



¡Bienvenidos al año escolar 2025-2026 de las Escuelas Públicas de Distrito de Columbia! Llene este paquete de inscripción para el próximo año escolar 2025-2026. A continuación se incluyen instrucciones paso a paso. Puede encontrar todos los documentos en línea en <https://enrolldcps.dc.gov/>. Las traducciones están disponibles en amárico, chino, francés, español y vietnamita. Las DCPS se comprometen a proteger el derecho de todos los estudiantes a asistir a la escuela pública, independientemente de su estatus migratorio u origen nacional. En consecuencia, las DCPS permiten que todos los residentes elegibles del Distrito de Columbia asistan a sus escuelas sin preguntar sobre el estado migratorio de un estudiante o familia.

En las DCPS, nuestra misión es asegurarnos de que cada una de nuestras escuelas brinde una educación de clase mundial que prepare a TODOS nuestros estudiantes, independientemente de su origen o circunstancia, para el éxito en la universidad, la carrera profesional y la vida. Es un honor y un privilegio servir a todos los estudiantes, y esperamos otro maravilloso año escolar.

### Paso 1. Llene los formularios de este paquete.

- A. Formulario de inscripción
- B. Formulario de Verificación de Residencia
- C. Formulario de Tecnología
- D. Consentimientos
- E. Notificaciones de Derechos de Estudiantes y Padres/Tutores
- F. Certificado Universal de Salud del Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health)
- G. Formulario de Evaluación de Salud Bucal de Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health)

Los formularios adicionales se encuentran en <https://enrolldcps.dc.gov/>.

### Paso 2. Reúna sus documentos de respaldo. Es posible que se requieran documentos de respaldo para inscribir a su hijo(a):

#### Nuevo en las DCPS (nunca antes asistió a una escuela de las DCPS)

- A. Una prueba de edad - los ejemplos incluyen un certificado de nacimiento, registros hospitalarios, registros escolares anteriores, pasaporte o certificado de bautismo
- B. Comprobante de residencia – consulte el *Formulario de Verificación de Residencia* para obtener una lista completa de los documentos aceptables y los métodos de verificación
- C. Encuesta sobre el idioma del hogar - consulte el *Formulario de inscripción* para esta encuesta

#### Regresar a una escuela de las DCPS

- Comprobante de residencia - consulte el *Formulario de verificación de residencia* para obtener una lista completa de los documentos aceptables y los métodos de verificación

### Paso 3. Envíe el paquete y cualquier documento de respaldo al equipo de inscripción escolar de su hijo(a).

### Paso 4. Marque su calendario para llenar la Solicitud de Comidas Gratis y a Precio Reducido (FARM).

La solicitud de FARM para determinar la elegibilidad del hogar para el almuerzo gratuito estará disponible el 1 de julio para el próximo año escolar. La lista de las escuelas de este año que tienen almuerzo pagado, así como la solicitud, están disponibles en <https://dcps.dc.gov/farm> o en la oficina principal de su escuela. Las familias **deben** volver a presentar esta solicitud anualmente.

Tenga en cuenta que las DCPS están obligados por ley a verificar anualmente la residencia en el Distrito de cada familia que desee inscribirse en las DCPS. Las DCPS llevan a cabo la verificación de residencia al momento de la inscripción (la residencia debe verificarse dentro **de los diez días calendario** a partir de la fecha en que el estudiante busca inscribirse por primera vez). Si no puede verificar la residencia del Distrito de acuerdo con los requisitos del Distrito o no acepta pagar la inscripción de no residente, su hijo(a) tendrá el riesgo de ser excluido de las DCPS. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de inscripción de las DCPS al correo electrónico [enroll@k12.dc.gov](mailto:enroll@k12.dc.gov).

Hay tres métodos de admisión para la inscripción en las DCPS: por derecho, por la Lotería de My School DC y por Colocación Formal. Todos los estudiantes en edad obligatoria que viven en Washington, DC, tienen al menos una escuela de las DCPS con derecho a asistir o "dentro de la zona escolar" por banda de grado, una escuela en la que pueden inscribirse en cualquier momento. Identifique su escuela dentro de la zona escolar correspondiente al <https://enrolldcps.dc.gov/node/41>. Para obtener información adicional relacionada con los métodos de admisión, consulte el Manual de inscripción y lotería de las DCPS: <https://enrolldcps.dc.gov/node/66>.

**Aviso de no discriminación:** De acuerdo con las leyes estatales y federales, las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia no discriminan por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado familiar, responsabilidades familiares, inscripción, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingresos, condición de víctima de un delito interfamiliar, o lugar de residencia o negocio. Para ver el texto completo e información adicional, visite <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.



## Formulario de inscripción de año escolar 2025/2026

Use este formulario para inscribir a cada uno de sus hijos nuevos a la escuela o que regresan en una escuela de las DCPS. Envíe este formulario a la escuela a la que asistirá su hijo(a) para el año escolar 2025/2026. Todas las preguntas a continuación deben ser respondidas. Tenga en cuenta que la residencia en el Distrito de Columbia debe verificarse dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que envíe este formulario.

Estudiante de las DCPS					
Primer nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:	
País de nacimiento:		ID del/de la estudiante:		Género: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> No binario	
Dirección:			Apt:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Año escolar 2024/2025 - Escuela o Programa de Primera Infancia:				Ciudad/Estado:	
Escuela del año escolar 2025/2026:			Correo electrónico del/de la estudiante		
Nivel de grado para el año escolar 2025/2026: <i>marque solo uno</i>		<input type="checkbox"/> Pre-K3 <input type="checkbox"/> Pre-K4 <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> Educación de adultos			
Estado de la vivienda: <i>marque solo una</i>		<input type="checkbox"/> Permanente (propio, alquiler) <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Sin hogar			
¿Se aplica lo siguiente al/a la estudiante?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N En o a la espera de un hogar de acogida <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Jóvenes no acompañados (no en vivienda permanente)			
Designación étnica: <i>marque solo una</i>		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino			
Raza: <i>marque todo lo que corresponda</i>		<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca			
¿El/la estudiante tiene lo siguiente?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicación requerida <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Restricciones dietéticas			
Selecione sí o no para cada uno. La escuela puede hacer un seguimiento.		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Plan 504 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N IEP para servicios de educación especial			
Padre/Tutor/Cuidador	Contacto uno				
	Primer nombre:		Apellido:		Relación con el/la estudiante:
	Correo electrónico:		Teléfono:		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo
	<input type="checkbox"/> Igual que el/la estudiante Dirección:		Teléfono:		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo
	Apt:	Ciudad/Estado:	Código postal:	<input type="checkbox"/> Deseo recibir comunicaciones por mensaje de texto/correo electrónico de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> Me gustaría que se me otorgara acceso al Portal para Padres en Aspen	
	Contacto dos				
Primer nombre:		Apellido:		Relación con el/la estudiante:	
Correo electrónico:		Teléfono:		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo	
<input type="checkbox"/> Igual que el/la estudiante Dirección:		Teléfono:		<input type="checkbox"/> Movil <input type="checkbox"/> Fijo	
Apt:	Ciudad/Estado:	Código postal:	<input type="checkbox"/> Deseo recibir comunicaciones por mensaje de texto/correo electrónico de mi hijo/a. <input type="checkbox"/> Me gustaría que se me otorgara acceso al Portal para Padres en Aspen		
<b>Encuesta sobre el idioma del hogar</b> <i>Solo llene si esta es su inscripción inicial de las DCPS.</i> <i>Si su respuesta a cualquiera de las preguntas a continuación es un idioma que no sea el inglés, su hijo/a será evaluado/a para los Servicios del Idioma Inglés. Si tiene preguntas, llame a la División de Adquisición de Idiomas al 202-671-0750. Más información sobre el apoyo: <a href="https://dcps.dc.gov/service/supports-english-learners-els">dcps.dc.gov/service/supports-english-learners-els</a></i>					
¿Cuál es el idioma principal que se usa en casa? _____ (idioma)					
¿Cuál es el idioma más utilizado por el/ la estudiante? _____ (idioma)					
¿Qué idioma o idiomas usó primero el estudiante? _____ (idioma)					
¿En qué idioma le gustaría recibir información de la escuela? <i>Si se selecciona "otro", la correspondencia escrita se enviará en Inglés. Se proporcionará interpretación oral en cualquier idioma cuando se solicite.</i>					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other: _____					
<b>Contactos de emergencia</b> <i>Si no se puede contactar a los padres o tutores del/de la estudiante, se contactará a la(s) persona(s) a continuación en caso de emergencia. Los padres, tutores y aquellos que figuran como contactos de emergencia pueden recoger al estudiante de la escuela.</i>					
Nombre completo:		Relación con el estudiante:		Teléfono:	
Nombre completo:		Relación con el estudiante:		Teléfono:	
<b>Hermanos del/ de la estudiante en las DCPS</b> - <i>proporcione información sobre todos los hermanos/as del/de la estudiante que asisten a cualquier escuela de las DCPS.</i>					

	Hermano/a 1	Hermano/a 2	Hermano/a 3	Hermano/a 4
Nombre completo:				
Fecha de nacimiento:				

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

Confirmando que toda la información proporcionada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las DCPS mantendrá esta información confidencial y la usará solo para asuntos comerciales de las DCPS. Entiendo que proporcionar información falsa está penado por la ley. Entiendo que no puedo mantener la inscripción en más de una escuela para el año escolar 2025-2026, y estoy confirmando mi inscripción para el año escolar 2025-2026 en la escuela mencionada anteriormente. Entiendo que si me inscribo debido a que recibo una oferta de lista de espera de esta escuela, seré eliminado de las listas de espera de todas las escuelas clasificadas por debajo de esta escuela en mi solicitud de My School DC.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**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 2025-2026

Use este formulario para verificar que usted es habitante del Distrito y, por lo tanto, usted o su hijo(a) es elegible 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 del DC sin pago de matrícula: 1) la persona que realiza la inscripción debe ser el padre/la madre, el estudiante adulto, o el tutor legal, el custodio o cualquier Otro Cuidador Primario (OPC) 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: Brinde información sobre el estudiante y la persona que realiza la inscripción.

Nombre del estudiante:		Apellido del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela en el año escolar 2025-2026:					
Persona que realiza la inscripción (consulte la página 2) > Nombre:				Apellido:	
Soy el: <input type="checkbox"/> padre/madre/tutor/custodio legal 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 menor de edad y completé la declaración jurada <input type="checkbox"/> tutor legal que firma en nombre del estudiante adulto					
Dirección de la persona que realiza la inscripción:					Dto. n.º:
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Habitante del DC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico:				Teléfono:	

## Paso tres: Firmar la Certificación de requisitos de residencia.

- Certifico que soy el estudiante adulto o el padre, madre, tutor, custodio u otro cuidador primario (OPC) legal del estudiante y presento la documentación de residencia válida y adecuada correspondiente o que me he identificado como no habitante y entiendo el acuerdo de matrícula y el pago de la 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 periodo de tiempo prolongado"; entrego la documentación correspondiente y válida para la verificación de residencia, como se establece en la sección 5004 del título 5A de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia (DCMR); o me he identificado como no habitante y firmaré el acuerdo de matrícula y realizaré el pago de matrícula correspondiente.
- Doy mi consentimiento para que se revele si se ha determinado que cumplo con los requisitos de residencia para algún programa de asistencia financiera financiado por el gobierno (como Medicaid, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP]) en el que estoy inscrito con el único propósito de verificar la residencia en el Distrito para inscribirme en una escuela pública o chárter del DC. Al firmar debajo, manifiesto lo siguiente: Autorizo a la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE) a obtener mi información de identificación personal sobre la condición de residencia en el DC de otras agencias estatales o federales, incluidas, entre otras, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) del DC, la Autoridad de Vivienda del Distrito de Columbia (DCHA) y el Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF). 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 mi entrega de 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 la condición de OPC del adulto que inscribe al estudiante.
- Si el Distrito de Columbia, mediante la OSSE, determina que no soy un habitante o un no habitante autorizado de conformidad con sección 5007 del título 5A de las DCMR, 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 aporto información o documentación falsa, pueden remitirme a la Oficina del Inspector General del DC para que se me procese penalmente o a la Oficina del Fiscal General del DC para que se me procese en virtud la Ley de Afirmaciones Falsas y la sección 38-312 del Código del DC, que establece que cualquier persona que a sabiendas aporta información falsa a un oficial público en conexión con la verificación de una residencia de estudiante quedará sujeta al pago de una multa de no más de \$2,000 o a prisión por no más de 90 días, pero no ambas cosas juntas.
- Entiendo que este formulario y toda su documentación de respaldo, incluidos todos los demás formularios de la OSSE utilizados para verificar la residencia, serán retenidos por la escuela. Doy mi consentimiento para su divulgación ante la OSSE, auditores externos y otras agencias del Distrito, incluidas, entre otras, la Oficina del Inspector General del DC y la Oficina del Fiscal General del DC, previa solicitud, con el propósito de garantizar la exactitud de mi residencia en el Distrito.
- Comprendo que el Distrito de Columbia puede usar cualquier medio legal que tenga a su disposición para verificar mi residencia.
- Para verificar la residencia para asistir a las escuelas del Distrito de Columbia, autorizo a la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR) a revisar y confirmar mis declaraciones de impuestos del Distrito durante un periodo de 3 años tributarios y a proporcionar los resultados de esa revisión a la Oficina de Inscripción y Residencia de la OSSE.
- **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 y completar un Formulario de verificación de residencia del DC.**

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

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

**SOLO PARA USO DE LA AUTORIDAD ESCOLAR** El siguiente método se utilizó para verificar la residencia en el 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. También afirmo que la escuela conservará toda la documentación de respaldo de este formulario y estará disponible para la OSSE, auditores externos y otras agencias, incluidas, entre otras, la Oficina del Inspector General del DC y la Oficina del Fiscal General del DC, previa solicitud.

Nombre de la autoridad escolar (en imprenta): _____		Firma: _____		Fecha: _____	
<b>Método A: Autoridad escolar verificada</b>		<b>Método B: Seleccione un documento</b>		<b>Método B: Seleccione dos documentos</b>	
<input type="checkbox"/> Residencia verificada por la OSSE (subsidio de QLIK, ASPEN o CBO) <input type="checkbox"/> Intermediario para estudiante sin hogar verificado <input type="checkbox"/> Tutela del DC <input type="checkbox"/> Programa de Confidencialidad de Direcciones (ACP)		<input type="checkbox"/> Recibo de sueldo <input type="checkbox"/> Ayuda económica del Gobierno del DC <input type="checkbox"/> Copia certificada del formulario fiscal-D40 del DC <input type="checkbox"/> Solicitudes de vivienda militar <input type="checkbox"/> Carta de la embajada		<input type="checkbox"/> Registro del vehículo automotor del DC <input type="checkbox"/> Licencia de conducir del DC/ Identificación de no conductor <input type="checkbox"/> Arrendamiento con pago <input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos con pago	
				<input type="checkbox"/> <b>Método C: Visita domiciliaria</b> <input type="checkbox"/> <b>No habitante</b>	

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

**Verificación con autoridad escolar.** Si usted no tiene vivienda, está bajo la tutela del Distrito o es participante de un programa de beneficios públicos del Distrito, como Medicaid, SNAP o TANF, su escuela ya debe de tener su información. Consulte con la autoridad escolar o con el intermediario para estudiantes sin hogar de la escuela.

**A**

**Verificación a través de la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR).** Las familias/los estudiantes que se están inscribiendo nuevamente a menudo pueden verificar la residencia mediante el proceso de verificación de residencia de la Oficina de Impuestos e Ingresos (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 a 12. Inicie sesión en el sistema en [ossedctax.com](https://ossedctax.com). En caso de aprobación, su verificación estará disponible para que su escuela la confirme.

**Verificación mediante presentación de documentación de respaldo.** Todos los puntos deben incluir el mismo nombre y dirección de la persona que realiza la inscripción, tal como se completó en el Formulario de verificación de residencia del DC, y los documentos de inscripción de la escuela.

**Se necesita UN elemento de esta lista.**

- Un **recibo de sueldo** válido emitido dentro de los 45 días posteriores a 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 periodo de pago vigente.
- **Documentación oficial vigente de ayuda económica del Gobierno del Distrito de Columbia**, 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 para Familias Necesitadas (TANF), Medicaid, Ingreso Suplementario del Seguro Social, ayuda para la vivienda u otros programas.
- **Copia certificada del Formulario D40** emitida por la Oficina de Impuestos e Ingresos del DC (OTR), con comprobante de pago de impuestos del DC correspondientes al año fiscal vigente o más reciente y debe llevar el sello de la OTR.
- **Solicitudes de vivienda militar o declaración con membrete militar**, emitidas en los últimos 12 meses y vigentes en el momento en que se presentaron a la escuela. La solicitud de vivienda debe ser una correspondencia oficial y citar la dirección de residencia específica en el DC. La solicitud debe indicar que la persona que realiza la inscripción reside actualmente y no tiene la intención de residir.
- **Carta de la embajada** 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 actualmente reside, o residirá, en un inmueble propiedad de la embajada en el DC durante el año escolar correspondiente.

**Se necesitan DOS elementos diferentes de esta lista.**

- **Permiso de operador de vehículo automotor del DC** o identificación oficial de no conductor emitida por el gobierno, ambos deben ser válidos y vigentes.
- **Registro de vehículo automotor del DC** válido y vigente. No se aceptan inscripciones temporales.
- **Contrato de arrendamiento o alquiler (incluido el arrendamiento militar)** que sea válido y esté vigente **con un comprobante de pago del alquiler por separado**, como un recibo de pago, un giro postal o una copia del cheque cobrado.  
El *contrato de arrendamiento* debe incluir la fecha de inicio, el monto del alquiler mensual, el nombre del arrendador y debe estar firmado por la persona que realiza la inscripción y el arrendador.  
El *comprobante de pago por separado* debe corresponder a un periodo 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.
- **Una factura de servicios públicos (únicamente se aceptarán facturas de gas, electricidad y agua) con un recibo de pago por separado que indique el pago de la factura**, como un recibo de pago impreso, un giro postal o una copia del cheque cobrado.  
La *factura de servicios públicos* debe corresponder a un periodo de dos meses anteriores a la revisión de la escuela de este formulario.  
El *comprobante de pago por separado* 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 público. Todos los pagos deben confirmarse y no programarse para una fecha futura.

**C**

**Verificación a través de una visita domiciliaria.** 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. La visita debe realizarse dentro de la residencia y demostrar que la persona que realiza la inscripción y el estudiante residen en la casa.

**Inscripción como estudiante no habitante**

Los estudiantes no habitantes solo califican para asistir a una escuela pública del Distrito si no hay habitantes 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 [osse.residency@dc.gov](mailto:osse.residency@dc.gov). Los no habitantes no califican para la inscripción a través del Programa de financiación para la expansión y mejora de pre-K del Distrito.

**Personas que califican para inscribir a un estudiante.**

- **Padre o madre:** padre o madre biológicos, pareja de hecho, padre o madre adoptivos que tenga la custodia o el control de un estudiante, incluida la custodia compartida.
- **Tutor:** un tutor legal de un estudiante que haya sido designado por un tribunal competente.
- **Custodio:** una persona a quien un tribunal competente le ha otorgado la custodia física de un estudiante.
- **Otro Cuidador Primario:** una persona que no es el padre/la madre, un custodio o un tutor designado por un tribunal, y es quien se encarga principalmente de brindar cuidado o control y sustento a un estudiante que vive con él o ella, y a quien su padre/madre, tutor o custodio no puede suministrar tal cuidado y sustento debido a dificultades familiares graves.
- **Estudiante adulto:** 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.



**Estudiante de las DCPS**

<b>Primer nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-----------------------	------------------	-----------------------------

**Escuela del año escolar 2025-2026:**

*Encuesta de Acceso a la Tecnología: Las DCPS se esfuerzan por entender las necesidades tecnológicas de todas nuestras familias.*

**¿Su hijo(a) tiene acceso a una conexión a Internet confiable en casa?**

Sí

No

**¿Su hijo(a) tiene acceso a una computadora portátil / tableta en casa? Marque solo uno.**

Mi hijo(a) tiene acceso a una computadora portátil/tableta proporcionada por las DCPS

Mi hijo(a) tiene acceso a una computadora portátil/tableta personal o que no sea de las DCPS

Mi hijo(a) no tiene computadora portátil/tableta en casa

**Reconocimiento de la política de uso aceptable de la tecnología**

Las DCPS proporcionan a los estudiantes y al personal acceso a Internet, datos y sistemas de red (red de las DCPS). Las DCPS también proporcionan a los estudiantes acceso a computadoras, tabletas y/u otros dispositivos tecnológicos como impresoras (dispositivos o tecnología de las DCPS). La red y la tecnología de las DCPS se proporcionan a los estudiantes con fines educativos, de investigación y de desarrollo profesional. El uso de la Red de las DCPS y la Tecnología de las DCPS se rige por la Política de Uso Aceptable de la Tecnología y la Red para Estudiantes y Personal de las DCPS, disponible aquí: <https://dcps.tech/aup>. El no usar los dispositivos, la tecnología o la red de las DCPS de acuerdo con la Política de Uso Aceptable de Tecnología y la Red del Estudiante y el Personal puede resultar en una acción disciplinaria. Al marcar la casilla a continuación, usted reconoce que ha leído y entiende la Política de uso Aceptable de la Tecnología y acepta todos los términos y condiciones descritos en la política.

Al marcar esta casilla, confirmo que he leído, entendido y acepto los términos y condiciones descritos en la Política de Uso Aceptable de Tecnología de las DCPS. También confirmo que quiero que mi hijo(a) reciba acceso a los dispositivos, la tecnología y la Red de las DCPS. Reconozco que estos artículos son propiedad de las DCPS, se prestan a mi hijo(a) solo con fines educativos y académicos, y deben devolverse si se solicita. Si no devuelvo los dispositivos, es posible que se me cobre una tarifa.





## Consentimientos para el año escolar 2025/2026

Use este formulario para informar a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia sus preferencias sobre 1) Las DCPS usando la imagen, la voz y el trabajo escolar de su hijo(a) y 2) divulgando la información de su hijo(a) a los reclutadores militares y 3) optando por enviar recordatorios de asistencia a los teléfonos celulares de los estudiantes.

### Estudiante de las DCPS

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

### OPCIONAL – Consentimiento y Liberación de los Medios

Al firmar a continuación, por la presente otorgo al Distrito de Columbia, incluido las DCPS, y a sus empleados y agentes, contratistas, sucesores y cesionarios el derecho a: (1) grabar la imagen y la voz de mi hijo(a); (2) editar dichas grabaciones a su discreción; y (3) usar dichas grabaciones, junto con las obras de arte y el trabajo escrito de mi hijo(a) en cinta de video, en fotografías, en medios digitales y en cualquier otra forma de medios electrónicos o impresos (dichas fotografías, medios digitales y otros medios electrónicos o impresos que contengan la imagen, voz, obra de arte o trabajo escrito de mi estudiante se denominan colectivamente "Medios"). Entiendo que esta divulgación no otorga a las DCPS o al Distrito de Columbia el derecho de divulgar cualquier información biográfica u otra información de identificación con respecto a mi hijo(a) y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con mi escuela.

Por la presente, libero a las DCPS y al Distrito de Columbia, a sus sucesores y a sus cesionarios y a cualquier persona que utilice legalmente cualquier Medio de conformidad con esta exención de todas y cada una de las reclamaciones, daños, responsabilidades, costos y gastos que yo o mi hijo(a) tengamos ahora o podamos tener en el futuro por razón de cualquier uso de estos. Entiendo que las disposiciones de este comunicado son legalmente vinculantes. Este consentimiento es válido a perpetuidad para cualquier medio creado hasta el final del año escolar y puede ser revocado por mí en cualquier momento.

Doy mi consentimiento.                       No doy mi consentimiento.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

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

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

### OPCIONAL – Divulgación de Información a Reclutadores Militares (6º a 12º Grado)

Las leyes federales requieren que las DCPS proporcionen a los reclutadores militares, previa solicitud, el nombre, la dirección y el número de teléfono ("información") de todos los estudiantes de 6º a 12º grado, a menos que el padre/tutor legal de un estudiante (o el estudiante si es un adulto) haya optado por no participar en dicha divulgación firmando a continuación. Este consentimiento es válido durante el tiempo que su hijo(a) esté inscrito() en un a escuela de las DCPS y puede ser revocado en cualquier momento.

Solicito que las DCPS no divulguen la información de mi hijo (a)(si el estudiante es un adulto) a los reclutadores militares.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

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

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

### OPCIONAL – Recordatorio de mensajes de texto a los teléfonos celulares de los estudiantes (6º a 12º grado)

Yo, el abajo firmante, entiendo que proporcionar el número de teléfono celular de mi hijo(a) es opcional y se utilizará exclusivamente para enviar mensajes de texto relacionados con la asistencia a mi hijo(a), que está en el 6º - 12º grado. Doy mi consentimiento para el almacenamiento seguro de esta información y entiendo que no se divulgará como información de "Directorio". También reconozco que mi hijo(a) o yo tenemos el derecho de optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento mediante el uso de la disposición de exclusión incluida en cada mensaje de texto.

Nombre del(de la) estudiante y número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

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

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

### OPCIONAL – Exclusión voluntaria de la encuesta Panorama (3º a 12º grado)

En otoño y primavera, las DCPS administran la Encuesta Panorama de Estudiantes en todo el distrito del **3º grado en adelante** para ayudar a las DCPS y a los administradores escolares a entender cómo los estudiantes perciben su experiencia escolar. La encuesta es voluntaria y confidencial. Los maestros pueden ver los puntajes promedio de su hijo(a) en diferentes temas en la encuesta, pero no pueden ver las respuestas de los estudiantes a preguntas individuales. Los nombres de los estudiantes nunca se utilizarán en los informes sobre la encuesta. La encuesta pregunta a los estudiantes de 6º grado en adelante acerca de su género e identidad sexual. Estas preguntas ayudan al distrito a promover el trato equitativo para todos los estudiantes de acuerdo con nuestra Guía de Políticas Transgénero y No Conformes con el Género. Los estudiantes pueden omitir estas o cualquier otra pregunta.

Si desea excluir a su hijo(a) de las encuestas de todo el distrito, llene este formulario: [Opción de exclusión de la encuesta Panorama estudiantil del año escolar 2025-2026](#). El formulario, las preguntas de la encuesta y los resultados anteriores están disponibles en [dcps.dc.gov/surveys](https://dcps.dc.gov/surveys).



## Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015

Este aviso es para informarle que si usted es el padre o madre de un(a) estudiante que asiste a una escuela de Título I, tiene derecho a solicitar información sobre las calificaciones profesionales de los maestros de su hijo(a) bajo la Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015.

En cualquier momento, puede solicitar la siguiente información:

- Si un maestro ha cumplido con los criterios de calificación y licencia del Distrito de Columbia para los niveles de grado y las materias en las que el maestro imparte instrucción;
- Si un maestro está enseñando bajo una emergencia u otro estado provisional a través del cual se ha renunciado a los criterios de calificación o licencia del Distrito de Columbia;
- Si un maestro está enseñando en el campo de la disciplina de la certificación del maestro;
- Si un(a) estudiante está recibiendo servicios de auxiliares docentes (asistentes de instrucción no certificados que ayudan en el salón de clases bajo la supervisión del maestro) y, de ser así, las calificaciones de los auxiliares docentes.

Una lista actualizada de las escuelas de Título I de las DCPS se puede encontrar en <https://dcps.dc.gov/publication/list-title-i-and-non-title-i-schools>. Envíe todas las solicitudes y cualquier otra pregunta que pueda tener relacionada con este aviso a las DCPS por correo electrónico a: [dcps.hrdataandcompliance@k12.dc.gov](mailto:dcps.hrdataandcompliance@k12.dc.gov) o por fax al teléfono (202) 535-2483.

## Enmienda sobre la protección de los derechos de los alumnos

Este aviso informa a los padres/tutores y a los estudiantes elegibles (menores emancipados o estudiantes mayores de 18 años) de sus derechos con respecto a la administración de encuestas y exámenes/evaluaciones físicas y la recopilación y el uso de información personal con fines de mercadotecnia. Estos derechos se establecen en la Enmienda de Protección de los Derechos de los Alumnos (20 U.S.C. § 1232h; 34 CFR Parte 98) ("PPRA" – por sus siglas en inglés) y también se proporcionan en este documento. Las DCPS han desarrollado y adoptado políticas con respecto a estos derechos, así como procedimientos para proteger la privacidad de los estudiantes en la administración de encuestas y la recopilación, divulgación y uso de información personal con fines de mercadotecnia, ventas u otros fines de distribución. Las DCPS notifican a los padres/tutores afectados y a los estudiantes elegibles con anticipación sobre cualquier encuesta de información protegida (definida a continuación) y exámenes/evaluaciones físicas administrados a los estudiantes. Para todos los exámenes/evaluaciones físicas y todas las encuestas que requieren consentimiento pasivo, las DCPS proporcionan a los padres y a los estudiantes elegibles avisos que contienen información sobre el examen/evaluación o encuesta y que indican que pueden optar por que un(a) estudiante no participe en la actividad. Como padre/tutor de un(a) estudiante o como estudiante elegible, usted tiene los siguientes derechos bajo la PPRA:

1. **Consentimiento para las encuestas.** Según la PPRA, los padres/tutores y los estudiantes elegibles deben proporcionar un consentimiento activo antes de que se les exija a los estudiantes que se sometan a una encuesta, análisis o evaluación que esté financiada en su totalidad o en parte por un programa del Departamento de Educación de los Estados Unidos (USDE, por sus siglas en inglés) y se refiera a una o más de las siguientes categorías de información protegida:
  - Afiliaciones políticas o creencias del/de la estudiante o de los padres del/de la estudiante;
  - Problemas mentales o psicológicos del/de la estudiante o de su familia;
  - Comportamiento o actitudes sexuales;
  - Comportamiento ilegal, antisocial, auto incriminatorio o degradante;
  - Evaluaciones críticas de otras personas con las que los encuestados tienen relaciones familiares cercanas;
  - Relaciones privilegiadas legalmente reconocidas, como con abogados, médicos o ministros;
  - Prácticas religiosas, afiliaciones o creencias del /de la estudiante o de los padres del/de la estudiante; e
  - Ingresos, que no sean los requeridos por la ley para determinar la elegibilidad del programa.

Aunque no es obligatorio según la PPRA, las DCPS requieren el consentimiento activo para *cualquier* encuesta, independientemente de la fuente de financiamiento, con una o más preguntas relacionadas con las categorías anteriores.

2. **Posibilidad de optar de no participar.** Los padres/tutores y los estudiantes elegibles siempre tendrán la oportunidad de optar por un estudiante de lo siguiente:
  - Cualquier encuesta que no haga preguntas relacionadas con las categorías protegidas;
  - Cualquier grupo de discusión o entrevista estudiantil realizada por una parte externa que realice investigaciones en nombre de DCPS;
  - Cualquier examen físico o evaluación invasiva que no sea de emergencia requerido como condición de asistencia administrado por la escuela o su agente y que no sea necesario para proteger la salud y seguridad inmediatas de un(a) estudiante (excepto las pruebas de audición, visión y escoliosis y cualquier examen físico/evaluación requerido por la ley estatal); y
  - Cualquier actividad que implique la recopilación, divulgación o uso de información personal recopilada de los estudiantes para mercadotecnia, venta o distribución (esto no se aplica a la recopilación, divulgación o uso de información



personal recopilada de los estudiantes con el *propósito exclusivo* de desarrollar, evaluar o proporcionar productos o servicios educativos para, o para, estudiantes o instituciones educativas).

3. **Derecho a inspeccionar.** Los padres/tutores y los estudiantes elegibles, previa solicitud y antes de su administración o uso, pueden inspeccionar:
- Todas las encuestas de los estudiantes, independientemente de si hacen preguntas relacionadas con categorías protegidas, su fuente de financiamiento y si fueron creadas por las DCPS o por una parte externa;
  - Instrumentos utilizados para recopilar información personal con fines de mercadotecnia, ventas u otros fines de distribución; y
  - Material didáctico utilizado como parte del plan de estudios.

Los padres/tutores y los estudiantes elegibles que crean que sus derechos han sido violados pueden presentar una queja en la siguiente dirección: Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., Washington, DC 20202.

## La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) otorga a los padres/tutores y a los estudiantes mayores de 18 años ("estudiantes elegibles") ciertos derechos con respecto a los registros educativos de un(a) estudiante. Este documento está destinado a notificarle sobre derechos importantes específicos que tiene:

1. **El derecho de inspeccionar y revisar los registros educativos del estudiante** dentro de los 45 días posteriores al día en que las DCPS reciben una solicitud de acceso. Los padres/tutores o estudiantes elegibles deben presentar al director de la escuela una solicitud por escrito que identifique los registros que desean inspeccionar. El director de la escuela u otro funcionario escolar apropiado hará los arreglos para el acceso y notificará al padre/tutor o estudiante elegible de la hora y el lugar donde se pueden inspeccionar los registros o si los registros solicitados no existen.
2. **El derecho a solicitar la enmienda de los registros educativos del/de la estudiante** que el padre/tutor o el/la estudiante elegible crea que son inexactos, engañosos o que violan los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA. Los padres/tutores o estudiantes elegibles pueden presentar al director de la escuela una solicitud por escrito, identificando claramente la parte del registro que desean cambiar y especificar por qué debe cambiarse. Si las DCPS deciden no enmendar el registro según lo solicitado por el padre/tutor o el/la estudiante elegible, la escuela notificará al padre/tutor o al/ la estudiante elegible de la decisión y les informará de su derecho a una audiencia con respecto a la solicitud de enmienda. Se proporcionará información adicional sobre los procedimientos de audiencia al padre/tutor o estudiante elegible cuando se le notifique el derecho a una audiencia.
3. **El derecho a dar su consentimiento (por escrito) a las divulgaciones de información de identificación personal** contenida en los registros educativos del/ de la estudiante, excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, las DCPS divulgan registros educativos sin consentimiento a funcionarios de otra escuela o distrito escolar en los que un estudiante busca o tiene la intención de inscribirse, o ya está inscrito, cuando dicha divulgación se solicita para fines de inscripción o transferencia del/ dela estudiante. Además, FERPA autoriza la divulgación sin consentimiento a los funcionarios escolares que las DCPS han determinado que tienen intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por las DCPS como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluido el personal médico o de salud y el personal de la unidad de aplicación de la ley); una persona o empresa con la que las DCPS han contratado para realizar una tarea especial (como un abogado, auditor, consultor médico o terapeuta); o un padre/tutor, estudiante u otro voluntario que sirva en un comité oficial, como un comité disciplinario o de quejas, o que ayude a otro funcionario escolar a realizar sus tareas. Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si el funcionario necesita revisar un registro educativo para cumplir con su responsabilidad profesional.
4. **El derecho a presentar una queja** ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos con respecto a presuntos incumplimientos por parte de las DCPS de los requisitos de FERPA. El nombre y la dirección de la oficina que administra FERPA son Family Policy Compliance Office, U.S. Department of Education, 400 Maryland Ave. SW, Washington, DC 20202.
5. **El derecho a retener la divulgación de la información del directorio.** A su discreción, las DCPS pueden divulgar "información de directorio" básica que generalmente no se considera dañina o una invasión de la privacidad sin el consentimiento de los padres/tutores o estudiantes elegibles de acuerdo con las disposiciones de la ley del Distrito y FERPA. Los padres/tutores o los estudiantes elegibles pueden instruir a las DCPS que retengan parte o toda la información identificada anteriormente completando la sección Divulgación de información del directorio estudiantil a continuación dentro de los diez (10) días escolares posteriores a la inscripción de los estudiantes. Si la siguiente divulgación no se proporciona dentro de los diez (10) días escolares posteriores a la inscripción, las DCPS asumirán que la siguiente información puede ser designada como información de directorio para su hijo(a) durante el resto del año escolar.

### OPCIONAL - no divulgue la información del directorio de estudiantes

Usted puede optar por restringir la información que las DCPS divulgan. Marque los siguientes elementos que no desea que las DCPS divulguen sin su consentimiento, si lo hubiera:

- Nombre del/de la estudiante       Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos       Diplomas/Premios recibidos

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirección del/ de la estudiante    | <input type="checkbox"/> Peso y altura 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"/> Listado de teléfonos estudiantiles   |
| <input type="checkbox"/> Nivel de grado                     | <input type="checkbox"/> Fecha y lugar de nacimiento del/de la estudiante        | <input type="checkbox"/> Nombre de la escuela a la que asiste |

Al firmar a continuación, afirmo que:

- Las DCPS no divulgarán ningún elemento de información junto al cual haya colocado una palomita;
- Por la presente, doy mi consentimiento para que las DCPS puedan divulgar cualquier elemento de información que no haya verificado; y
- Entiendo que las DCPS aún pueden divulgar información junto a la cual he colocado una palomita si es necesario hacerlo o si está permitido por FERPA.

**Nombre del/de la estudiante:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

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

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

Para comenzar Pre-K3*	Para empezar Kindergarten	Para empezar 7.º grado	Para comenzar 11.º grado
Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa) ✓✓✓✓✓	Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa) ✓✓✓✓✓	Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa) ✓✓✓✓✓	Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa) ✓✓✓✓✓
Poliomielitis ✓✓✓	Poliomielitis ✓✓✓✓	Poliomielitis ✓✓✓✓	Poliomielitis ✓✓✓✓
Varicela ✓	Varicela ✓✓	Varicela ✓✓	Varicela ✓✓
Sarampión, paperas y rubéola (MMR por sus siglas en inglés) ✓	Sarampión, paperas y rubéola (MMR por sus siglas en inglés) ✓✓	Sarampión, paperas y rubéola (MMR por sus siglas en inglés) ✓✓	Sarampión, paperas y rubéola (MMR por sus siglas en inglés) ✓✓
Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓
Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓	Hepatitis A ✓✓
Neumocócica (VCN) ✓✓✓✓		Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) ✓	Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) ✓
Haemophilus influenzae tipo b (Hib) ✓✓✓(✓) <i>(según la marca utilizada)</i>		Virus del papiloma humano (VPH) ✓	Virus del papiloma humano (VPH) ✓✓
		Meningocócica (ACWY) ✓	Meningocócica (ACWY) ✓✓

✓ = número de dosis

\*Puede que su estudiante de Pre-K3 califique para una dosis de refuerzo de las vacunas MMR y contra la varicela, la poliomielitis y la difteria/tétanos/tos ferina cuando cumpla 4 años. Recomendamos que su hijo(a) reciba estas vacunas a tiempo; sin embargo, no se considerarán como requisito de asistencia a mitad de año.

Utilice este formulario para informar sobre la salud física de su hijo(a) a su escuela/instalación de cuidado infantil. Así lo exige el Código Oficial del DC, sección 38-602. Pídale a un profesional médico con licencia que complete la parte 2 - 4. Acceda a los programas de seguro médico en [dchealthlink.com](http://dchealthlink.com). Puede ponerse en contacto con el personal de Health Suite por medio de la oficina del director de la escuela de su hijo(a).

Parte 1: Información personal del menor   Debe completarlo el padre/madre/tutor.						
Apellido del menor:		Nombre del menor:		Fecha de nacimiento:		
Nombre de la escuela o guardería:			Nivel escolar del estudiante:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario		
Dirección particular:		Dpto.:	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"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder						
Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder						
Nombre del padre/madre o tutor:			Teléfono del padre/madre/tutor:			
Nombre del contacto de emergencia:			Teléfono del contacto 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 visitado el estudiante a un odontólogo/proveedor de servicios dentales en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<p>Autorizo al examinador/instalación médica que firma a compartir la información de salud en este formulario con la escuela de mi hijo(a), la instalación de cuidado infantil, el campamento o la agencia gubernamental del DC correspondiente. Además, dejo constancia de que comprendo y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil en virtud de la sección 17-107 de la Ley del DC por actos u omisiones, salvo ante actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe rellenarse y devolverse a la escuela de mi hijo(a) cada año.</p> <p>Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____</p>						
Parte 2: Historial médico, examen y recomendaciones del menor   Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.						
Fecha del examen médico:	Presión arterial: _____/_____	<input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ANML	Peso: <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	Altura: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	IMC:	Percentil del IMC:
<b>Nivel de agudeza (claridad) visual:</b> Para los niños de 3 a 6 años, solo se requiere un (Aprobado/Reprobado). Para los mayores de 6 años se requieren niveles de agudeza visual para esta sección.						
Evaluación de la vista:	Ojo izquierdo: 20/_____ Ojo derecho: 20/_____ I: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado D: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado	<input type="checkbox"/> Corregido <input type="checkbox"/> Sin corregir	<input type="checkbox"/> Usa gafas	<input type="checkbox"/> Remitido	<input type="checkbox"/> No probado	
<b>Evaluación de audición:</b> (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Reprobada <input type="checkbox"/> No probada <input type="checkbox"/> Utiliza un dispositivo <input type="checkbox"/> Remitido						

**¿Tiene el menor alguno de los siguientes problemas de salud?** (marque todos los que correspondan e indique detalles a continuación)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento | <input type="checkbox"/> Células falciformes (Sickle Cell Disease)  |
| <input type="checkbox"/> Autismo            | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca    | <input type="checkbox"/> Alergias significativas a alimentos/medicamentos/ambientes que puedan requerir atención médica de urgencia. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| <input type="checkbox"/> De comportamiento  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal       | <input type="checkbox"/> Medicamentos de larga duración, de venta libre (OTC) o que requieran cuidados especiales. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i>                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer             | <input type="checkbox"/> Lenguaje/habla            | <input type="checkbox"/> Historial médico significativo, afecciones, enfermedades transmisibles o restricciones. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i>                     |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Obesidad                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> De desarrollo      | <input type="checkbox"/> Escoliosis                |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Convulsiones              |   |

**Indique los detalles. Si el menor tiene alguna receta o tratamiento, adjunte un formulario completo del medicamento o plan de tratamiento médico y aclare si se remitió al menor.**

**Evaluación de tuberculosis** | La prueba de tuberculosis (TB) positiva debe remitirse al proveedor de atención primaria para su evaluación. Si tiene preguntas, llame al Programa de Control de la TB de DC Health al 202-698-4040. Visite [dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics](https://dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics) para obtener más información sobre la tuberculosis.

¿Cuál es el nivel de riesgo de tuberculosis del niño?	Fecha de la prueba cutánea:	Fecha del análisis de sangre IGRA:
<input type="checkbox"/> Alto > Complete una prueba cutánea o análisis de sangre IGRA	<b>Resultados de la prueba cutánea:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo, CXR negativo <input type="checkbox"/> Positivo, CXR positivo <input type="checkbox"/> Positivo, tratado	<b>Resultados del IGRA:</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Positivo, tratado
<input type="checkbox"/> Bajo		

**Notas adicionales sobre la prueba de tuberculosis:**

**Evaluación del riesgo de exposición al plomo** | Todos los niveles de plomo deben informarse al Programa de Prevención de Intoxicación por Plomo en Niños del DC. Llame al (202) 481-3837 o envíe un fax al (202) 535-2607.

<b>SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS</b> Todos los niños deben someterse a 2 pruebas de plomo antes de los 2 años	1.º fecha de la prueba:	1.º resultado:	Nivel de plomo en el 1.º suero/punción digital:
	2.º fecha de la prueba:	2.º resultado:	Nivel de plomo en el 2.º suero/punción digital:
	3.º fecha de la prueba:	3.º resultado:	Nivel de plomo en el 3.º suero/punción digital:

**Parte 3: Información sobre la vacunación | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.**

<b>Apellido del menor:</b>	<b>Nombre del menor:</b>				<b>Fecha de nacimiento:</b>		
<b>Vacunas</b>	<b>En las casillas siguientes, indique las fechas de las vacunas (MM/DD/AA)</b>						
Difteria, tétanos, tos ferina (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
Difteria (DT) (<7 años)/tétanos (Td) (>7 años)	1	2	3	4	5		
Refuerzo de difteria, tétanos, tos ferina (Tdap)	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1	2	3	4			
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4			
Poliomielitis (vacuna inactivada contra la poliomielitis [IPV], vacuna oral contra el poliovirus [OPV])	1	2	3	4			
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	1	2					
Sarampión	1	2					
Paperas	1	2					
Rubéola	1	2					
Varicela	1	2	El menor tuvo varicela (mes y año): _____				
			Verificado por (nombre y cargo): _____				
Antineumocócica conjugada	1	2	3	4			
Hepatitis A (HepA) (nacidos el 01/01/2005 o después)	1	2					
Virus del papiloma humano (VPH)	1	2	3				
Vacuna antimeningocócica (ACWY)	1	2					
Gripe (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recomendada)	1	2	3				
COVID-19/Coronavirus (recomendada)	1	2	3	4	5	6	7
Otro	1	2	3	4	5	6	7

El menor está **atrasado con las vacunas** y existe un plan para que se ponga al día.  
**La próxima cita es:** \_\_\_\_\_



### Exención médica (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene una contraindicación médica válida para recibir en este momento la vacuna contra:

- Difteria     Tétanos     Tos ferina     Hib     HepB     Poliomielitis (los 3 serotipos)     Sarampión  
 Paperas     Rubéola     Varicela     Neumococo     HepA     Meningocócica (ACWY)     VPH  
 COVID-19/CORONAVIRUS

¿Esta contraindicación médica es permanente o temporal?

- Permanente     Temporal hasta (fecha): \_\_\_\_\_

### Prueba alternativa de inmunidad (si corresponde)

Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene pruebas de laboratorio que indican inmunidad a lo siguiente y he adjuntado una copia de los resultados del título de anticuerpos.

- Difteria     Tétanos     Tos ferina     Hib     HepB     Poliomielitis (los 3 serotipos)     Sarampión  
 Paperas     Rubéola     Varicela     Neumococo     HepA     VPH

**Parte 4: Certificaciones de profesionales de atención médica con licencia | Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.**

Se examinó debidamente al menor y su historial médico se revisó y registró de acuerdo con los puntos especificados en este formulario. En el momento del examen, el menor **goza de buena salud** para participar en todas las actividades de la escuela, el campamento o guardería, excepto en los casos indicados.  No     Sí

El/ la menor está autorizado a practicar deportes de competición.  N/C     No     Sí     Sí, a la espera de una autorización adicional de: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que he examinado al menor y que la información registrada aquí se determinó como resultado del examen.

**Sello de la oficina del proveedor de atención médica autorizado**

**Nombre del proveedor:**

**Teléfono del proveedor:**

**Firma del proveedor:**

**Fecha:**

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA | Certificado Universal de Salud recibido por la autoridad escolar y el personal del Health Suite.**

**Nombre de la autoridad escolar:**

**Firma:**

**Fecha:**

**Nombre del personal del Health Suite:**

**Firma:**

**Fecha:**

# Formulario de evaluación de salud bucal

Para todos los estudiantes de 3 años o más, utilice este formulario a fin de informar el estado de salud bucal a su escuela/instalación de cuidado infantil.

## Instrucciones

- Complete la parte 1 que figura a continuación. Lleve este formulario al proveedor de servicios odontológicos del niño/estudiante. El proveedor de servicios odontológicos debe completar la parte 2.
- Entregue el formulario completo y firmado a la escuela del estudiante o a la instalación de cuidado infantil.

## Parte 1: Información del estudiante/niño (que debe completar el padre/madre/tutor)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento 

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

  
(MMDDAAAA):

Identidad de género actual: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ Estado de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal particular 

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

Escuela														Educación para adultos			
Grado	Guardería	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<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"/>	<input type="checkbox"/>

## Parte 2: Estado de salud bucal del estudiante/niño (que el proveedor de servicios odontológicos debe completar)

1. ¿El paciente tiene al menos un diente con **cavidad a simple vista** (caries sin tratamiento)? Esto NO incluye hoyos ni fisuras manchadas que no tengan una ruptura visible de la estructura del esmalte o lesiones desmineralizadas no cavitadas (es decir, manchas blancas). Sí  No
2. ¿El paciente tiene al menos un **diente con caries con tratamiento**? Esto incluye cualquier diente con amalgama, resina compuesta, restauraciones temporales o coronas como resultado del tratamiento de la caries dental. Sí  No
3. ¿El paciente tiene al menos un diente molar permanente con un **sellador con retención parcial o total**? Sí  No
4. ¿El paciente tiene caries sin tratamiento u otros problemas de salud bucal que requieran **atención antes de su revisión de rutina? (Necesidad de atención temprana)** Sí  No
5. ¿El paciente experimenta **dolor, absceso o hinchazón? (Necesidad de atención urgente)** Sí  No
6. ¿Cuántos **dientes primarios** en la boca del paciente están afectados por caries que:  
a. **No se han tratado?**    
b. **Se han tratado con rellenos/coronas?**
7. ¿Cuántos **dientes permanentes** en la boca del paciente están afectados por caries que:  
a. **No se han tratado?**    
b. **Se han tratado con rellenos/coronas?**    
c. **Se han extraído por caries?**
8. ¿Qué tipo de seguro dental posee el paciente? Medicaid  Seguro privado  Otro  Ninguno

Nombre del proveedor de servicios odontológicos \_\_\_\_\_ Sello de la oficina de odontología \_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de servicios odontológicos \_\_\_\_\_  
Fecha del examen odontológico \_\_\_\_\_

Este formulario reemplaza la versión anterior del Formulario de evaluación de salud bucal del DC utilizado para ingresar a las escuelas del DC, a todos los programas de Head Start y a los centros de cuidado infantil. Este formulario está aprobado por DC Health y es un documento confidencial. La confidencialidad se mantiene en conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA) para los proveedores de atención médica y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) para las escuelas del DC y otros proveedores.