



Apellido e Inicial del Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

**PÁGINA DE FIRMA DEL PADRE/TUTOR**

Por favor leas los documentos referentes al manual del estudiante (student handbook) para que este familiarizado con las normas y procedimientos del distrito. Se le va a proveer una copia de esta forma en la escuela de su hijo y en el sitio de internet escolar. Este formulario firmado será guardado en los archivos de la oficina de la escuela.

Yo, el que firma padre/tutor del estudiante reafirmo que tengo la autoridad como padre/guardián para llevar a cabo este formulario. Yo reconozco que entiendo los siguientes avisos y doy o niego mi permiso como se indica abajo:

***Código de Disciplina y Procedimientos***

Tengo el conocimiento de que una copia del manual de La Escuela del Distrito Comunitario Independiente de Des Moines se me va proveer por medio de la escuela de mi hijo. Yo reconozco que voy a repasar el manual así como mi hijo tiene la expectativa de seguir el Código de Disciplina y Procedimientos del distrito.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

***Guías de Uso Aceptable de la Red Electrónica (Internet)***

Como el padre/tutor de este estudiante, yo confirmo que he leído las Guías de Uso Aceptable de DMPS las cuales mi hijo está previsto cumplir y entender que el acceso al internet es solamente para fines educativos. Yo entiendo que DMPS ha tomado precauciones para eliminar material inadecuado; sin embargo, yo reconozco que es imposible para DMPS el restringir el acceso a todos los materiales inadecuados y no voy a hacer responsable al DMPS por los materiales adquiridos en la red. Aún más, yo acepto la responsabilidad completa por la supervisión aún y cuando mi hijo no esté en las escuelas. Por medio de la presente doy permiso a DMPS de proveer acceso a la red para mi hijo y certifico que la información contenida en este formulario es correcta. Entiendo que mi estudiante tiene que firmar también tiene que firmar un permiso de uso de la red electrónica.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)      Fecha: \_\_\_\_\_

***Permiso para Video y Medios de Comunicación***

Yo, doy permiso para que mi niño/niña sea filmado en videotape mientras esté en la escuela y sus fotos sean tomadas por empleados del distrito escolar para ser usadas con fines relacionados con el distrito.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

Yo, doy permiso para que mi hijo sea entrevistado o fotografiado por los representantes de los medios de comunicación (tales como Des Moines Register) quienes no son empleados del distrito para posibles publicaciones en forma de entrevistas, video o fotografías relacionadas con los programas ó eventos en el cual mi hijo posiblemente esté participando en la escuela.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

***Opción de Dejar las Fuerzas Armadas Afuera/Exclusión Voluntaria***

Las leyes federales requieren que los distritos escolares proporcionen los nombres, direcciones, y las listas de teléfonos de los estudiantes de las escuelas secundarias a los que reclutan en las fuerzas armadas cuando lo soliciten a menos de que los estudiantes o sus padres soliciten que la información de contacto de los estudiantes no sea divulgada sin previo permiso por escrito de los padres. Como padre o representante legal de este estudiante, estoy ejerciendo mi derecho de dejar afuera las fuerzas armadas para indicar al distrito escolar de que no divulgaran el nombre, dirección y teléfono a los que reclutan en las fuerzas armadas sin mi permiso previo por escrito.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

**Órdenes de la corte:** Padres/tutores, por favor recuerden que si un padre tiene evidencia de una orden de la corte en la cual le niega al padre que no tiene custodia, o cualquier otra persona, de tener acceso a los archivos escolares, de visitar al estudiante en la escuela, o de llevarse al estudiante de la escuela, tal evidencia TIENE que ser proporcionada al administrador de la escuela.

**POR FAVOR FIRME SOLO EN CASO DE QUE SE REHÚSO**

***Directorio***

El Mandato de los Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (The Family Educational Right and Privacy Act) requiere que DMPS designe a cierta información personalmente identificable tomada de los archivos de los estudiantes como información del directorio ("directory information."). La información designada como "información del directorio" puede ser disponible para el público a menos de que usted como padre/tutor o estudiante elegible se rehúse a que se divulgue tal información.

El distrito de las escuelas independientes públicas de Des Moines ha designado la siguiente información como información del directorio: El nombre, dirección, teléfono, y correo electrónico del estudiante, nombre del padre, dirección y número telefónico, fecha y lugar de nacimiento, currículo (campo de estudios), grado escolar participación en organizaciones reconocidas, actividades y deportes, peso y estatura de miembros de equipos atléticos, títulos, premios y honores recibidos, La institución educativa más reciente que asistió el estudiante, fotografías del estudiante, fecha en que asistió al distrito escolar (períodos generales de tiempo durante los cuales un individuo asistió o estuvo inscrito en una agencia educativa o institución).

Como el padre/tutor de \_\_\_\_\_ (estudiante), Yo **rehúso** que la designación y divulgación de cualquier o todas las categorías de información identificable como información del directorio.

\_\_\_\_\_  
(firma del padre/tutor **solo en caso de rehusar** la designación y divulgación de la información del directorio)

Este formulario también lo puede encontrar en nuestro sitio de internet [www.dmschools.org](http://www.dmschools.org)

# Escuelas Públicas de Des Moines

## ENCUESTA DEL IDIOMA DE HOGAR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. del hogar: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Nació su hijo en los Estados Unidos?  si  No  
 Si la respuesta es sí, ¿en cual estado? \_\_\_\_\_  
 Si no, ¿en que otro país? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha asistido su hijo a alguna escuela en los Estados Unidos por tres años durante su vida?  Si  No

Si la respuesta es sí, favor de listar los nombres del las escuelas, estados y fechas cuando asistió:

Nombre de la escuela _____	Estado _____	Fechas asistidas _____
Nombre de la escuela _____	Estado _____	fechas asistidas _____
Nombre de la escuela _____	Estado _____	Fechas asistidas _____

3. ¿Que idioma habla usted y su familia la mayoría del tiempo en el hogar? \_\_\_\_\_

4. Si esta disponible, ¿en que idioma preferiría recibir comunicación de la escuela? \_\_\_\_\_

5. Es el idioma que habló su hijo primero o lenguaje del hogar diferente al inglés?  si  No

**Si respondió "Si" a la pregunta número 5 arriba, por favor conteste las siguientes preguntas:**

6. ¿Que idioma aprendió su hijo cuando el comenzó a hablar al principio? \_\_\_\_\_

7. ¿Que idioma habla su hijo con mas frecuencia en la casa? \_\_\_\_\_

8. ¿Que Idioma le habla usted a su hijo mas frecuentemente? \_\_\_\_\_

(Padre) \_\_\_\_\_ (Madre) \_\_\_\_\_

9. Por favor describa el idioma que es entendido por su hijo. (Marque solo uno

- A.  Entiende solo el idioma del hogar y no Inglés .
- B.  Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de Inglés.
- C.  Entiende el idioma del hogar e Inglés igualmente.
- D.  Entiende mayormente Inglés y algo del idioma del hogar.
- E.  Entiende solo Inglés.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

OFFICE USE ONLY			
Student ID #	Date Distributed	Date Received	

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Forma de Permiso para Mandar Mensaje de Texto al Teléfono Celular

Propósito: El Sistema para mandar mensajes de texto es usado para avisar a los padres, estudiantes, y personal escolar acerca de emergencias e información general. Algunas informaciones de emergencias pueden incluir cancelación de escuela, día de nieve, comienzo tarde de escuela, no hay calefacción, u otras emergencias escolares. Algunas informaciones generales pueden incluir recordatorios acerca de eventos escolares importantes, actividades canceladas, funciones escolares, o recordatorios para padres.

Esto NO otorga permiso para que los estudiantes envíen o reciban textos sociales de amistades o familiares durante el día.

Elija la opción(es) adecuada de las siguientes opciones relacionadas con el envío de texto y llene el formulario. No se van a mandar textos hasta que este formulario de permiso este firmado y sea regresado a la Oficina Principal

- Doy permiso para que mi hijo(a) reciba mensajes de texto del distrito/escuela en su teléfono celular para los siguientes tipos de mensajes:
  - Avisos Generales
  - Mensajes de Prioridad
  
- Deseo que los mensajes de texto del distrito/escuela sean enviados a mi teléfono celular para los siguientes tipos de mensajes:
  - Asistencia
  - Avisos Generales
  - Comportamiento
  - Mensajes de Prioridad
  
- No son necesarios los mensajes de texto Celular

Nombre del Estudiante (Por favor letra de molde): \_\_\_\_\_

#Celular \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Por favor letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

No. Celular del padre/tutor (incluyendo el código):

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Las Escuelas Públicas de Des Moines no se hacen responsables por los gastos incurridos debido a los mensajes de texto recibidos o enviados. Mensajes de texto estándar y/o precio por utilización de datos (dependiendo de su compañía de teléfono)



**Escuelas Públicas de Des Moines**

**Formulario del Contrato de La Ley de Niños Saludables (Healthy Kids Act)**

En el año 2008, la Legislatura de Iowa promulgo "La Ley de Niños Saludables", requiriendo que todos los estudiantes en los grados 6-12 participen en una actividad física por un mínimo de 120 minutos a la semana en la cual haya al menos cinco días de escuela. La ley también requiere que supervisemos como los estudiantes cumplen con este requisito.

Por favor llene la lista de abajo, firme (ambos estudiante y padre/guardián), y regrese a la escuela para el \_\_\_\_\_.

Si usted tiene alguna pregunta, contacte a Carlye Satterwhite, Coordinadora de Plan de Estudios de Educación Física o su Administrador del edificio escolar.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Actividades Escolares las cual el estudiante va a participar durante el año escolar 2014-2015:

Actividad	Semestre	Actividad	Semestre	Actividad	Semestre
Béisbol		Banda Musical de Marcha		Tiro al Plato (Trapshooting)	
Basquetbol		Softball		Voleibol	
Bolicho (Bowling)		Natación		Luchas (Wrestling)	
Porrista (Cheer)		Futbol (Soccer)		Golf	
Carrera a Campo Traviesa (Cross Country)		Escuadrón de Porristas (Pom Squad)		Carreras de Pista y Campo (Track and Field)	
Instrucción Militar (Drill Team)		Canto Coral (Show Choir)		Otro:	
Futbol Americano		Tenis			

Las actividades que no son escolares (pueden incluir equipos atléticos, gimnasia, baile, programa de ejercicio individual, etc.) la cual el estudiante está involucrado durante el año escolar 2014-15, incluyendo la descripción de actividades, un promedio de tiempo que el estudiante participa a la semana: (Ejemplo: Yo asisto a clases de baile privado 2 veces por semana con un total de 100 minutos, mas camino dos millas todos los días añadiendo otros 150 minutos a la semana.)

Actividad	Veces por Semana	Horas por Semana	Total Por Semana	Semestres

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Director Escolar \_\_\_\_\_ Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Revisión Anual de Salud Para la Escuela Pública de Des Moines (Secundaria y Preparatoria) Año Escolar \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Revisión de Salud**

**Problemas Respiratorios** \_\_\_\_\_ **Problemas del Corazón** \_\_\_\_\_ **Problemas Neurológicos** \_\_\_\_\_ **Problemas de Digestión** \_\_\_\_\_ **Problemas Glandulares** \_\_\_\_\_ **Ortopédico** \_\_\_\_\_  
 Asma \_\_\_\_\_ Murmullo del corazón \_\_\_\_\_ Dolores de Cabeza Frecuentes \_\_\_\_\_ Problemas Estomacales/Ulceras \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Huesos Rotos \_\_\_\_\_  
 Via Aérea Reactiva \_\_\_\_\_ Cirugía de Corazón \_\_\_\_\_ Vértigos \_\_\_\_\_ Desmayos \_\_\_\_\_ Ataques \_\_\_\_\_ Problemas Del Intestino \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_ Apoyos ortopédicos \_\_\_\_\_  
 Otros Problemas \_\_\_\_\_ Otros problemas \_\_\_\_\_ ADHD/ADD \_\_\_\_\_ Dieta Especial \_\_\_\_\_ Riñones \_\_\_\_\_ Otros Problemas \_\_\_\_\_

**Necesidades Especiales Médicas:** Lentes/Contactos \_\_\_\_\_ Ayudas de Audición \_\_\_\_\_ Sentarse cerca de la Enseñanza \_\_\_\_\_ Uso privilegiado/liberal del Baño \_\_\_\_\_ Límites en Educación Física

**Enumere las alergias de su hijo(a):** Alimentos \_\_\_\_\_ Medicina \_\_\_\_\_ Ambiental \_\_\_\_\_

**Enumere todas enfermedades, operaciones, o accidentes que su hijo(a) ha sufrido durante el año pasado:** \_\_\_\_\_

**Enumere condiciones emocionales, sociales, u otras que puedan afectar el desarrollo académico de su hijo:** \_\_\_\_\_

**Enumere otras preocupaciones de salud que usted quiere notificar a la enfermera:** \_\_\_\_\_  
**Medicamentos Actuales:** \_\_\_\_\_ Medicinas recetadas que deben ser administradas en la escuela: \_\_\_\_\_

**Viales Internacionales:** Mi hijo(a) ha vivido fuera de los Estados Unidos durante el año pasado.  Si  No ¿Que país? \_\_\_\_\_

**Autorizaciones de Padres:** Favor de leer y de su autorización firmando después de cada frase

**Medicamentos dispensados sin receta en la escuela secundaria y preparatoria:**

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela que le de la dosis apropiada para la edad de mi hijo/a de Tylenol o Advil cuando sea necesario-Hasta 5 dosis en total durante el año escolar sin una orden del Doctor. **\*\*Pastillas de Tos y vaselina de labios:** Se permitirán en clase - maestras individuales pueden prohibirles el uso de estos si no las usan de la forma correcta.

\*\*\*FIRMA DE PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**Información de Salud:** Autorizo a la enfermera de la escuela que comparta información con el personal escolar siempre y cuando la necesidad lo merite.

\*\*\*FIRMA DE PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico**  
 Seguro Actual de Salud:  Privado  Medicaid  Hawk-1  No tiene seguro  Que la enfermera o designado se comuniquen para hablar de opciones de seguro de salud

**Información de Emergencia:** Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

No. De Teléfono de Padres: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_