



Autorizaciones del año académico 2021/2022

Utilice este formulario para informarles a las Escuelas Públicas del D.C. sus preferencias en cuanto a 1) las DCPS usando la imagen, voz, y trabajos del estudiante; 2) proporcionarle servicios socioemocionales al estudiante y 3) transmitir datos del estudiante a reclutadores militares.

Estudiante de las DCPS

Nombre:

Apellido:

OPCIONAL – Autorización y exoneración de responsabilidad a los medios audiovisuales

Al firmar este documento, le otorgo al Distrito de Columbia, incluyendo a las DCPS y sus empleados y apoderados, causahabientes y cesionarios, el derecho a: (1) grabar la imagen y voz de mi hijo; (2) editar dichas grabaciones a discreción propia; y (3) usar dichas grabaciones, al igual que obras de arte y trabajos escritos de mi hijo en videocasete, fotografías, medios digitales y en cualquier otro formato de medios electrónicos o impresos (dichas fotografías, medios digitales y otros medios electrónicos o impresos que contengan la imagen, la voz, las obras o los trabajos escritos de mi hijo se denominan conjuntamente como los "medios"). Entiendo que esta exoneración no le otorga a las DCPS o al Distrito de Columbia el derecho a revelar datos personales o biográficos de mi hijo, y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si contacto a mi escuela.

Mediante la presente, libro a las DCPS y al Distrito de Columbia, a sus causahabientes, cesionarios y a cualquier persona que haga uso de los medios, bajo las disposiciones de este formulario, de todo reclamo, daños y perjuicios, responsabilidades, costos y gastos que mi hijo o yo podamos tener en el futuro debido al uso de estos. Entiendo que las disposiciones de esta exoneración son vinculantes en materia legal. Esta autorización permanecerá vigente de forma indefinida hasta el final del año escolar y puede anularse en cualquier momento.



Doy mi autorización.



No doy mi autorización.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

OPCIONAL – Difusión de datos a reclutadores militares (de 6º a 12º grado)

Las leyes federales precisan que las DCPS les suministren a los reclutadores militares, si lo solicitasen, el nombre, la dirección y el número de teléfono (los "datos") de todos los estudiantes de 6º a 12º grado, a menos que el padre/representante legal del estudiante (o el mismo estudiante, si es adulto) haya optado por que no se divulgue dicha información mediante su firma al pie de este formulario. Esta autorización permanecerá vigente durante el tiempo en el que el estudiante esté inscrito en las DCPS y puede anularse en cualquier momento.



Solicito que las DCPS no difundan los datos de mi hijo/mis datos (si el estudiante es adulto) a reclutadores militares.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

OPCIONAL – Servicios de salud socioemocionales

Las DCPS cuentan con profesionales y aliados altamente calificados para ayudar a los estudiantes que sufren de estrés, tristeza, ira u otras emociones que afectan sus vidas. Si acepta una evaluación para determinar el nivel de necesidad, el Equipo de salud mental de la escuela revisará los datos de su hijo y estos se manejarán de manera confidencial para garantizar la privacidad de su hijo. Si se determina que su hijo necesita servicios terapéuticos, se le notificará e incluirá en cualquier plan de servicios cónsono con las mejores prácticas. Si da su autorización a continuación, esta autorización permanecerá vigente hasta el final del año escolar y se puede anularse en cualquier momento. Para obtener más información, comuníquese con el Equipo de salud mental de la escuela a school.mentalhealth@k12.dc.gov.

- Si no está interesado en que su hijo sea evaluado, marque esta casilla y firme a continuación: No doy mi autorización.
- Si da su autorización para que su hijo sea evaluado, seleccione de las siguientes opciones que tenga o padezca el estudiante y firme a continuación:



Divorcio/separación de los padres



Falta de vivienda



Colocación en cuidado tutelar



Padre encarcelado



Muerte de un familiar cercano



Otro trauma _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____