las políticas del DPSCD y las leyes estatales y federales correspondientes.

5. Alteraciones y agregados. El estudiante no puede hacer alteraciones ni agregar cosas, hardware o software a la computadora portátil a menos que tenga permiso expreso por escrito del DPSCD, permiso que solo el DPSCD puede dispensar.

6. **Riesgo de pérdida.** El estudiante acuerda que desde el momento en que se acepta la entrega de la computadora portátil y hasta que se la regrese al DPSCD en su condición original, con el desgaste por uso esperable, el estudiante deberá ser responsable por cualquier daño o pérdida a la que se la someta. Si la computadora portátil es perdida, robada, destruida, dañada al punto en que el costo de reparación excede el valor de la computadora, o en caso de confiscación, incautación o apropiación por medidas del gobierno, o si la computadora portátil no se regresa al DPSCD tras los eventos y dentro del plazo y del modo que requiere este acuerdo, el estudiante será responsable ante el DPSCD inmediatamente tras la demanda de pago de un monto calculado por el DPSCD que es igual al valor de reemplazo completo de la computadora portátil al momento de la pérdida. Los agregados de hardware o software que se hagan a la computadora portátil a costa del estudiante son riesgo del estudiante y no serán un factor en el valor justo de mercado de la computadora portátil. Si parte de la computadora portátil se daña, pero es posible repararla, el estudiante será responsable por los gastos de reparación de ese objeto, si no lo cubre la garantía del fabricante. Si no se recibe el pago, el DPSCD puede ejercer todas las opciones que tiene a disposición, según la ley vigente.

7. **Notificación de pérdida, daño, o mal funcionamiento.** El estudiante acuerda notificar de inmediato al DPSCD al ocurrir cualquier pérdida, daños o mal funcionamiento de cualquier parte de la computadora portátil por razón alguna, y cooperar en cualquier investigación policial necesaria tras la pérdida o robo de la computadora portátil. El DPSCD, según lo decida, puede revocar el derecho de uso del a computadora portátil para el estudiante y cualquier derecho que el estudiante pueda tener para continuar participando en el programa de computadoras portátiles para el personal. La computadora portátil está configurada para uso óptimo en la red del DPSCD. La División de Tecnología del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit no asistirá al estudiante en su hogar para conectar la computadora a otros prestadores de internet.

8. **Inspección del DPSCD.** Tras un aviso razonable, el estudiante deberá permitir que las personas designadas del DPSCD examinen la computadora portátil.

C. Derechos y responsabilidades del DPSCD

1. **Propiedad de la computadora portátil.** La computadora portátil es propiedad del DPCSD, y continuará siéndolo.

2. **Aplicación de la garantía de fábrica.** Al recibir una solicitud por escrito del estudiante durante el plazo de este acuerdo, el DPSCD determinará si tomará todas las medidas necesarias para aplicar cualquier garantía de fábrica, expresa o implícita, emitida o vigente para la computadora portátil y que sea aplicable por el DPSCD en su nombre. El DPSCD tomará medidas razonables para obtener, tanto para el estudiante como para sus padres, todos los servicios provistos por el fabricante en conexión con ello; no obstante, el DPSCD no tendrá obligación de comenzar o recurrir a litigación alguna para aplicar ninguna tal garantía. Si cualquiera de esas garantías es aplicable por el estudiante en su propio nombre, tras recibir una solicitud por escrito del DPSCD durante el plazo de este acuerdo, el estudiante tomará toda medida razonable solicitada por el DPSCD para aplicar esa garantía, y el estudiante deberá obtener para el DPSCD todos los servicios provistos por el fabricante en conexión con ello. EL DPSCD NO TENDRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA POR LA PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O USO INAPROPIADO DE CUALQUIER INFORMACIÓN, SOFTWARE O DATOS EXISTENTES EN EL EQUIPO. LA PROTECCIÓN Y RESGUARDO DE DATOS EN EL EQUIPO Y PARA ÉL SERÁN SOLO RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE.

Reconocimiento:
He leído y entendido el acuerdo de uso de tecnología para estudiantes.

Nombre del padre/madre_____ **Firma del padre/madre** _____

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento del estudiante** _____