



Paquete de inscripción para el año escolar 2026-2027

¡Bienvenidos al año escolar 2026-2027 en las Escuelas Públicas del DC! Llene este paquete de inscripción para el próximo año escolar 2026-2027. 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 estado 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 garantizar que cada una de nuestras escuelas brinde una educación de clase mundial que prepare a TODOS nuestros estudiantes, independientemente de su origen o circunstancias, 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. Los formularios adicionales se encuentran en <https://enrolldcps.dc.gov/>.

- A. Formulario de inscripción
- B. Formulario de verificación de domicilio
- C. Formulario de tecnología
- D. Consentimientos
- E. Notificaciones de los derechos del estudiante y de los padres/tutores
- F. Certificado Universal de Salud del DC Health
- G. Formulario de evaluación de salud bucal del DC Health

Paso 2. Reúna sus documentos justificativos. Es posible que se requieran documentos justificativos para inscribir a su hijo/a:

Nuevo/a en las DCPS (*nunca antes había asistido a una escuela de las DCPS*)

- Comprobante de edad y nombre legal del estudiante - los ejemplos incluyen un certificado de nacimiento, registros hospitalarios, orden judicial, decreto de adopción, registros escolares anteriores, pasaporte, visa, formularios de naturalización o certificado de bautismo.
- Comprobante de parentalidad o tutela - los ejemplos incluyen un certificado de nacimiento, registros hospitalarios, orden judicial, decreto de adopción o prueba de paternidad, junto con una identificación emitida por el estado.
- Comprobante de domicilio: consulte *el Formulario de verificación de residencia* para obtener una lista completa de documentos aceptables y métodos de verificación.

Regresa a una escuelas de las DCPS

- Identificación emitida por el estado de las personas que se inscriben.
- Se requiere un comprobante de relación parental o tutela si hay una persona inscrita diferente del año escolar anterior – *ver arriba*.
- Comprobante de domicilio: consulte *el Formulario de verificación de residencia* para obtener una lista completa de documentos aceptables y métodos de verificación.

Paso 3. Envíe el paquete y cualquier documento justificativo al equipo de inscripción escolar de su hijo/a, incluidos los formularios de salud e inmunización que se requieren antes del primer día de clases.

Tenga en cuenta que las DCPS está obligadas por ley a verificar anualmente la residencia del Distrito de cada familia que busca inscribirse en las DCPS. Las DCPS realizan 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 matrícula de no residente, su hijo/a correrá el riesgo de ser excluido de las DCPS. Si tiene alguna pregunta, comuníquese por correo electrónico con el Equipo de Inscripción de las DCPS enroll@k12.dc.gov.

Hay tres métodos de admisión para la inscripción en las DCPS: por derecho, la Lotería de *My School DC* y la Colocación Formal. Cada estudiante en edad obligatoria que vive en Washington, DC, tiene al menos un derecho a asistir a una escuela de las DCPS "dentro de los límites" por banda de grado, una escuela donde pueden inscribirse en cualquier momento. Identifique su escuela dentro de la zona escolar en <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, matriculación, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingresos, condición de víctima de un delito interfamiliar, o lugar de residencia o negocio. Para obtener el texto completo e información adicional, visite <http://dcps.dc.gov/non-discrimination>.



Formulario de inscripción para el año escolar 2026/2027

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

Estudiante de las DCPS													
Nombre legal:			Apellido legal:			Fecha de nacimiento:							
Dirección:			Id del estudiante:		Género: ☐ Masc. ☐ Femenino ☐ No binario								
			Apt:	Ciudad/Estado:			Código postal						
Programa escolar o de primera infancia del año escolar 25/26:							Ciudad/Estado:						
Escuela del año escolar 2026/2027:					Correo electrónico del estudiante:								
Nivel de grado para el año escolar 2026/2027: <i>marque solo uno</i>		☐ Pre-K3		☐ Pre-K4		☐ Kindergarten		☐ 1°		☐ 2°	☐ 3°	☐ 4°	☐ 5°
		☐ 6°		☐ 7°		☐ 8°		☐ 9°		☐ 10°	☐ 11°	☐ 12°	☐ Educación de adultos
Estado de la vivienda: <i>marque solo uno</i>		☐ Permanente (propio, alquiler)		☐ Hotel/Motel		☐ Refugio		☐ Compartida		☐ A la intemperie			
¿Se aplica lo siguiente al estudiante?		☐ S ☐ N En o en espera de cuidado de		☐ S ☐ N Joven no acompañado (no en vivienda permanente)		crianza							
Designación étnica: <i>marque solo una</i>		☐ Hispano/Latino		☐ No hispano/No latino									
Raza: <i>marque todo lo que corresponda</i>		☐ Indio americano/nativo de Alaska		☐ Asiático		☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico		☐ Negro		☐ Blanco			
¿El estudiante tiene lo siguiente?		☐ S ☐ N Alergias		☐ S ☐ N Medicación requerida		☐ S ☐ N Restricciones dietéticas							
Select yes or no for each. School may follow up.		☐ Y ☐ N 504 Plan		☐ Y ☐ N IEP for special education services									
Parent/Guardian/Custodian	Contacto uno	Nombre legal:			Relación con el estudiante:								
		Correo electrónico:			Tel:			☐ Cel: ☐ Fijo					
		☐ Igual que el estudiante Dirección:			Tel:			☐ Cel: ☐ Fijo					
		Apt:		Ciudad/Estado:		Código postal:		☐ Quiero recibir comunicados de texto/correo electrónico de mi hijo.					
								☐ Me gustaría que se me de acceso al portal para padres de Aspen.					
Parent/Guardian/Custodian	Contacto dos	Nombre legal:			Relación con el estudiante:								
		Correo electrónico:			Tel:			☐ Cel: ☐ Fijo:					
		☐ Igual que el estudiante Dirección:			Tel:			☐ Cel: ☐ Fijo:					
		Apt:		City/State:		ZIP:		☐ Quiero recibir comunicados de texto/correo electrónico de mi hijo.					
								☐ Me gustaría que se me de acceso al portal para padres de Aspen					
Encuesta sobre el idioma del hogar - <i>Solo complete si esta es su inscripción inicial en las DCPS.</i> <i>Si su respuesta a cualquiera de las preguntas a continuación es un idioma que no sea inglés, su hijo será evaluado para los Servicios del idioma inglés. Si tiene preguntas, llame a la División de Adquisición de Idiomas al 202-671-0750. Más información sobre los apoyos: dcps.dc.gov/service/supports-english-learners-els</i>													
¿Cuál es el idioma principal que se usa en el hogar? _____ (especificar el idioma)													
¿Cuál es el idioma más utilizado por el estudiante? _____ (especificar el idioma)													
¿Qué idioma o idiomas usó primero el estudiante? _____ (especificar el idioma)													
¿En qué idioma le gustaría recibir información de la escuela? <i>Si se selecciona "otro", se enviará correspondencia escrita en Inglés. Se proporcionará interpretación oral en cualquier idioma cuando se solicite.</i>													
☐ Inglés ☐ Español ☐ Américo ☐ Francés ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Otro:													
Contactos de emergencia <i>Si no se puede contactar a los padres o tutores del 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:			Relación con el estudiante:			Teléfono:							
Nombre:			Relación con el estudiante:			Teléfono:							
Hermanos del estudiante en las DCPS <i>Proporcione información para todos los hermanos del estudiante que asistan a cualquier escuela de las DCPS.</i>													
Hermano 1			Hermano 2			Hermano 3			Hermano 4				
Nombre legal:													
Fecha de nacimiento:													
Certificación de la persona que inscribe al estudiante													

Confirmando que toda la información proporcionada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las DCPS mantendrán esta información confidencial y la usará solo para negocios de las DCPS. Entiendo que proporcionar información falsa es punible por ley. Entiendo que no puedo mantener la inscripción en más de una escuela para el año escolar 2026-2027, y estoy confirmando mi inscripción para el año escolar 2026-2027 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: _____ 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 2026-2027

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 2026-2027:		
Persona que realiza la inscripción (consulte la página 2) > Nombre:		Apellido:
Soy el: ☐ padre/madre del estudiante ☐ tutor/custodio legal del estudiante ☐ estudiante adulto ☐ otro cuidador primario del estudiante y completé el Formulario de OPC ☐ padre/madre menor de edad y completé la declaración jurada ☐ tutor legal que firma en nombre del estudiante adulto (usos limitados)*		
Dirección de la persona que realiza la inscripción:		Dto. n.º:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		Habitante del DC: ☐ Sí ☐ No
		Teléfono:

Paso tres: Firmar la Certificación de requisitos de residencia.

- Acepto notificar a la escuela cualquier cambio de residencia dentro de los tres (3) días escolares y completar un Formulario de verificación de residencia del DC.
- Certifico que soy el estudiante adulto o el padre, madre, tutor, custodio u otro cuidador primario (OPC) legal del estudiante; que he establecido y mantendré una presencia física en el Distrito como lo define la sección 5004 del título 5A de las DCMR; y presento documentación válida para verificar mi residencia o me he identificado como no habitante y completaré el acuerdo de matrícula y el pago necesarios.
- Autorizo a la OSSE a obtener y verificar información sobre mi condición de residencia del Distrito, del gobierno federal y de cualquier agencia o programa estatal o local (incluidas las agencias en Maryland y Virginia), que también incluye, entre otros, al Departamento de Servicios Humanos (DHS) del DC, la Autoridad de Vivienda del DC (DCHA), el Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF), el Departamento de Impuestos de Virginia, la Oficina del Contralor de Maryland, el Departamento de Vehículos Motorizados, y programas como Medicaid, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), con el propósito de verificar mi residencia para la inscripción en una escuela pública o una escuela pública chárter del DC. La OSSE protegerá mi información de acuerdo con las leyes federales, estatales y del Distrito aplicables.
- Autorizo a la OSSE o la persona designada por esta a verificar cualquier documento presentado como prueba de residencia, incluidos, entre otros, recibos de pago o registros de empleo, y a contactar a otras personas que figuran en los registros de inscripción (otro padre/madre, tutor, custodio u OPC) para confirmar mi residencia.
- Entiendo que si la OSSE determina que no soy un habitante o un no habitante autorizado de conformidad con la sección 5007 del título 5A de las DCMR, puedo tener que pagar la matrícula y el estudiante podría ser apartado.
- Entiendo que brindar información o documentación falsa puede dar lugar a una remisión a la Oficina del Inspector General (OIG) del DC para el inicio de un proceso penal o a la Oficina del Fiscal General (OAG) del DC para sanciones civiles de conformidad con la sección 38-312 del Código del DC, incluidas multas de hasta \$2,000 o una pena de prisión de hasta 90 días.
- Entiendo que la escuela conservará este formulario y la documentación de respaldo. Estoy de acuerdo con que se puedan compartir con la OSSE, auditores externos y otras agencias del Distrito (por ejemplo, la OIG, la OAG) para fines de verificación.
- Autorizo a la Oficina de Inscripción y Residencia de la OSSE y a la Oficina de Impuestos e Ingresos (OTR) del DC a compartir y revisar mis declaraciones de impuestos del Distrito por hasta tres (3) años para confirmar la residencia.

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:
Método A: Autoridad escolar verificada ☐ Residencia verificada por la OSSE (subsidio de QLIK, ASPEN o CBO) ☐ Intermediario para estudiante sin hogar verificado ☐ Tutela del DC ☐ Programa de Confidencialidad de Direcciones (ACP)	Método B: Seleccione un documento ☐ Recibo de sueldo ☐ 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 no conductor ☐ Arrendamiento con pago ☐ Factura de servicios públicos con pago ☐ Método C: Visita domiciliaria ☐ No habitante

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

A	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.	
	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 . En caso de aprobación, su verificación estará disponible para que su escuela la confirme.	
B	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. Las secciones relacionadas con impuestos federales y del Distrito no pueden estar censuradas. 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 <u>con un comprobante de pago del alquiler por separado</u>, como un recibo de pago, un giro postal o una copia del cheque cobrado. El <i>contrato de arrendamiento</i> 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 <i>comprobante de pago por separado</i> 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. Si el monto de su <i>comprobante de pago</i> difiere de su contrato de arrendamiento, proporcione a la escuela una carta firmada del propietario que explique la diferencia. Comuníquese con su escuela para obtener más detalles. 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 <i>factura de servicios públicos</i> debe corresponder a un periodo de dos meses anteriores a la revisión de la escuela de este formulario. El <i>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 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. 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. Se deben facilitar documentos legales de respaldo.
- Custodio:** una persona a quien un tribunal competente le ha otorgado la custodia física de un estudiante. Se deben facilitar documentos legales de respaldo.
- 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.
- Tutor legal que firma en nombre de un estudiante adulto**:** esta opción solo debe seleccionarse si un estudiante adulto no puede firmar por sí mismo debido a incapacitación (física o mental). Todos los demás estudiantes adultos deberán inscribirse por su cuenta.



Formulario de tecnología del año escolar 2026-2027

Utilice este formulario para compartir su nivel de acceso a Internet y tecnología de alta velocidad.

Estudiante de las DCPS		
Nombre legal:	Apellido legal:	Fecha de nacimiento:
Escuela año escolar 2026-2027:		
Encuesta de acceso a la tecnología de las DCPS se esfuerza por entender las necesidades tecnológicas de todas nuestras familias.		
¿Su hijo tiene acceso a una conexión a Internet confiable en <u>casa</u> ?		
☐ Sí		
☐ No		
¿Su hijo tiene acceso a una computadora portátil / tableta en <u>casa</u> ? Marque solo uno.		
☐ Mi hijo tiene acceso a una computadora portátil/tableta proporcionadas por las DCPS		
☐ Mi hijo tiene acceso a una computadora portátil/tableta personal o que no sea de las DCPS		
☐ Mi hijo 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 brindan a los estudiantes acceso a computadoras, tabletas y / u otros dispositivos tecnológicos como impresoras (dispositivos o tecnología de las DCPS). La red de las DCPS 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 y la tecnología de las DCPS se rige por la Política de uso aceptable de la red y la tecnología para estudiantes y personal de las DCPS disponible aquí: https://dcps.tech/aup. La falta de uso de dispositivos, tecnología o red de las DCPS de acuerdo con la Política de Uso Aceptable de Tecnología y Red para Estudiantes y 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 la tecnología de las DCPS. También confirmo que quiero que mi hijo 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 solo con fines educativos y académicos y deben devolverse a pedido. Si no devuelves los dispositivos, es posible que se me cobre una tarifa.



Consentimientos para el año escolar 2026/2027

Use este formulario para informarle a las Escuelas Públicas del DC sus preferencias sobre 1) las DCPS usando la imagen, la voz y el trabajo escolar de su hijo/a y 2) divulgar la información de su hijo/a a los reclutadores militares y 3) optar por enviar recordatorios de asistencia a los teléfonos celulares de los estudiantes.

Estudiante de las DCPS

Primer nombre:

Apellido:

OPCIONAL – Consentimiento y divulgación 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 la obra 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 medio electrónico o impreso (dichas fotografías, medios digitales y otros medios electrónicos o impresos que contengan la imagen, la voz, la obra de arte o el trabajo escrito de mi hijo/a 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, sus sucesores y cesionarios y cualquier persona que use legalmente cualquier Medio de conformidad con este comunicado de todos y cada uno de los reclamos, daños, responsabilidades, costos y gastos que yo o mi hijo/a tengamos ahora o podamos tener en el futuro por 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/a en una escuela de las DCPS y puede ser revocado en cualquier momento.

☐ Solicito que las DCPS no divulguen la información de mi hijo/a o la mía (si el/la 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 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 derecho a optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento utilizando la disposición de exclusión incluida en cada mensaje de texto.

Nombre y número de teléfono celular del/de la estudiante: _____ y _____.

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

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

En otoño y primavera, las DCPS administran la Encuesta Panorama de Estudiantes en todo el distrito a los estudiantes de 3º grado en adelante para ayudar a las DCPS y a los administradores escolares a comprender 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 de 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 sobre su género e identidad sexual. Estas preguntas ayudan al distrito a promover un trato equitativo para todos los estudiantes. 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: [Exclusión de la encuesta Panorama de estudiantes del año escolar 2026-2027](#). El formulario, las preguntas de la encuesta y los resultados anteriores están disponibles en dcps.dc.gov/surveys.

OPCIONAL – Consentimiento para compartir los registros de asistencia de los estudiantes con los proveedores de atención médica

El programa *Collaborative for Attendance Resources in Education and Health* (Colaboración en educación y salud para recursos de asistencia - CARE-H) es una asociación entre las DCPS y los proveedores médicos locales de para estudiantes que están inscritos en las DCPS. El programa CARE-H tiene como objetivo apoyar la salud de los estudiantes y reducir el ausentismo, porque los estudiantes sanos pueden asistir mejor a la escuela y aprender. Para que el programa CARE-H funcione, las escuelas de las DCPS deben proporcionar información sobre la asistencia escolar de mi hijo/a a los proveedores de atención médica de mi hijo/a.

Al firmar este consentimiento, doy permiso a las DCPS para compartir de forma segura la información de asistencia con los médicos, equipo de enfermería y personal del consultorio médico de mi hijo/a. Esta información ayudará a estos profesionales de la salud a brindar atención médica y de alcance especial a los estudiantes y sus familias, cuando sea necesario. Esto también permitirá que las DCPS trabajen con estos profesionales de la salud para mantener a mi hijo/a saludable y exitoso en la escuela. Reconozco y entiendo que tendré la oportunidad de revisar los registros y el derecho de impugnar el contenido de dichos registros.

Esta autorización continuará hasta la inscripción de mi hijo/a en las DCPS, a menos que retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. AVISO: Si las DCPS desean compartir o discutir otras partes del expediente académico de mi hijo/a con el equipo médico de mi hijo/a, se me pedirá que proporcione un consentimiento por separado.

☐ Doy mi consentimiento.

☐ No doy mi consentimiento.

Nombre impreso _____ Firma: _____ Fecha: _____



Notificaciones del año escolar 2026-2027

Este documento describe los derechos de los padres/tutores y sus hijos de las DCPS.

La Ley Cada Estudiante Triunfa de 2015

Este aviso es para informarle que si usted es el padre de un estudiante que asiste a una escuela de Título I, tiene derecho a solicitar información sobre las calificaciones profesionales de los maestros del salón de su hijo 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 áreas temáticas en las que el maestro brinda instrucción;
- Si un maestro está enseñando bajo una emergencia u otro estado provisional a través del cual se han 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 estudiante recibe servicios de auxiliares docentes (asistentes de instrucción no certificados que ayudan en el salón bajo la supervisión del maestro) y, de ser así, las calificaciones de los auxiliares docentes.

Puede encontrar una lista actualizada de las escuelas de Título I de las DCPS 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.hrdatanandcompliance@k12.dc.gov o vía fax al teléfono (202) 535-2483.

Enmienda de Protección de los Derechos de los Estudiantes

Este aviso informa a los padres/tutores y estudiantes elegibles (menores emancipados o estudiantes mayores de 18 años) de sus derechos con respecto a la administración de encuestas y exámenes físicos/evaluaciones y la recopilación y uso de información personal con fines de marketing. Estos derechos se establecen en la Enmienda de Protección de los Derechos de los Estudiantes (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 para fines de marketing, 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 físicos/evaluaciones 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 estudiante no participe en la actividad. Como padre/tutor de un estudiante o como estudiante elegible, tiene los siguientes derechos bajo la PPRA:

1. **Consentimiento para encuestas.** Según la PPRA, los padres/tutores y los estudiantes elegibles deben proporcionar un consentimiento activo antes de que los estudiantes deban someterse a una encuesta, análisis o evaluación 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 que se refiera a una o más de las siguientes categorías de información protegida:
 - Afiliaciones o creencias políticas del estudiante o de los padres del estudiante;
 - Problemas mentales o psicológicos del estudiante o de la familia del estudiante;
 - Comportamiento o actitudes sexuales;
 - Comportamiento ilegal, antisocial, autoincriminatorio 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 estudiante o de los padres del estudiante; y
 - Ingresos, distintos de los requeridos por la ley para determinar la elegibilidad del programa.

Aunque no es requerido por 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 por 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 de estudiantes realizada por una parte externa que realice una investigación en nombre de las DCPS;
 - Cualquier examen físico invasivo que no sea de emergencia o evaluación requerido como condición de asistencia administrado por la escuela o su agente y no necesario para proteger la salud y seguridad inmediatas de un estudiante (excepto exámenes de audición, visión y escoliosis y cualquier examen físico / evaluación requerido por la ley local); y
 - Cualquier actividad que implique la recopilación, divulgación o uso de información personal recopilada de estudiantes para fines de marketing, venta o distribución (esto no se aplica a la recopilación, divulgación o uso de información personal

recopilada de estudiantes con el propósito exclusivo de desarrollar, evaluar o proporcionar productos o servicios educativos 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 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 para fines de marketing, ventas u otros fines de distribución; y
 - Material didáctico utilizado como parte del plan de estudios educativo.

Los padres/tutores y los estudiantes elegibles que creen que se han violado sus derechos 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 Familiar

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

1. **El derecho a 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 enviar 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 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 estudiante** que el padre / tutor o estudiante elegible cree que son inexactos, engañosos o que violan los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA. Los padres / tutores o estudiantes elegibles pueden enviar al director de la escuela una solicitud por escrito, identificando claramente la parte del registro que desean cambiar y especificando por qué debe cambiarse. Si las DCPS deciden no enmendar el registro según lo solicitado por el padre/tutor o estudiante elegible, la escuela notificará al padre/tutor o estudiante elegible de la decisión y le informará sobre 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) para la divulgación de información de identificación personal** contenida en los registros educativos del estudiante, excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Por ejemplo, las DCPS divulgan registros educativos sin consentimiento a oficiales de otra escuela o distrito escolar en el 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 estudiante. Además, FERPA autoriza la divulgación sin consentimiento a los funcionarios escolares que las DCPS han determinado que tienen intereses educativos legítimos. Un oficial 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 oficial escolar a realizar sus tareas. Un oficial escolar tiene un interés educativo legítimo si el oficial 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 EE. UU. 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 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 estudiantes elegibles pueden instruir a las DCPS para que retenga parte o toda la información identificada anteriormente completando la sección Divulgación de información del directorio de estudiantes 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 supondrán que la siguiente información puede designarse como información de directorio para su hijo por el resto del año escolar.

OPCIONAL - No divulgue información del directorio de estudiantes

Puede optar por restringir la información que divulga las DCPS. Marque los elementos a continuación que no desea que las DCPS divulguen sin su consentimiento, si corresponde.:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Nombre del estudiante | ☐ Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente | ☐ Diplomas/Premios recibidos |
| ☐ Dirección del estudiante | ☐ Peso y altura de los miembros de los equipos deportivos | ☐ Fechas de asistencia |
| ☐ Correo electrónico del padre/tutor | ☐ Nombres de las escuelas a las que asistió anteriormente | ☐ Listado de teléfonos de estudiantes |

☐ Nivel de grado

☐ Fecha y lugar de nacimiento del estudiante

☐ Nombre de la escuela donde
asiste

Al firmar a continuación, afirmo que:

- Las DCPS no divulgarán ningún elemento de información junto al cual haya colocado una;
- 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 realizado una verificación si es necesario hacerlo o si está permitido de otra manera bajo FERPA.

Nombre legal del 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.

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. 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: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario	
Dirección particular:		Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Etnia (marque todo lo que corresponda): ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/no latino ☐ Otra ☐ Prefiero no responder					
Raza: (marque todo lo que corresponda) ☐ Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico ☐ Negro/afroamericano ☐ Blanco ☐ 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: ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Ninguno		Nombre/n.º de identificación del seguro:			
¿Ha visitado el estudiante a un odontólogo/proveedor de servicios dentales en el último año? ☐ Sí ☐ No					
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.					
Firma del padre/madre o tutor: _____			Fecha: _____		
Parte 2: Historial médico, examen y recomendaciones del menor Debe completarla el proveedor de atención médica con licencia.					
Fecha del examen médico:	Presión arterial: ☐ NML ☐ ANML ____/____	Peso: ☐ LBS ☐ KG	Altura: ☐ IN ☐ CM	IMC:	Percentil del IMC:
Nivel de agudeza (claridad) visual: 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/____	☐ Corregido			
	Ojo derecho: 20/____	☐ Sin corregir			
	I: ☐ Aprobado ☐ Reprobado	☐ Usa gafas	☐ Remitido	☐ No probado	
	D: ☐ Aprobado ☐ Reprobado				
Evaluación de audición: (marque todo lo que corresponda) ☐ Aprobada ☐ Reprobada ☐ No probada ☐ Utiliza un dispositivo ☐ Remitido					

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Retraso en el crecimiento | ☐ Células falciformes (Sickle Cell Disease) |
| ☐ Autismo | ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Alergias significativas a alimentos/medicamentos/ambientes que puedan requerir atención médica de urgencia. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ De comportamiento | ☐ Insuficiencia renal | ☐ Medicamentos de larga duración, de venta libre (OTC) o que requieran cuidados especiales. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ Cáncer | ☐ Lenguaje/habla | ☐ Historial médico significativo, afecciones, enfermedades transmisibles o restricciones. <i>A continuación se ofrecen los detalles.</i> |
| ☐ Parálisis cerebral | ☐ Obesidad | ☐ Otro: _____ |
| ☐ De desarrollo | ☐ Escoliosis | |
| ☐ Diabetes | ☐ 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 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:
☐ Alto > Complete una prueba cutánea o análisis de sangre IGRA ☐ Bajo	Resultados de la prueba cutánea: ☐ Negativo ☐ Positivo, CXR negativo ☐ Positivo, CXR positivo ☐ Positivo, tratado	Resultados del IGRA: ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Positivo, tratado

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.

SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS <i>Todos los niños deben someterse a 2 pruebas de plomo antes de los 2 años</i>	1.º fecha de la prueba:	1.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 1.º suero/punción digital:
	2.º fecha de la prueba:	2.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	Nivel de plomo en el 2.º suero/punción digital:
	3.º fecha de la prueba:	3.º resultado: ☐ Normal ☐ Anormal, Fecha de la evaluación del desarrollo:	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.

Apellido del menor:	Nombre del menor:				Fecha de nacimiento:		
Vacunas	En las casillas siguientes, indique las fechas de las vacunas (MM/DD/AA)						
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	Grado	Guardería	Pre-K3	Pre-K4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Educación para adultos
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

- ¿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 ☐
- ¿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 ☐
- ¿El paciente tiene al menos un diente molar permanente con un **sellador con retención parcial o total**? Sí ☐ No ☐
- ¿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 ☐
- ¿El paciente experimenta **dolor, absceso o hinchazón? (Necesidad de atención urgente)** Sí ☐ No ☐
- ¿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?**

--	--
- ¿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?**

--	--
- ¿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.