



¡Bienvenido(a) al año académico 2020/2021 con las Escuelas Públicas de DC! Por favor llene este paquete de inscripción para el próximo año académico 2020-2021. Hemos puesto a la disposición cada uno de los formularios en formato PDF que se puede rellenar, de manera que pueda transcribir sus respuestas y colocar la información en el paquete de principio a fin.

Cuando termine, simplemente imprima el paquete, reúna los documentos de soporte y llévelos a la oficina de recepción de su escuela. A continuación, se encuentran las instrucciones paso a paso. Usted puede encontrar todos los documentos en línea en <https://enrolldcps.dc.gov/>. Hay traducciones disponibles en amhárico, chino, francés, español y vietnamita. En las DCPS, no se intercambian datos de los estudiantes con el gobierno federal.

Nuestra misión en las DCPS es garantizar que cada una de nuestras escuelas proporcione educación de primera categoría que prepare a TODOS nuestros estudiantes, independientemente de las circunstancias o del entorno, para tener éxito en la universidad, la carrera profesional y la vida. Es un honor y un privilegio servirles a todos los estudiantes, y esperamos tener otro año académico maravilloso.

### 1<sup>er</sup> paso. Llene los formularios de este paquete.

- A. Formulario de inscripción
- B. Formulario de residencia (domicilio)
- C. Formularios de autorización (Autorización y exoneración de responsabilidad de medios audiovisuales, Difusión de datos a reclutadores militares y Servicios de salud socioemocionales)
- D. Aceptación del cupo de My School DC (*si aplica*)
- E. Notificaciones de los derechos de los estudiantes y padres/representantes
- F. Requisitos de inmunización
- G. Certificado universal de salud
- H. Certificado de salud dental

### 2<sup>do</sup> paso. Reúna los documentos de soporte.

Se necesitan algunos documentos de soporte para inscribir al estudiante:

#### Nuevo en una escuela de las DCPS

- A. Una prueba de la edad – por ejemplo: incluya la partida de nacimiento, el expediente médico, los expedientes de escuelas anteriores, el pasaporte o el certificado de bautismo
- B. Prueba de residencia – véase el *Formulario de Residencia* donde aparece una lista completa de documentos aceptados y métodos de verificación
- C. La Encuesta sobre el idioma hablado en el hogar – véase el *Formulario de Inscripción para esta encuesta*

#### De regreso a su escuela actual de las DCPS

- Prueba de residencia – véase el *Formulario de Residencia* donde aparece una lista completa de documentos aceptados y métodos de verificación

### 3<sup>er</sup> paso. Envíe el paquete completo y los documentos de soporte a la oficina de la escuela del estudiante.

Típicamente, los paquetes de inscripción se llevan a la escuela correspondiente para el año 2020/2021 en horario de oficina.

### 4<sup>to</sup> paso. Anote en su calendario para llenar la Solicitud para comidas gratis o a precio reducido (FARM)

La solicitud FARM para que los grupos familiares reciban almuerzo gratis estará disponible el 1<sup>o</sup> de julio de 2020. Las solicitudes estarán disponibles en <https://dcps.dc.gov/farm> o en la oficina principal de su escuela. Se les invita a todas las familias a enviar una solicitud.

Tenga en cuenta que las DCPS están obligadas por ley a verificar anualmente si cada familia que busca inscribirse en las DCPS tiene residencia en el Distrito. Las DCPS realizan esta verificación de residencia al momento de la inscripción (se debe verificar la residencia dentro de un plazo de **diez días hábiles** a partir de la primera fecha en la que el estudiante busca inscribirse). Si usted no puede comprobar que tiene residencia en el Distrito, de conformidad con los requisitos del Distrito, o no acepta pagar la matrícula de no residente, su estudiante correrá el riesgo de ser excluido y de que no se le permita asistir a las DCPS. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Equipo de Inscripción de las DCPS a través de [enroll@k12.dc.gov](mailto:enroll@k12.dc.gov).

**Aviso antidiscriminación:** De conformidad con las leyes estatales y federales, las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia no discriminan por motivos de

---

*raza, color, religión, nacionalidad, género, edad, estado civil, apariencia física, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado familiar, responsabilidades familiares, matriculación, tendencia política, información genética, discapacidad, fuente de ingreso, condición de víctima de un delito intrafamiliar, o lugar de residencia o dirección comercial que sean reales o percibidos. Para ver el texto completo y para obtener información adicional, visite <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.*



# Formulario de inscripción del año escolar 2020/2021

Utilice este formulario para inscribir a los estudiantes nuevos o regulares en una escuela pública del D.C. Lleve este formulario en persona a la escuela a la que asistirá su hijo durante el año escolar 2020/2021. Debe responder todas las preguntas que están a continuación. Tenga en cuenta que debe comprobar su residencia en un plazo de diez días calendarios a partir de la fecha de entrega de este formulario.

Datos del estudiante de las DCPS															
Apellido:		Nombre:				Fecha de nacimiento:									
País de nacimiento:		Id. del estudiante:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos											
Dirección de residencia:			Apto.:	Ciudad:		Estado:	Cód. postal:								
Nombre de la escuela del año escolar 2019/2020:						Ciudad/estado:									
Nombre de la escuela del año escolar 2020/2021:					Correo electrónico del estudiante:										
Grado que cursará en el año académico 2020/2021: seleccione una sola casilla															
<input type="checkbox"/> Pre-K3	<input type="checkbox"/> Pre-K4	<input type="checkbox"/> Kínder	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ro</sup>	<input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup>	<input type="checkbox"/> 3 <sup>ro</sup>	<input type="checkbox"/> 4 <sup>to</sup>	<input type="checkbox"/> 5 <sup>to</sup>	<input type="checkbox"/> 6 <sup>to</sup>	<input type="checkbox"/> 7 <sup>mo</sup>	<input type="checkbox"/> 8 <sup>vo</sup>	<input type="checkbox"/> 9 <sup>no</sup>	<input type="checkbox"/> 10 <sup>mo</sup>	<input type="checkbox"/> 11 <sup>mo</sup>	<input type="checkbox"/> 12 <sup>mo</sup>	<input type="checkbox"/> Educación de adulto
Estado itinerante: ¿el estudiante, sus hijos, cónyuge, padre o tutor ha participado en trabajos itinerantes (es decir, se han mudado y han trabajado por temporadas en trabajos relacionados con la agricultura o la pesca) en los últimos 36 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
Situación habitacional: seleccione una sola casilla <input type="checkbox"/> Permanente (propia, alquilada) <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Sin vivienda															
¿Alguna de estas opciones aluden al estudiante? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N En espera de un hogar de cuidado tutelar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Menor no acompañado (sin vivienda permanente)															
Denominación étnica: seleccione una sola casilla <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino															
Raza: seleccione todas las que correspondan <input type="checkbox"/> Aborigen América del Norte / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco															
¿El estudiante tiene? Seleccione sí o no en cada casilla. La escuela puede hacerle seguimiento. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicación prescrita <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Restricciones alimenticias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Plan 504 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N PEI de los servicios de educación especial															

Padre/tutor/representante	1 <sup>a</sup> persona a cargo	Nombre:		Apellido:		Parentesco:			
		Correo electrónico:				Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo			
		<input type="checkbox"/> Misma dirección del estudiante Dirección:				Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo			
		Apto.:	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	<input type="checkbox"/> NO deseo recibir comunicaciones sobre mi hijo por correo electrónico / mensaje de texto.			
Padre/tutor/representante	2 <sup>a</sup> persona a cargo	Nombre:		Apellido:		Parentesco:			
		Correo electrónico:				Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo			
		<input type="checkbox"/> Misma dirección del estudiante Dirección:				Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fijo			
		Apto.:	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:	<input type="checkbox"/> NO deseo recibir comunicaciones sobre mi hijo por correo electrónico / mensaje de texto.			

**Encuesta sobre el idioma hablado en el hogar** Lénela solamente si se está inscribiendo por primera vez en las DCPS.  
Si las respuestas de las preguntas 1, 2 y 3 indican otro idioma que no sea el inglés, se evaluará el dominio del idioma inglés de su hijo para garantizar que se le ofrezcan los servicios necesarios. Si tiene preguntas, llame a la División de Adquisición de Idiomas al 202-671-0750.

¿Cuál es el idioma principal hablado en el hogar? \_\_\_\_\_ (indique el idioma)

¿Cuál es el idioma que usa con más frecuencia el estudiante? \_\_\_\_\_ (indique el idioma)

¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? \_\_\_\_\_ (indique el idioma)

¿En qué idioma le gustaría recibir información de la escuela? Si selecciona "otro", la correspondencia escrita se le enviará en inglés. Se le proporcionará el servicio de interpretación cuando lo solicite.

inglés  español  amárico  francés  
 chino  vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_

**Contactos en caso de emergencia** Si no podemos contactar a ninguno de los adultos que aparecen en la sección anterior, solo las personas que aparezcan a continuación tienen permiso de ir a buscar al estudiante.

Nombre completo:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre completo:	Parentesco:	Teléfono:

**Hermanos del estudiante en las DCPS** Suministre los datos de todos los hermanos del estudiante que asistan a alguna escuela de las DCPS.

	1 <sup>er</sup> hermano:	2 <sup>do</sup> hermano:	3 <sup>er</sup> hermano:	4 <sup>to</sup> hermano:
Nombre completo:				
Fecha de nacimiento:				

**Certificación de la persona que inscribe al estudiante**

Confirmando que toda la información suministrada anteriormente es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que las DCPS mantendrán esta información de manera confidencial y la usarán únicamente para asuntos internos. Entiendo que suministrar información falsa es castigado por la ley.

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SCHOOL OFFICIAL USE: Attendance Boundary:**  IB  OOB | **Enroll Method:**  Continuing OR New:  IB  F  P  Lottery ID \_\_\_\_\_



# Formulario de verificación de residencia del DC –Año escolar 2020-21.

Use este formulario para verificar que usted es residente del Distrito y, por lo tanto, usted o su hijo/a reúne los requisitos para inscribirse en una escuela pública o una escuela pública chárter del DC. Todos los formularios y la documentación de residencia de respaldo se deben presentar en la escuela en la que se inscriba.

## Paso uno: Elija el método de verificación de residencia que le resulte más conveniente.

En la página dos se brindan detalles de todos los métodos disponibles para verificar su residencia en el DC. Elija UNO luego de completar las secciones 2 y 3 a continuación. Requisitos para inscribirse en una escuela pública o una escuela pública chárter sin pago de matrícula: 1) la persona que se inscribe debe ser el padre/la madre, el estudiante adulto, o el tutor legal, el custodio o cualquier Otro Cuidador Primario con la documentación correspondiente; 2) la persona que realiza la inscripción debe presentar un certificado de presencia física en el Distrito de Columbia; y 3) la persona que realiza la inscripción debe presentar documentación válida y fehaciente para la certificación de residencia como establecen las leyes y normas.

## Paso dos: Información sobre el estudiante y la persona que realiza la inscripción.

Nombre del estudiante:		Apellido del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela para el año escolar 2020-21:					
Persona que realiza la inscripción > Nombre:				Apellido:	
Soy el:		<input type="checkbox"/> padre o madre legal/tutor/custodio del estudiante		<input type="checkbox"/> Otro Cuidador Primario del estudiante y completé el Formulario de OPC	
		<input type="checkbox"/> estudiante adulto		<input type="checkbox"/> padre/madre del menor y completé la declaración jurada	
Dirección de la persona que realiza la inscripción:					
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Residente del DC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico:				Teléfono:	

## Paso tres: Firmar los requisitos para certificación de residencia.

- Certifico que soy el padre/la madre o el tutor legal, el custodio u Otro Cuidador Primario y entrego la documentación de residencia correspondiente y válida, o me he identificado como no residente y son de mi conocimiento el acuerdo y el pago de matrícula necesarios para la inscripción.
- Certifico que he demostrado y mantendré mi presencia física en el Distrito, que se define como "la residencia real en una vivienda con la intención de vivir allí por un período de tiempo prolongado"; y entrego la documentación correspondiente y válida para la verificación de residencia, como se establece en 5-A DCMR § 5004; o, me he identificado como no residente y firmaré el acuerdo de matrícula y realizaré el pago de matrícula correspondiente.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de la información de residencia en el caso de quedar inscripto/a en un programa de ayuda económica financiado por el gobierno (Medicaid, TANF, SNAP) con el único objetivo de verificar la residencia en el Distrito. Al firmar debajo, manifiesto lo siguiente: Otorgo mi autorización a la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE, en inglés) para acceder a mi información identificatoria personal de otro estado o agencias federales, entre las que se incluyen, el Departamento de Servicios Humanos del DC (DHS, en inglés), el Departamento de Vivienda del DC (DCHA, en inglés), y el Departamento de Financiación para el Cuidado de la Salud (DHCF, en inglés). La OSSE protegerá mi información y cumplirá todas las leyes vigentes relacionadas con la protección y el uso de esta información.
- Comprendo que la inscripción del estudiante antes mencionado en las escuelas del Distrito de Columbia, ya sean públicas, escuelas públicas chárter, u otras escuelas que brinden servicios educativos financiados por el Distrito de Columbia se basa en mi declaración de residencia en el DC de buena fe, incluida esta declaración jurada de presencia física y .la documentación de verificación de residencia correspondiente y válida o en la firma de un acuerdo de matrícula o el pago de una matrícula.
- Incluso si la documentación que entrego pareciera satisfactoria, comprendo que la OSSE o las autoridades escolares pueden solicitar más información, con fundamentos válidos, para verificar la residencia del estudiante o el estatus de Otro Cuidador Primario del adulto que inscribe al estudiante.
- Si el Distrito de Columbia, mediante la OSSE, determina que no soy residente o un no residente válido de conformidad con 5-A DCMR § 5007, comprendo que soy responsable por el pago de una matrícula retroactiva a nombre del estudiante, y que el estudiante podría ser apartado de la escuela.
- Comprendo que si proporciono información o documentación falsa podré ser remitido a la Oficina del Inspector General del DC para un proceso penal o a la Oficina del Fiscal General del DC para procedimiento penal de conformidad con la Ley de Reclamaciones Falsas y el Código del DC § 38-312, que establece que cualquier persona que a sabiendas suministre información falsa a un funcionario público en conexión con la verificación de residencia del estudiante estará sujeta al pago de una multa de no más de \$2,000 o a no más de 90 días en prisión, pero no a ambas cosas.
- También comprendo que toda la documentación de respaldo de este formulario será retenida por la escuela y puesta a disposición de la OSSE, auditores externos y otros organismos como la Oficina del Inspector General del DC y la Oficina del Fiscal General del DC, entre otros, mediante solicitud previa.
- Soy consciente de que el Distrito de Columbia puede utilizar cualquier medio legal que tenga a su disposición para verificar mi residencia y doy mi consentimiento para la divulgación de la información de residencia a las autoridades locales correspondientes para su verificación y/o investigación.
- Acepto notificar a la escuela cualquier cambio de residencia por mi parte o del estudiante dentro de los tres días escolares después de dicho cambio.

Persona que realiza la inscripción FIRME AQUÍ: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## Paso cuatro: Presente este formulario completo y la documentación correspondiente en su escuela.

**SOLO PARA USO OFICIAL DE LA ESCUELA** El siguiente método se utilizó para verificar la residencia del Distrito de Columbia. Elija UN método.

Certifico, bajo pena de perjurio, que he revisado personalmente todos los documentos presentados y afirmo que la información representada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender, información y creencia. También afirmo que toda la documentación de respaldo de este formulario será retenida por la escuela y estará disponible para la OSSE, auditores externos y otros organismos como la Oficina del Inspector General del DC y la Oficina del Fiscal General del DC, entre otros, bajo petición.

Nombre de la autoridad escolar (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Método A: Autoridad escolar verificada**

Residencia OSSE verificada (QLIK o ASPEN)

Intermediario para estudiante sin hogar verificado

Tutela del DC

**Método B: Seleccione un documento**

Comprobante de pago

Ayuda económica del Gobierno del DC

Copia certificada del formulario fiscal-D40 del DC

Solicitudes de vivienda militar

Carta de la embajada

**Método B: Seleccione dos documentos**

Registro del vehículo automotor del DC

Licencia de conducir del DC/Identificación de persona que no conduce

Arrendamiento con pago

Factura de servicios públicos con pago

**Método C:** Visita domiciliaria

**No residente**

Persona que realiza la inscripción, elija UNO de los métodos (A-C) para verificar su residencia en el DC.

A	<p><b>Verificación con autoridad escolar.</b> Si usted no tiene vivienda, está bajo la tutela del Distrito y/o está incluido en un programa de beneficios públicos del Distrito, como Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas, su escuela ya debe de tener su información. Consulte con la autoridad escolar o con el intermediario para estudiantes sin hogar de la escuela.</p> <p><b>Verifique a través de la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR, en inglés).</b> Las familias/los estudiantes que se están inscribiendo nuevamente a menudo pueden verificar la residencia mediante el proceso de verificación de residencia de la OTR. La persona que realiza la inscripción debe haber pagado impuestos en el DC durante el año fiscal anterior y tener el número de seguro social del estudiante. El estudiante debe volver a inscribirse en la misma agencia de educación local e inscribirse en los grados K-12. Inicie sesión en el sistema en <a href="https://ossedtax.com">ossedtax.com</a>. En caso de aprobación, su verificación estará disponible para que su escuela la confirme.</p>	
B	<p><b>Verificación mediante presentación de documentación de respaldo.</b> Todos los puntos deben incluir el mismo nombre y dirección de la persona que realiza la inscripción como se completó en el formulario de verificación de residencia del DC y los documentos de inscripción de la escuela.</p> <p><b>Se necesita UN elemento de esta lista para verificar la residencia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un <b>comprobante de pago</b> válido emitido dentro de los 45 días de la revisión de la escuela de este formulario. Solamente debe contener la retención del impuesto del DC sobre la persona física para el año fiscal vigente y ningún otro estado enumerado para la deducción, incluso si el monto es cero. También debe indicar una retención del impuesto del DC sobre la persona física de un monto superior a cero tanto para el año fiscal vigente como para el período de pago vigente.</li> <li>• <b>Documentación oficial vigente de ayuda económica del Gobierno del Distrito de Columbia</b>, expedida a favor de la persona que realiza la inscripción dentro de los últimos 12 meses y vigente al momento en que se presente en la escuela, por parte de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, en inglés), Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP, en inglés), Ingreso Suplementario del Seguro Social, ayuda para la vivienda u otros programas.</li> <li>• <b>Copia certificada del Formulario D40</b> emitida por la Oficina de Impuestos e Ingresos del DC, con comprobante de pago de impuestos del DC correspondientes al año fiscal vigente o más reciente y debe llevar el sello de la Oficina de Impuestos e Ingresos del DC.</li> <li>• <b>Las resoluciones o declaraciones de vivienda militar vigentes en papel con membrete militar</b>, deben constituir correspondencia oficial y mencionar la dirección específica de residencia en el DC.</li> <li>• <b>Carta de la embajada</b> expedida en los últimos 12 meses. Debe incluir un sello oficial de la embajada y la firma del funcionario de la embajada; e indicar que la persona que realiza la inscripción y el estudiante o el estudiante adulto actualmente reside, o residirá, en un inmueble propiedad de la embajada en DC durante el año escolar correspondiente.</li> </ul>	<p><b>Se necesitan DOS elementos de esta lista para verificar la residencia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Permiso de operador de vehículo automotor del DC</b> o identificación oficial de no conductor emitida por el gobierno, ambos deben ser válidos y vigentes.</li> <li>• <b>Registro de vehículo automotor del DC</b> válido y vigente.</li> <li>• <b>Contrato de arrendamiento o alquiler</b> que sea válido y esté vigente <b>con un comprobante de pago del alquiler por separado</b>, como un recibo de pago, un giro postal, o una copia del cheque cobrado. <i>El contrato de arrendamiento</i> debe incluir la fecha de inicio, el monto del alquiler mensual, el nombre del propietario y debe estar firmado por la persona que realiza la inscripción y el propietario. <i>El comprobante de pago por separado</i> debe corresponder a un período de dos meses previos a la revisión de este formulario por parte de la escuela y coincidir con el monto del alquiler mensual especificado en el contrato de arrendamiento.</li> <li>• <b>Una factura de servicios (únicamente se aceptarán facturas de gas, electricidad y de agua) con un recibo de pago por separado que indique el pago de la factura</b>, como un recibo de pago impreso, un giro postal, o una copia del cheque cobrado. <i>La factura de servicios</i> debe corresponder a un período de dos meses anteriores a la revisión de la escuela de este formulario. <i>El comprobante de pago por separado</i> debe corresponder a la factura específica que se haya presentado. Se suelen presentar dos facturas consecutivas en donde la segunda factura indica el pago de la primera. También se aceptan como pruebas de pago un monto acreditado en una factura y una carta de una agencia de gubernamental que subsidia el pago del servicio.</li> </ul>
C	<p><b>Verificación a través de una visita domiciliaria.</b> Si no puede realizar la verificación a través de uno de los métodos anteriores, hable con la autoridad de su escuela para coordinar una visita domiciliaria.</p>	
<p><b>Inscripción como estudiante no residente</b></p>		
<p>Los estudiantes no residentes solo califican para asistir a una escuela pública del Distrito si no hay residentes del DC que cumplan los requisitos en la lista de espera, la LEA (Agencia de Educación Local) acuerda inscribir al estudiante, se firma un acuerdo de matrícula con la Oficina del Superintendente Estatal de Educación, y se realiza un pago inicial de matrícula. Para firmar un acuerdo de matrícula y realizar el pago de la matrícula, envíe un correo electrónico a <a href="mailto:osse.residency@dc.gov">osse.residency@dc.gov</a>. Los no residentes no califican para la inscripción a través del Programa de financiación para la expansión y mejora de preescolar del Distrito.</p>		
<p><b>Personas que califican para inscribir a un estudiante.</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Padre o madre</b> - padre biológico o madre biológica, padrastro o madrastra, padre adoptivo o madre adoptiva que tenga la custodia o el control de un estudiante, incluida la custodia compartida.</li> <li>☑ <b>Tutor</b> - un tutor legal de un estudiante que haya sido designado por un tribunal competente.</li> <li>• <b>Custodio</b> - una persona a quien un tribunal competente le ha otorgado la custodia física de un estudiante.</li> <li>• <b>Otro Cuidador Primario</b> - es una persona que no es el padre/la madre, un custodio o un tutor designado por un tribunal, que es quien se encarga del cuidado o el control y apoyo de un estudiante que vive con él o ella, y a quien su padre/madre, tutor o custodio no puede suministrar tal cuidado o apoyo debido a dificultades familiares graves.</li> <li>• <b>Estudiante adulto</b> - Un estudiante de 18 años o más, que ha sido emancipado del control de sus padres por matrimonio, conforme a la legislación aplicable, o por decisión de un tribunal competente.</li> </ul>		



## Autorizaciones del año académico 2020/2021

Utilice este formulario para informarles a las Escuelas Públicas del D.C. sus preferencias en cuanto a 1) compartir información del estudiante en los medios; 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 divulgan 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](mailto: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: \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE CUPO

## Para el año escolar 2020-21

**Padre/madre/tutor:** Si participó en la lotería de My School DC, complete este formulario para confirmar que su hijo(a) acepta el cupo en una escuela de My School DC y envíelo junto con otros requisitos de inscripción a la escuela en persona.

### Información del estudiante

Debe completar un formulario por cada niño(a) que está inscribiendo que participó en la lotería de My School DC.

**Nombre y apellido:**

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):**

**Escuela actual (2019-20):**

**Grado actual (2019-20):**

**Escuela en la que se inscribe (2020-21):**

**Grado en el que se inscribe (2020-21):**

### Divulgación de los registros académicos

Lea y firme al pie de este formulario para que la escuela en la que se inscribe pueda solicitar los registros de su hijo(a).

Al firmar este formulario, autorizo a la escuela en la que se inscribe a solicitar los registros de la escuela actual para el estudiante mencionado anteriormente. Por la presente, también autorizo a la escuela en la que se inscribe a solicitar registros de cualquier otra escuela anterior a la que el estudiante haya asistido. Entiendo que la escuela en la que se inscribe no transferirá ni comunicará los registros a ninguna otra parte o agencia sin mi consentimiento expreso por escrito, excepto bajo la autoridad de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99).

### Confirmación de la inscripción

Lea y firme al pie de este formulario para confirmar que comprende cada declaración y la inscripción de su hijo(a) para 2020-21.

Entiendo que no puedo mantener la inscripción en más de una escuela para 2020-21 y estoy confirmando mi inscripción en la "Escuela de inscripción" mencionada más arriba.

Entiendo que una vez que se envíe este formulario, renunciaré a mi cupo en mi escuela actual para el próximo año escolar (2020-21) y se le notificará a mi escuela actual que mi cupo puede ser otorgado a otra familia.

Entiendo que, si me inscribo como resultado de recibir una oferta de la lista de espera de esta escuela, me retirarán de las listas de espera de todas las escuelas clasificadas por debajo de esta escuela en mi solicitud de My School DC.

### Información del padre/madre/tutor:

Esta debe ser la misma persona que completa el formulario.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

**Application Tracking #:** \_\_\_\_\_



## Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015

Este aviso es para informarle que tiene derecho a solicitar información relacionada con la acreditación profesional de los maestros de su hijo conforme a la Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015; usted puede pedir la siguiente información en cualquier momento:

- Si un maestro cumple con los criterios de acreditación y autorización laboral del Distrito de Columbia de los grados escolares y las materias que enseña;
- Si un maestro está enseñando bajo una condición de emergencia u otra condición provisional por la cual se prescindió de los criterios de acreditación y autorización laboral del Distrito de Columbia;
- Si un maestro enseña en el área de disciplina indicado en la certificación de éste;
- Si hay auxiliares docentes (asistentes de enseñanza no certificados que ayudan en el salón de clases bajo la supervisión del maestro) que les presten servicios a los estudiantes, y de ser así, la acreditación que estos poseen.

Envíe todas sus solicitudes o pregunta en relación a este aviso a las Escuelas Públicas del D.C. por correo electrónico a [dcps.hrdataandcompliance@dc.gov](mailto:dcps.hrdataandcompliance@dc.gov) o por fax a (202) 535-2483.

## Enmienda de Protección de los Derechos del Alumno

Este aviso les informa a los padres/tutores y estudiantes calificados (menores emancipados o estudiantes de 18 años o más) sobre sus derechos con respecto a la realización de encuestas y exámenes / pruebas físicas y la recolección y uso de datos personales con fines de mercadeo. Estos derechos están estipulados en la Enmienda de Protección de los Derechos del Alumno (PPRA, por sus siglas en inglés) (Art. 1232h, Título 20 del U.S.C.<sup>1</sup> y el Art. 98, Título 34 del CFR<sup>2</sup>) al igual que en este documento. Las DCPS han desarrollado y adoptado políticas con respecto a estos derechos, así como procedimientos para proteger la privacidad del estudiante en la realización de encuestas y la recolección, develación y uso de datos personales con fines de mercadeo, ventas u otro tipo de distribución. El calendario de encuestas de las DCPS que está disponible en <https://dcps.dc.gov/surveys>, les notifica, a principios de cada año escolar y de manera continua, a los padres/tutores y estudiantes calificados sobre las fechas específicas o estimadas de realización de encuestas de datos protegidos y exámenes/pruebas físicas a los estudiantes. Para todos los exámenes/pruebas físicas y todas las encuestas que requieran de una autorización pasiva, las DCPS les suministrarán los formularios a los padres y estudiantes calificados, donde podrán indicar si desean que el estudiante sea excluido de la actividad. Usted tiene los siguientes derechos conforme a la PPRA, como padre/tutor de un estudiante o como estudiante calificado:

- 1. Autorización para la realización de encuestas:** los padres/tutores y estudiantes calificados deben dar su autorización antes de que se les pida a los estudiantes que hagan una encuesta, análisis o evaluación financiada parcial o completamente por algún programa del Departamento de Educación de los E.E.U.U. (USDE, por sus siglas en inglés), concerniente a una o más de las siguientes categorías de datos protegidos:
  - Militancia o convicción política del estudiante o de los padres del estudiante;
  - Problemas mentales o psicológicos del estudiante o de la familia del estudiante;
  - Comportamientos o actitudes de carácter sexual;
  - Comportamiento ilegal, antisocial, auto incriminatorio o degradante;
  - Evaluaciones críticas de otros con quienes el entrevistado tiene relaciones familiares cercanas;
  - Relaciones privilegiadas y legalmente reconocidas, tales como con abogados, médicos o ministros;
  - Prácticas, afiliaciones o creencias religiosas del estudiante o de los padres; e
  - Ingresos que no sean los que exige la ley para determinar el cumplimiento de los criterios para optar a un programa.
- 2. Facultad de no participar:** los padres/tutores y estudiantes calificados siempre tendrán la oportunidad de optar por que un estudiante no participe en lo siguiente:
  - Encuesta de información protegida que no esté financiada por el USDE;
  - Examen o prueba física, invasiva, que no sea de emergencia, exigida como condición de asistencia, dispensado por la escuela o su tutor y que no sea necesario para proteger la salud o seguridad inmediata del estudiante (salvo pruebas de audición, visión y escoliosis y algún examen o alguna prueba física exigida por la ley estatal); y
  - Actividad que implique la recolección, develación o el uso de datos personales de los estudiantes para mercadeo, venta o distribución (esto no aplica para la recolección, develación o el uso de datos personales de los estudiantes con la finalidad exclusiva de desarrollar, evaluar o suministrar productos y servicios educativos para los estudiantes o las instituciones educativas)
- 3. Derecho a inspeccionar:** los padres/tutores y estudiantes calificados pueden inspeccionar, mediante una petición y antes de su realización o uso, lo siguiente:
  - Encuestas de datos protegidos de estudiantes y encuestas creadas por terceros;
  - Instrumentos utilizados para la recolección de datos personales con fines de mercadeo, ventas u otros tipos de distribución; y
  - Material de enseñanza utilizado como parte del plan de estudios.

Los padres/tutores y estudiantes calificados que consideren que sus derechos han sido vulnerados pueden presentar una queja en la dirección a continuación: Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education [Oficina de Cumplimiento de Políticas Familiares del Departamento de Educación de los E.E. U.U.], 400 Maryland Avenue, S.W., Washington, D.C. 20202.

## La Ley del derecho de la familia a la confidencialidad de la información educativa

La Ley del derecho de la familia a la confidencialidad de la información educativa (FERPA, por sus siglas en inglés) les otorga ciertos derechos a los padres/tutores y estudiantes de 18 años o más ("estudiantes calificados") con respecto a los expedientes académicos del estudiante. Este documento tiene como intención notificarle los derechos específicos y relevantes que usted tiene:

- Derecho a inspeccionar y revisar los expedientes académicos del estudiante** en un periodo de 45 días a partir del día en el que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS) reciban una solicitud para acceder a estos. Los padres/tutores y estudiantes calificados deben consignar ante el director de la escuela una solicitud escrita en la que indiquen el(los) expediente(s) que desea(n) inspeccionar. El director de la escuela u otro funcionario de la escuela autorizado hará las gestiones necesarias para dar el acceso y le notificará al padre/tutor o estudiante calificado la hora y el lugar dónde se podrán inspeccionar los expedientes o si los expedientes solicitados no existen.
- Derecho a solicitar la corrección del expediente académico del estudiante** que el padre/tutor o estudiante calificado crea que esté erróneo, confuso o tenga alguna otra cosa que viole los derechos de privacidad del estudiante conforme a la FERPA. Los padres/tutores y estudiantes calificados pueden escribirle al director de la escuela, identificar claramente la parte del expediente donde desean que se haga el cambio y especificar porqué debe realizarse el cambio. Si las DCPS deciden no corregir el expediente conforme lo solicitó el padre/tutor o estudiante calificado, la escuela le notificará al padre/tutor o estudiante calificado acerca de su decisión y le informará sobre su derecho a concertar una audiencia con respecto a la solicitud de corrección. Se les suministrará a los padres/tutores o estudiantes calificados información adicional respecto a los procedimientos de audiencias cuando se les notifique sobre el derecho a concertar una audiencia.
- Derecho a dar una autorización (por escrito) para la revelación de datos de identificación personal** que aparezcan en los expedientes académicos del estudiante, salvo en la medida en la que la FERPA autorice la revelación sin la autorización. Por ejemplo, las DCPS revelan información de expedientes académicos sin autorización a funcionarios de otra escuela o distrito escolar en la/el cual el estudiante aspira o tiene la intención de inscribirse o ya está inscrito, cuando ésta sea solicitada para la inscripción o transferencia del estudiante. Además, la FERPA autoriza la revelación sin autorización a funcionarios escolares con los cuales las DCPS haya decidido tener intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por las DCPS como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluyendo al personal de salud o médico y personal de seguridad); una persona o compañía que ha sido contratada por las DCPS para realizar una tarea especial (como un abogado, auditor, consultor médico o terapeuta); o un padre/tutor, estudiante u otro voluntario que esté al servicio de un comité oficial, como un comité disciplinario o de resolución de conflictos, o que esté asistiendo a otro funcionario escolar a realizar sus tareas. Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si éste tiene que revisar un expediente académico con el fin de cumplir con su responsabilidad profesional.
- Derecho a interponer un reclamo** ante el Departamento de Educación de los E.E.U.U. con respecto a presuntos incumplimientos de las disposiciones de la FERPA por parte de las DCPS. El nombre y la dirección de la oficina que regula la FERPA son los siguientes: Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education [Oficina de Cumplimiento de Políticas Familiares del Departamento de Educación de los E.E. U.U.], 400 Maryland Avenue, S.W., Washington, D.C. 20202.
- Derecho a restringir la información del directorio estudiantil:** las DCPS, a discreción propia, pueden develar información básica del "directorio estudiantil", que generalmente no se considera como un acto nocivo o una invasión a la privacidad, sin la autorización de los padres/tutores o estudiantes calificados, de acuerdo con lo estipulado por la ley del Distrito y la FERPA. Los padres/tutores o estudiantes calificados pueden indicarles a las DCPS que no develen ninguna información parcial o total, al llenar la sección a continuación referente a la transmisión de información del directorio estudiantil.

### OPCIONAL – No transmitir información del directorio estudiantil

Usted puede optar por restringir la información que transmiten las DCPS. Seleccione las categorías a continuación que no quiere que las DCPS develen sin su consentimiento, de haber una:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre del estudiante              | <input type="checkbox"/> Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos | <input type="checkbox"/> Diploma/reconocimientos otorgados    |
| <input type="checkbox"/> Dirección del estudiante           | <input type="checkbox"/> Peso y estatura de los miembros de los equipos deportivos        | <input type="checkbox"/> Fechas de asistencia                 |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico del padre/tutor | <input type="checkbox"/> Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente          | <input type="checkbox"/> Directorio telefónico del estudiante |
| <input type="checkbox"/> Grado escolar                      | <input type="checkbox"/> Fecha y lugar de nacimiento del estudiante                       | <input type="checkbox"/> Nombre de la escuela a la que asiste |





Mediante mi firma, hago constar que:

- Las DCPS no develarán ninguna información de las categorías seleccionadas anteriormente;
- Doy mi autorización para que las DCPS puedan develar cualquier información de las categorías no seleccionadas; y
- Pese a ello, entiendo que las DCPS aún pueden develar esta información si se les exige o si está permitido conforme a la FERPA.

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

All students attending school in DC must present proof of appropriately spaced immunizations by the first day of school. Please complete and return your student’s school health forms including the [Universal Health Certificate](#) and [Oral Health Assessment Form](#).  
**ALL STUDENTS SHOULD RECEIVE AN ANNUAL FLU VACCINE**

My student should receive these vaccine doses upon school enrollment*	
 <p><b>2-3</b> years old</p> <p><b>Preschool to Head Start</b></p>	<p><b>The following vaccines are typically received before the age of 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 doses of Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)</li> <li>3 doses of Polio</li> <li>1 dose Varicella if no history of chickenpox</li> <li>1 dose of Measles/Mumps/Rubella (MMR)</li> <li>3 doses of Hepatitis B</li> <li>2 doses of Hepatitis A</li> <li>3 or 4 doses depending on the brand of Hib (Haemophilus Influenza Type B)</li> <li>4 doses of PCV (Pneumococcal)</li> </ul>
 <p><b>4-6</b> years old</p> <p><b>Kindergarten to 1<sup>st</sup> Grade</b></p>	<p><b>Additional doses needed <u>after</u> receiving the vaccines listed above:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 dose of Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)</li> <li>1 dose of Polio</li> <li>1 dose of Varicella if no history of chickenpox</li> <li>1 dose of Measles/Mumps/Rubella (MMR)</li> </ul>
 <p><b>7-10</b> years old</p> <p><b>2<sup>nd</sup> Grade to 5<sup>th</sup> Grade</b></p>	<p><b>Consult your doctor and make sure your student received <u>all</u> the vaccines listed above!</b></p>
 <p><b>11+</b> years old</p> <p><b>6<sup>th</sup> Grade to High School</b></p>	<p><b>Additional vaccines needed <u>after</u> receiving <u>all</u> vaccine doses listed above:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 dose of Tdap</li> <li>2 doses of Meningococcal (Men ACWY)</li> <li>2 or 3 doses of Human Papillomavirus Vaccine (HPV)</li> </ul>

\*The spacing and number of doses required may vary. Please contact your child’s health care provider. For additional information, contact DC Health’s Immunization Program at (202) 576-7130.

# DC HEALTH Certificado Universal de Salud

Use este formulario para informar sobre la salud física de su hijo a su escuela/centro de cuidado infantil. Esto es requerido por la Sección 38-602 del Código Oficial del Distrito de Columbia. Pida a un profesional médico autorizado que complete las partes 2 a 4. Acceda a los programas de seguro de salud en <https://dchealthlink.com>. Puede comunicarse con el personal de la sala de salud a través de la oficina principal de la escuela de su hijo.

## Parte 1: Información personal del niño | A ser completada por el padre/tutor.

Apellido del niño:		Nombre del niño:			Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o centro de cuidado infantil:				Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ninguno de los dos anteriores		
Dirección residencial:		Apartamento:	Ciudad:	Estado:	CÓDIGO POSTAL:	
Etnia (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Raza: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo / Americano de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no responder						
Nombre del padre/tutor:				Teléfono del padre/tutor:		
Nombre de contacto en caso de emergencia:				Teléfono de contacto en caso de emergencia:		
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/N.º de identificación del seguro:				
¿Ha visto el niño a un dentista/proveedor de servicios odontológicos en el último año?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autorizo al examinador médico/centro de salud que firma para compartir la información médica en este formulario con la escuela, el centro de cuidado infantil, el campamento de mi hijo o la agencia gubernamental del Distrito de Columbia correspondiente. Asimismo, por el presente, reconozco y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes tendrán inmunidad frente a toda responsabilidad civil por actos u omisiones de acuerdo con la Ley 17-107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe completarse y devolverse a la escuela de mi hijo todos los años.						
Firma del padre/tutor: _____				Fecha: _____		

## Parte 2: Child's Health History, Exam and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Weight: <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	Height: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI Percentil:
Vision Screening Left eye: 20/____ Right eye: 20/____	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Wears Glasses <input type="checkbox"/> Referred <input type="checkbox"/> Not tested			
Hearing Screening: (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not tested	<input type="checkbox"/> Uses device	<input type="checkbox"/> Referred		
Does the child have any of the following health concerns? (Check all that apply and provide details below)					
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Sickle Cell			
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Heart failure	<input type="checkbox"/> Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care. Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements Details Provided below			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Language/Speech	<input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Other: _____			
<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Scoliosis				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizures				
Provided details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment form; and if the child was referred please note . _____					

**TB Assessment** | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level of TB?	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:
<input type="checkbox"/> High → complete skin test and/or Quantiferon test	Skin Test Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Positive	
<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Positive, Treated	
	Quantiferon Results <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated	

Additional notes on TB test:

**Lead Exposure Risk Screening** | All lead levels must be reported to the DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS Every child must have 2 elad tests by age 2	1st Test Date:	1st Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Developmental Screening Date:	1st Serum/Finger Stick Lead Level:
	2nd Test Date:	2nd Result : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, DEvelopmental Screening Date:	2nd Serum/Finger Stick Lead Level

HGB/HCT Test Date:	HGB/HCT Result:
--------------------	-----------------

**Parte 3: Immunization Information | To be completed by licensed health care provider.**

<b>Child's Last Name:</b>					<b>Child's First Name:</b>			<b>Date of Birth:</b>		
<b>Immunizations</b>	<b>In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)</b>									
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DtaP)	1	2	3	4	5					
DT (<7 yrs.)/Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5					
Tdap Booster	1									
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4						
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4						
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4						
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2								
Measles	1	2								
Mumps	1	2								
Rubella	1	2								
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)							
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4						
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2								
Meningococcal Vaccine	1	2								
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3							
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7			
Rotavirus (Recommended)	1	2	3							
Other	1	2	3	4	5	6	7			

The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on Schedule: **Next appointment is** \_\_\_\_\_

**Medical Exemption (if applicable)**

I certify that the above child has a valid contraindication (s) to being immunized at the time against

- Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV

**¿Is this medical contraindication permanent or temporary?**     Permanent     Temporal until: \_\_\_\_\_ (date)

Alternative Proof of Immunity (if applicable) I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

- Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV

**Parte 4: Licensed Health Practitioner's Certifications | To be completed by licensed health care provider**

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is in satisfactory health to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one.     No     YEs

Este niño está autorizado para realizar **competitive sports**.     N/C     No     YEs     Yes, pending additional clearance form: \_\_\_\_\_

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

**Licensed Health Care Provider Office Stamp**

<b>Provider Name:</b>		
<b>Provider Phone:</b>		
<b>Provider Signature:</b>	<b>Date:</b>	

**OFFICE USE ONLY | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel**

<b>School Office Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
<b>Health Suite Personnel Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>

**Oral Health Assessment Form**

For all students aged 3 years and older, use this form to report their oral health status to their school/child care facility.

**Instructions**

- Complete Part 1 below. Take this form to the student's dental provider. The dental provider should complete Part 2.
- Return fully completed and signed form to the student's school/child care facility.

**Part 1: Student Information (To be completed by parent/guardian)**

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_

School or Child Care Facility Name \_\_\_\_\_

Date of Birth (MMDDYYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

Home Zip Code

--	--	--	--	--	--

School Grade	Day-care	PreK3	PreK4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Adult Ed.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Part 2: Student's Oral Health Status (To be completed by the dental provider)**

	Yes	No		
Q1 Does the patient have at least one tooth with <b>apparent cavitation</b> (untreated caries)? This does NOT include stained pit or fissure that has no apparent breakdown of enamel structure or non-cavitated demineralized lesions (i.e. white spots).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q2 Does the patient have at least one <b>treated carious tooth</b> ? This includes any tooth with amalgam, composite, temporary restorations, or crowns as a result of dental caries treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q3 Does the patient have at least one permanent molar tooth with a <b>partially or fully retained sealant</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q4 Does the patient have untreated caries or other oral health problems requiring <b>care before his/her routine check-up? (Early care need)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5 Does the patient have <b>pain, abscess, or swelling? (Urgent care need)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q6 How many <b>primary teeth</b> in the patient's mouth are affected by caries that are either <b>untreated or treated with fillings/crowns</b> ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q7 How many <b>permanent teeth</b> in the patient's mouth are affected by caries that are either <b>untreated, treated with fillings/crowns, or extracted due to caries</b> ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q8 What type of dental insurance does the patient have?	Medicaid	Private Insurance	Other	None
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dental Provider Name _____	Dental Office Stamp
Dental Provider Signature _____	
Dental Examination Date _____	

This form replaces the previous version of the DC Oral Health Assessment Form used for entry into DC Schools, all Head Start programs, and child care centers. This form is approved by the DC Health and is a confidential document. Confidentiality is adherent to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) for the health providers and the Family Education Right and Privacy Act (FERPA) for the DC Schools and other providers.