



2024 - 2025 Formularios para el Estudiante

SE INCLUYEN FORMULARIOS IMPORTANTES
QUE NECESITAN DE SU FIRMA



2024-2025

Formularios para el Estudiante

Por favor lea todo el cuadernillo, complete y devuelva los formularios correspondientes a la escuela de su estudiante. El cuadernillo completo Formularios para el Estudiante 2024-2025 lo puede encontrar en la página de internet de CMS: www.cmsk12.org

TABLA DE CONTENIDO

Acuerdos sobre tecnología para estudiantes.....	1-3
Asignación de casillero estudiantil (Grados 6-12).....	4
Participación en Educación Física (Grados K-12)	4
Formulario publicación de fotos y videos	5
Formulario Exención de responsabilidad de instrumentos musicales	6
Autorización de medicación para estudiantes de CMS.....	7-9
Formulario para Autorización de Dieta Especial.....	10
Formulario de Exclusión Voluntaria de One Access.....	11
Certificación de Elegibilidad Título VI para estudiantes	12

Misión y Visión

La misión de las Escuelas de Charlotte- Mecklenburg es crear un entorno innovador, inclusivo y centrado en el estudiante que favorezca el desarrollo de aprendices independientes.

La visión de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg es liderar la comunidad en excelencia educativa, inspirando la curiosidad intelectual y los logros para que todos los alumnos alcancen su pleno potencial.

En cumplimiento con la Ley Federal, las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas educativos, actividades de empleo y admisiones sin discriminar a ninguna persona por motivos de sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad o discapacidad. Las consultas relativas al cumplimiento del Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, que prohíbe la discriminación por razón de sexo en los programas o actividades educativas pueden remitirse al Coordinador de Título IX del Distrito a titleixcoordinator@cms.k12.nc.us a la oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de los Estados Unidos.

Las escuelas de Charlotte- Mecklenburg también proporcionan accesibilidad según lo exigido por la Ley Estadounidense Con Discapacidad (ADA, siglas en Ingles). Si se necesitan ayudas auxiliares para la comunicación para participar en un programa o servicio de CMS, notifíquelo al coordinador de ADA del distrito al menos una semana antes de que comience el programa o servicio. Llame al 980-343-6661 o envíe un correo electrónico: accessibility@cms.k12.nc.us

ACUERDO DEL USO DE TECNOLOGÍA PARA ESTUDIANTES

Antes de que a los estudiantes se les dé acceso a Internet desde las computadoras de CMS o se les permita utilizar de otro modo la red de CMS, deben aceptar los términos del "Acuerdo de uso de Internet para estudiantes". Este Acuerdo define los objetivos educativos y los lineamientos de uso, informa a los estudiantes usuarios que sus actividades en línea están sujetas a supervisión y establece usos inaceptables que pueden dar lugar a la revocación del acceso y a posibles acciones legales. Los padres de alumnos menores de 18 años que no deseen que sus hijos utilicen la red CMS ni accedan a Internet en la escuela deben notificarlo por escrito (S-SINT).

ACUERDO DE USO DE INTERNET PARA ESTUDIANTES DE CMS			
<i>Los estudiantes deben aceptar este Acuerdo antes de poder iniciar sesión en una computadora de CMS que esté conectada a la red de CMS.</i>			
Entiendo que mi escuela tiene computadoras e Internet para que pueda aprender más sobre lo que estoy estudiando en mi clase. Los estudiantes de mi escuela también utilizan una computadora para sacar libros de la mediateca.			
En el Manual del Estudiante hay normas que debo cumplir si quiero utilizar Internet en la escuela. Mi maestro me ha explicado estas normas y las entiendo. Si no sigo las normas y las indicaciones de mi maestro al utilizar Internet, es posible que no se me permita utilizarlo en la escuela. No seguir estas normas también puede significar que he infringido las normas del Código de Conducta del Estudiante. Podrían sancionarme o suspenderme de clase por no seguir las normas y las indicaciones de mi maestro.			
NORMAS DE USO DE LA RED DE CMS O INTERNET PARA ESTUDIANTES			
La infracción de las normas de uso de Internet o de la red de CMS es un asunto grave. Los estudiantes que no sigan las "Reglas de Netiqueta" o realicen actividades que sean "Usos Inaceptables" están infringiendo el Código de Conducta del Estudiante de CMS y también pueden estar infringiendo las leyes de los Estados Unidos o de Carolina del Norte.			
<i>La siguiente lista es un resumen del Reglamento S-SINT/R "Uso de Internet y acceso a la red para estudiantes" y de la política S-SINT, "Uso de Internet para estudiantes", que contiene una exposición más detallada de estas normas. El reglamento se reproduce en el Manual de padres y alumnos y está disponible en línea en www.cms.k12.nc.us.</i>			
Usos inaceptables: <ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de la red de CMS • Introducir (o intentar introducir) virus en la red • Hackear • Pedir a otras personas que hagan cosas ilegales • Mirar material amenazador o pornográfico • Usar malas palabras, palabras que hieran o amenacen a otras personas • Enviar mensajes o imágenes sobre sexo • Copiar el trabajo de otras personas/plagio • Vender cosas • Trabajar para un candidato político • Enviar cartas en cadena o pedir dinero (phishing) • Publicar fotos de un estudiante o de trabajos escolares sin permiso • Facilitar información personal sobre otros estudiantes o miembros del personal sin su permiso • Reenviar correos electrónicos sin permiso del autor • Dar información que pertenece a una empresa sin permiso 			
CONSECUENCIAS DE LOS USOS INACEPTABLES (Norma del Código de Conducta)			
NIVEL 1: Charla	NIVEL 2: Intervención	NIVEL 3: Suspensión de 1 a 5 días	NIVEL 4: Suspensión de 6 a 10 días

NOTIFICACIÓN AL PADRE/MADRE/TUTOR y ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	GRADO	IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE
APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR	FECHA	

Se me ha entregado un dispositivo y un cargador de Charlotte-Mecklenburg Schools (CMS). Me comprometo a mantener estos objetos seguros y en buen estado. Seguiré los lineamientos para el cuidado del dispositivo que se explican a continuación.

TARIFAS DE LOS DISPOSITIVOS	
<i>Los estudiantes y los padres/tutores son responsables del costo de reparación de los dispositivos que hayan sido dañados, perdidos o robados mientras estaban en su posesión.</i>	
LISTA DE TARIFAS	ALGUNOS EJEMPLOS
\$10 para cargadores	Perdido o dañado: Cargadores para Chromebook, Cargadores para iPad
\$15 por dispositivo	Teclado dañado, pantalla dañada, conector de auriculares/puerto de carga dañado, carcasa
\$50 por pérdida y robo o sustitución total	Pérdida, robo o daños irreparables: Chromebooks, iPads, hotspots
\$5 por gastos varios	Teclas de teclado perdidas, placas de identificación, etiquetas o códigos escritos del equipo

NORMAS Y REGLAMENTOS
<p>SEGURIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Me comprometo a estar al tanto en todo momento dónde se encuentra el dispositivo que se me ha asignado. Nunca dejaré desatendido el dispositivo que me han asignado. Debe asegurarse adecuadamente cuando no se utilice. Entiendo que no se me permite prestar mi dispositivo asignado a nadie bajo ninguna circunstancia. Reconozco que el dispositivo asignado está equipado con funciones de seguridad con fines de seguimiento y que mi uso será supervisado. Daré prioridad a mi seguridad personal y actuaré con discreción cuando utilice el dispositivo, evitando acciones que puedan atraer una atención no deseada. <p>CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Tomaré medidas para evitar rayones en la pantalla de mi dispositivo asignado. Me aseguraré de mantener alimentos y bebidas lejos de mi dispositivo asignado para evitar cualquier daño. Me abstendré de marcar, dibujar, escribir o colocar calcomanías no aprobadas en el dispositivo o su carcasa. Entiendo que cualquier intento de desmontar o reparar cualquier parte de mi dispositivo asignado no está permitido, y me comprometo a no llevar a cabo tales acciones. En caso de daños, incluyendo pero no limitado a arañazos, grietas o abolladuras, informaré inmediatamente de los daños a la administración de la escuela en un plazo de 24 horas. Si mi dispositivo asignado es robado o vandalizado, presentaré un informe policial y notificaré rápidamente a la administración de la escuela en un plazo de 24 horas. <p>USO</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguiré la Política de Uso Aceptable de CMS (AUP) para el uso de los dispositivos y sistemas de red de CMS. No reformatearé el dispositivo, no manipularé los ajustes de seguridad ni cambiaré su sistema operativo. Respetaré todos los derechos de autor y acuerdos de licencia de software aplicables que prohíben la descarga de medios y software que no hayan sido adquiridos legalmente. No participaré en ningún tipo de acoso o actos de intimidación (ciberacoso) para perjudicar a otras personas utilizando mi dispositivo asignado o cualquier otro dispositivo electrónico(S-DISC/R). <p>RESPONSABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Entiendo que mi dispositivo asignado está sujeto a inspección por cualquier miembro del personal, profesor o administrador de la escuela, en cualquier momento y sin previo aviso. Entiendo además que el dispositivo sigue siendo propiedad de CMS. Acepto devolver el dispositivo y el cargador en buenas condiciones de funcionamiento inmediatamente a petición de CMS. Devolveré el dispositivo asignado a mi centro escolar cuando me lo soliciten, si me doy de baja, me expulsan o finalizo la matrícula en mi escuela por cualquier motivo. Completaré las lecciones de Ciudadanía Digital.

Responsabilidad por los dispositivos prestados a los estudiantes

Este aviso describe sus responsabilidades legales en relación con el dispositivo y el cargador que las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg (CMS) prestan a su hijo.

CMS puede responsabilizar a un padre o tutor de cualquier menor que voluntariamente desfigure, dañe o no devuelva cualquier propiedad de CMS ([S-DISC/R](#)).

- Acepto las condiciones de *Seguridad, Cuidado, Uso y Responsabilidad* que figuran en el *Reglamento* de la página anterior. Entiendo que si mi hijo no respeta estas normas y *reglamentos*, lo que resulta en el daño o pérdida de su dispositivo asignado, soy responsable de pagar las tarifas asociadas con el daño o pérdida.
- El dispositivo asignado al alumno es propiedad de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg, con el único fin de ser utilizado por el estudiante al que ha sido asignado.
- Asimismo, me comprometo a cumplir la Política de uso aceptable de los equipos informáticos de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg y el Acuerdo de uso de Internet por parte de los alumnos de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg.

Nombre del alumno en letra de imprenta (apellidos, nombre): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre (tutor) en letra de imprenta: _____

Firma del padre/madre (tutor): _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE CASILLERO ESTUDIANTIL (GRADOS 6 - 12)

Los casilleros son propiedad del distrito. Estos deben contener únicamente los materiales necesarios para la escuela y están sujetos a inspecciones autorizadas en cualquier momento, incluyendo inspecciones olfativas realizadas por perros especialmente adiestrados, tal como lo permite la Política de la Junta Directiva JIHD.

Firma del estudiante: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Escuela: _____ No. de casillero asignado: _____

Fecha de asignación: _____ Fecha: _____

Asignado por: _____ Combinación del casillero: _____

PARTICIPACIÓN EN CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA (GRADOS K - 12)

Todos los estudiantes participarán en la clase de Educación Física. A ningún alumno se le permitirá renunciar o sustituir el requisito de educación física por otras clases, excepto en los siguientes casos: La educación física adaptada se incluirá como parte del programa de Educación Individualizada para estudiantes con un problema de salud crónico, otras discapacidades, u otras necesidades especiales que impiden seguir con la sección de los Estándares Esenciales de Educación Física: IDEA: <http://goo.gl/1Tuike>.

Nombre del estudiante: _____

Maestro (a): _____ Grado: _____

Escuela: _____

Por favor seleccione una de las opciones:

- Mi hijo(a) puede participar totalmente en la clase de Educación Física.
- Me gustaría que el maestro(a) de Educación Física estuviera al tanto de los siguientes problemas de salud (p. ej., diabetes, reacciones alérgicas, asma, afecciones cardíacas) que pueden requerir modificaciones o un programa de Educación Física especialmente diseñado:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA TOMA DE FOTOS Y VIDEOS

Yo autorizo a las Escuelas de Charlotte- Mecklenburg el derecho ilimitado a utilizar y/o reproducir fotografías*, retratos o la voz de mi hijo(a) de cualquier manera legal y para las actividades promocionales e informativas internas o externas de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También acepto que mi hijo(a) sea entrevistado y/o fotografiado* por representantes de los medios de comunicación externos, personal de la escuela y Servicios de Comunicación de CMS en relación con cualquier cobertura de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg en la que él/ella participe. También acepto que se publique el trabajo y/o la fotografía* de mi hijo en cualquier comunicación de CMS, incluidos los sitios web y de intranet, los canales de medios sociales y de difusión y las publicaciones impresas y electrónicas. Además, entiendo que, al firmar este comunicado, renuncio a todos y cada uno de los derechos de compensación presentes o futuros por el uso de los materiales mencionados anteriormente, incluidos los medios impresos, electrónicos y en línea.

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Nombre del maestro(a) de la clase: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre /tutor (escriba en imprenta): _____

Dirección del padre/madre /tutor: _____

**Cuando se refiere a "Fotografía" este Formulario de Autorización se refiere únicamente a fotografías y vídeos de su hijo(a) solo(a). Las fotografías y videos de grupo (dos o más niños), sin información de identificación adicional, se consideran Información del Directorio. Por favor consulte la hoja de información de la "Ley Federal de los Derechos de Educación y Privacidad de la Familia (FERPA) en el Manual de Padres y Estudiantes.*

This information needs to be completed by school officials only.

(Esta información será completada por el personal de la escuela)

Your Name: _____ Date: _____

Type of Material

- Photograph
- Slide
- Videotape
- Other (please specify) _____

Use of Material

(Please provide additional information such as name of news outlet, brochure, purpose of presentation, etc.)

- News outlet _____
- CMS website/Intranet site _____
- Brochure _____
- PowerPoint presentation _____

Los alumnos registrados en cualquier instrumento musical (banda, orquesta, guitarra, etc.) deben completar este formulario.

Áreas para Almacenar los Instrumentos

Si fuera necesario, las escuelas pueden habilitar zonas de almacenamiento para guardar los instrumentos durante toda la noche. Estas áreas de almacenamiento no son los casilleros individuales, sino estanterías abiertas. Dado que los estudiantes tienen acceso a estas zonas, así como a otras áreas del campus, la Junta de Educación de Charlotte- Mecklenburg no asume ninguna responsabilidad por ningún daño o pérdida de los instrumentos guardados en estos lugares, en los autobuses o en las paradas de los autobuses.

Instrumentos que son Propiedad de la Escuela

Antes de que un instrumento propiedad de la escuela pueda ser asignado al estudiante, los padres o tutores deben completar un **Formulario de Préstamo de Instrumentos Musicales**, declarando que los estudiantes son *financieramente responsables del instrumento más allá del desgaste normal*. Este formulario se puede obtener con el/la maestro(a) de música instrumental.

Cambio de Instrumento

Todos los cambios de instrumentos son a discreción del director musical.

Reparación de Instrumentos

Si un instrumento propiedad de un alumno necesita reparación, debe llevarse a un taller de reparación de instrumentos de manera oportuna. Por favor, proporcione una nota escrita o un correo electrónico de los padres o tutores con el nombre del taller de reparación, la fecha en que el instrumento fue llevado y cuando se espera que sea devuelto para que la calificación de su hijo(a) no se vea afectada. Los instrumentos propiedad de la escuela que necesiten reparación deben ser llevados directamente a la atención del director de música.

Nombre de la escuela: _____
(Escriba en letra imprenta)

Nombre del estudiante: _____
(Escriba en letra imprenta)

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de la Escuela:	Número de Teléfono de la Escuela:	Fax:
Nombre del Estudiante (Por favor escriba en letra impresa):		Fecha de Nacimiento del Estudiante:

Padre/Tutor: Por favor, lea ambas páginas de la orden de medicación. Firme y feche la parte inferior de ambas páginas para confirmar su acuerdo.

- Siempre que sea posible, los medicamentos deben tomarse antes o después de las clases. No se aconseja la administración de medicamentos sin receta en la escuela.
- Se requiere el consentimiento por escrito del padre/tutor y una orden de un proveedor de atención médica autorizado en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y de venta libre en la escuela (Póliza JLCD /Regulación JLCD-R de CMS). Póngase en contacto con la enfermera de la escuela para obtener ayuda si se traslada desde otro estado con ordenes de un proveedor. Algunos medicamentos pueden no ser adecuados para un entorno escolar. Es posible que se requiera documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: medicamentos de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). Contacte a la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta.
- A menos que se modifique por escrito, este plan se utilizara durante todo el curso escolar en el que fue redactado.
- Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.
- No se administrará ningún medicamento en la escuela hasta que la enfermera escolar haya aprobado esta autorización.
- Se requieren nuevos formularios de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando cambia la dosis o las instrucciones y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Los padres/tutores deben suministrar los medicamentos.
- Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o del consultorio del proveedor de atención médica. Algunas farmacias proporcionan un envase adicional para uso escolar.
- La información sobre esta medicación y la salud del alumno puede compartirse con otros miembros del personal escolar o personal de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito del estudiante en la escuela.
- La enfermera escolar puede ponerse en contacto con el profesional sanitario que receto la medicación y con la farmacia donde surtió la receta para hablar de esta medicación y de la salud del alumno.

Healthcare Provider's Name / Address / Phone / Fax Nombre del Proveedor del Servicio de Salud/Dirección/Teléfono/Fax	Fax Parent/Guardian Contact Information (please print) (información de Contacto de los Padres/ Tutores (escriballo))	
(Por favor escríballo o use el sello)	Parent/Guardian: (Nombre padre/madre/tutor)	
	Phone: (Teléfono)	Phone: (Teléfono)
	Parent/Guardian: (Nombre padre/madre/tutor)	
	Phone: (Teléfono)	Phone: (Teléfono)

He leído y entiendo la "Información Importante Sobre la Administración de Medicamentos en Las Escuelas de CMS" en esta orden de medicación. Doy permiso para que mi hijo(a) reciba el medicamento señalado en este plan, durante el horario escolar. Doy permiso para que el proveedor de atención médica, farmacéutico y a su personal proporcionen información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo(a). En nombre de mi hijo(a) dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte- Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo(a) tome este medicamento en la escuela.

Nombre de Padre de Familia/Tutor (escriballo en letra imprenta)	Firma	Fecha
---	-------	-------

FOR SCHOOL USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA)					
Date Received:	Medication Received?	Date Approved:	Entered in EHR?	<input type="checkbox"/> Student Self Carries <input type="checkbox"/> Medication in Health Room <input type="checkbox"/> Medication in Classroom	
Receiver's Signature:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nurse's Signature:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS ALUMNOS DE CMS (CONTINUACIÓN)

Nombre de la Escuela	Número de Teléfono de la Escuela #	For School Use Only (Uso exclusivo de la escuela)
		Date Received/Receiver's Signature:
Fax		Medication Received? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Nombre del Estudiante (Por favor escríbalo en letra imprenta)	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Date Approved/Nurse's Signature
		Entered in EHR? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

Se requiere el consentimiento por escrito del padre/tutor y una orden de un proveedor de atención médica autorizado en Carolina del Norte para administrar medicamentos recetados y de venta libre en la escuela (Póliza JLCD /Regulación JLCD-R de CMS). Póngase en contacto con la enfermera de la escuela para obtener ayuda si se ha mudado desde otro estado con órdenes de un proveedor. Algunos medicamentos pueden no ser adecuados para un entorno escolar. Es posible que se requiera documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: medicamentos de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves inmediatos). Contacte a la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta.

SECTION 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION

- When possible, medications should be taken before or after school. Administration of non-prescription medications at school is discouraged.
- CMS action plans for asthma, diabetes, seizure disorders and severe allergies may be used instead of this form. See CMS Coordinated School Health webpage.
- When using this form, complete a separate form for each medication; write legibly; use lay terms.
- Complete Section 3 for students who will self-carry and/or self-medicate.

Medication: (Generic/Brand)	Controlled Substance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Dose/Dosing Instructions:	Route:
Administration Time: _____ Relationship to meals: <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> With meals <input type="checkbox"/> With snacks <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> PRN (specify time interval):
Purpose:	Check here if this medication is to be used for emergencies only. <input type="checkbox"/>
Side Effects/Adverse Reactions:	
Anticipated length of treatment: <input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> _____ Months <input type="checkbox"/> _____ Weeks <input type="checkbox"/> _____ Days	Other Instructions (including emergency situations):

In my professional opinion, it is medically necessary for this student to receive this medication during school hours.

Signature of Healthcare Provider: _____ **Date:** _____

Stamp, Print or Type Healthcare Provider's Name & Address	Office Phone
	Office Fax

SECCION 2: CONSENTIMIENTO DE PADRE / TUTOR LEGAL

- Yo entiendo: No se dará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera de la escuela. Se requieren nuevos formularios de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando cambie la dosis o las instrucciones, y cuando se recete un nuevo medicamento. Es mi responsabilidad suministrar la medicación. Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o del consultorio del proveedor de atención médica. Algunas farmacias proporcionan un envase adicional para uso escolar. La información sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a) puede ser compartida con el personal de la escuela o agentes de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito de mi hijo(a) en la escuela. La enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con el proveedor de atención médica que recetó el medicamento y con la farmacia donde se surtió la receta, para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a). Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.
- Doy permiso para que mi hijo(a) reciba la medicación descrita anteriormente durante el horario escolar. Doy permiso para que el proveedor de atención médica, farmacéutico y a su personal proporcionen información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo(a).
- En nombre de mi hijo(a) dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte- Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo(a) tome este medicamento en la escuela.

Firma de Padre/ Tutor legal:	Fecha:	Números Telefónicos (Celular, trabajo, casa):

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS ALUMNOS DE CMS (CONTINUACIÓN)

SECCIÓN 3: Autorización para la Automedicación de los Estudiantes de CMS

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Nombre del Medicamento

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD DE CMS PARA LA AUTOMEDICACIÓN

Los alumnos con enfermedades crónicas como asma, diabetes, alergias graves y los que necesitan dosis frecuentes de productos sin receta pueden optar a la automedicación. La autoadministración de una sustancia controlada se considerará en raras ocasiones en las que puedan producirse episodios médicos potencialmente perjudiciales. Para la automedicación, los alumnos 1) deben ser mental, emocional y físicamente capaces de auto administrarse la medicación, 2) deben haber sido instruidos en el uso adecuado y la custodia segura de sus medicamentos, 3) deben demostrar un comportamiento maduro y responsable al utilizar su medicación 4) deben mantener su medicación para sí mismos o de alguna otra manera acordada con la enfermera y la administración de la escuela y 5) no deben compartir la medicación ,ni mostrarla a otros alumnos. El privilegio de poder automedicarse puede ser retirado si existe una causa justificada. El incumplimiento de las políticas y reglamentos de CMS puede resultar en acciones disciplinarias como se indica en el Código de Conducta Estudiantil. La Junta de Educación de CMS, sus designados y agentes, no asumen responsabilidad por la automedicación de los estudiantes. Detalles adicionales se indican en la Póliza JLCD/Regulación JLCD de CMS.

HEALTHCARE PROVIDER (PROVEEDOR DE SALUD)

The student named above meets the CMS eligibility requirements for self-medication. This student is capable of, has been instructed on the procedures for and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed in Section 1 of this form. This student will not require adult supervision while taking this medication. **Check applicable items below:**

- This medication is a controlled substance.
- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours.
- This student should always carry this medication with him/her during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities.

Healthcare Provider Signature:	Date:
Healthcare Provider (Print Name):	

PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL

Mi hijo(a) es capaz de automedicarse y cumple con los requisitos de elegibilidad de CMS. Doy mi consentimiento a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg para que permitan que mi hijo(a) se auto administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y la custodia de este medicamento. Me aseguraré de que mi hijo(a) lleve a la escuela el medicamento correcto y no caducado. Si este medicamento es para una emergencia potencialmente mortal, como anafilaxia o asma, acepto proporcionar un suministro de reserva del medicamento que se mantendrá en la escuela en un lugar al que mi hijo(a) tenga acceso inmediato para asegurar que el medicamento esté disponible si es necesario. Libero a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda suceder como resultado de que mi hijo(a) lleve o tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a) puede ser compartida con otro personal escolar y agentes de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y el éxito de mi hijo(a) en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que recetó el medicamento y con la farmacia donde se surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a).

Firma del Padre/Tutor Legal:	Fecha:
Nombre del Padre/Tutor Legal (Escriba en letra imprenta):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar esta medicación por mí mismo(a). Me comprometo a tomar este medicamento tal y como se me ha ordenado. Lo mantendré en un lugar seguro y fuera de la vista de los demás cuando no lo esté utilizando. No permitiré que otras personas tengan o utilicen mi medicación o suministros médicos. Entiendo que seré disciplinado bajo el Código de Conducta Estudiantil de CMS si abuso del privilegio de ser permitido automedicarme mientras estoy en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que puedo perder el privilegio de auto administrarme mi medicación si no sigo estas reglas. Entiendo que, si me auto-administro mi medicación y mis síntomas no mejoran, notificaré a la enfermera de la escuela o a otro miembro del personal de CMS.

Firma del Estudiante:	Fecha:
Nombre del Estudiante (Letra Imprenta):	

SCHOOL NURSE (ENFERMERA DE LA ESCUELA)

I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication and has the correct and non-expired medication with them at the time of signage of this document. I have informed this student that he or she must tell an appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

Nurse Signature:	Date:
Nurse (Print Name):	

PRINCIPAL / DESIGNEE (DIRECTOR/ PERSONA DESIGNADA)

I have reviewed this request and approve this student for self-administering this medication.

Principal/Designee Signature <u>and</u> Print Name:	Date:
---	-------



Medical Statement for Students with Unique Mealtime Needs for School Meals

Return completed form to: CMS School Nutrition Services PO Box 668847 Charlotte, NC 28266 Phone (980) 343-6041 Fax (980) 343-6045 specialdiets@cms.k12.nc.us

DO NOT WRITE IN THIS AREA

9154476286

PART A Parent / Guardian: Complete Items 1 - 15 (Padre/madre/tutor: complete la información en los espacios 1 al 15)

Parent/Guardian: It is REQUIRED that this completed form be returned to CMS School Nutrition Services. This form must be completed by a state licensed authorized medical authority each time student's diagnosis or change of treatment is indicated. This written statement will remain in effect until the parent or legal guardian revokes such statement.

* Monthly menus with carbohydrate content in grams and major food allergens are posted at http://cms.nutrislice.com. A completed Diet Order Form is not required if nutrislice information is sufficient for parent/guardian to manage a student's diet at school.

1) Student's Power School # (N° de estudiante) 2) Student's Last Name (Apellido del estudiante) 3) Student's First Name (Nombre del estudiante) 4) Date of Birth (Fecha de nacimiento)

5) Request Type (Solicitud) 6) School (Escuela) 7) Grade (Grado) 8) Meals Eaten at School (Los alimentos que su niño(a) consumirá en la escuela)

Parent/Guardian Contact Information (Información del padre/madre/tutor)

9) Name (Nombre) 10) Phone Number (Teléfono) 11) Mailing Address, City, State, Zip (Dirección postal, ciudad, estado, código postal)

12) E-mail Address (We will use this to send acknowledgement and details of your child's menu plan. PRINT NEATLY)

13) Does the student have an identified IEP or 504 Plan? ¿Ha sido el estudiante identificado con una PEI o Plan 504?

14) Request for fluid milk substitution and cultural/personal preferences do not require medical approval. If you request a substitute for fluid milk, state the medical or dietary need that restricts the student's diet.

15) I consent to the exchange of information between the Healthcare Provider and district/school personnel, as needed.

Parent / Guardian Signature (required for processing) X Date (Fecha)

PART B/Food Allergies (Items 16 - 20 to be completed by a RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY, i.e. Licensed physicians, physician assistants, nurse practitioners, and registered dietitians)

16) Does the student have a medical condition or severe food allergy warranting a special diet? Yes No If "YES", specify Describe major life activities affected

17) Please check all food(s) to omit from the child's meals while at school due to the above noted medical condition or severe food allergy: DAIRY, WHEAT / GLUTEN, SOY, EGG, PEANUTS OR TREE NUTS, FISH OR SHELLFISH, SESAME, CORN, OTHER

18) Food Texture Modifications: Designate safest consistency, CHOOSE ONE: Pureed Ground Chopped

19) Other Nutrition Requirements due to documented concern in Section #16: Please specify:

20) Recognized Medical Authority* Information Form will be returned to parent / guardian and NO accommodations will be made if this section is not filled in its entirety.

Signature of Recognized Medical Authority* Printed Name of Recognized Medical Authority* Date *A recognized medical authority in N.C. includes licensed physicians, physician assistants, nurse practitioners, and registered dietitians.

PART C (To be completed by SCHOOL DISTRICT REGISTERED DIETITIAN) NOTES: (School Nutrition Registered Dietitian)

School Nutrition Registered Dietitian Signature: Date:



Las escuelas y las bibliotecas de Charlotte Mecklenburg se han asociado para apoyar la educación continua de los estudiantes. Compartimos la creencia de que el amor por los libros y el aprendizaje es una base sólida para el éxito de los estudiantes, y con estos objetivos compartidos en mente es que estamos trabajando juntos para asegurar que cada estudiante CMS tenga acceso a los libros y recursos que se encuentran en su biblioteca pública.

A través de esta asociación, los estudiantes de CMS pueden utilizar su número de identificación de estudiante para acceder y sacar recursos de la biblioteca pública. Llamamos a esta iniciativa **“ONE Access”** en inglés, porque un número (el número de identificación del estudiante de CMS) es todo lo que el estudiante necesita. Visite cmlibrary.org/oneaccess

Formulario De Exclusión de “ONE Access” Para Padres

Si desea que su alumno(a) participe en ONE Access en el curso 2024-2025, no tiene que hacer nada. Su estudiante será inscrito automáticamente.

Si **no desea que su estudiante participe**, entonces por favor complete este formulario de exclusión de los padres y devuélvalo a cualquier sucursal de la Biblioteca Charlotte Mecklenburg

Nombre del Estudiante (Por favor escríbalo en imprenta)

Escuela

Grado

Número del Estudiante (ID)

Nombre del padre o Tutor (en imprenta)

Número Telefónico

Al firmar este formulario, entiendo que mi estudiante no tendrá una cuenta de biblioteca ONE Access. También entiendo que al firmar este formulario mi estudiante no podrá participar en el uso de los recursos de la biblioteca en el aula a menos que tenga una tarjeta de la Biblioteca de Charlotte Mecklenburg y conozca el número completo de la tarjeta y el PIN.

Firma Padre/Tutor

Fecha



CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE INDIO AMERICANO TITULO VI ED

OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE EE.UU. PARA LA EDUCACIÓN DEL INDIO AMERICANO

Padres: Por favor devuelva este certificado completado a la escuela de su estudiante. Para poder solicitar un subsidio según la fórmula del Programa de Educación del Indio Americano, la escuela de su hijo debe determinar el número de niños nativos americanos matriculados. Cualquier niño que cumpla con la siguiente definición puede ser contado para este propósito. Usted no está obligado a rellenar o enviar este formulario a la escuela. Sin embargo, si decide no presentar el formulario, la escuela no podrá contar a su hijo para la financiación del programa. **Este formulario deberá conservarse en el expediente y no será necesario llenarlo todos los años.** Cuando proceda, la información contenida en este formulario podrá divulgarse con su consentimiento previo por escrito o con el consentimiento previo por escrito de un estudiante que reúna los requisitos (mayor de 18 años), o si la ley lo autoriza de otro modo, siempre que hacerlo esté permitido por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act), 20 U.S.C. § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Definición: Indio significa un individuo que es (1) Miembro de una tribu o grupo indio americano, tal y como la pertenencia a la misma sea definida por la tribu o grupo indio americano, incluyendo cualquier tribu o grupo extinguido desde 1940, y cualquier tribu o grupo reconocido por el Estado en el que reside la tribu o grupo.; (2) Un descendiente de un padre o abuelo que cumpla los requisitos descritos en el párrafo (1) de esta definición; (3) Considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; (4) Un esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska; o (5) Un miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación Indígena de 1988, tal como estaba en vigor el 19 de octubre de 1994.

Nombre del menor _____ Fecha de Nacimiento _____
(Según consta en los registros de matriculación escolar) Por favor, tenga en cuenta: Se requiere un formulario por cada hijo indio inscrito.

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

INSCRIPCIÓN DE LA TRIBU

Nombre del individuo inscrito en la tribu: _____
(La persona nombrada debe ser descendiente en primera o segunda generación)

El individuo con pertenencia tribal es el: __ Niño(a) __ Padre/Madre del menor __ Abuelo(a) del menor __ Tutor del menor

Nombre de la tribu o grupo a la que el individuo mencionado anteriormente afirma pertenecer _____

La Tribu o grupo es (marque solo uno):

- Reconocido federalmente Reconocido por el Estado Tribu Desaparecida (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)
- Miembro de un grupo indígena organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación del Indio Americano de 1988, vigente desde el 19 de octubre de 1994. (Documentación requerida. Debe estar adjunta a este formulario)

Comprobante de inscripción en la tribu o grupo mencionado anteriormente, según lo definido por la tribu o grupo:

A. Membresía o número de inscripción (si está disponible) _____ ó

B. Otra evidencia de pertenencia a la tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte) _____

Nombre y dirección de la tribu o grupo que mantiene los datos de registro de los individuos mencionados arriba:

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

DECLARACION CERTIFICADA: Yo confirmo que la información provista arriba es correcta:

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____ Firma _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Correo electrónico _____ Fecha _____

AVISO: Reporte Público de Exceso de Trámites al reverso de esta hoja.
También se proporciona información de contacto para el programa de Educación del Indio Americano Título VI.

DECLARACIÓN SOBRE EL EXCESO DE TRÁMITES

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que ésta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recolección de datos es 1810-0021. Se estima que el tiempo necesario para completar esta parte de la recolección de datos por tipo de encuestado es, en promedio, de 15 minutos por formulario de certificación de estudiante indio americano (ED 506); incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. **Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a:** U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. **Si tiene comentarios o inquietudes sobre el estado de su envío individual de este formulario, escriba directamente a:** Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335.

Escuelas de Charlotte-Mecklenburg

Por Favor entregue una copia completa de este formulario de Título IV ED
Certificado de Elegibilidad del Estudiante Indio Americano a:

Chiquitha Lloyd

Directora Ejecutiva de Diversidad, Equidad e Inclusión
Programa de Educación India Americana Título VI

4421 Stuart Andrew Blvd., Suite 350

Charlotte, NC 28217

Courier #835-A

980-343-8638 - Oficina

980-343-7135 - Fax

diversity@cms.k12.nc.us

CharMeckschools



P.O. BOX 30035, CHARLOTTE, NC 28230 | cmsk12.org