

Centro de Aprendizaje Alternativo

Programa Disciplinario Alternativo de Austin ISD

4900 Gonzales Street | Austin, TX 78702

alc.austinschools.org | 512-414-2554

Paquete de Registración

2023-2024

"Si ves a un niño de diferente manera, ves a un niño diferente."

- Mary Elizabeth

Registración en Español

Lunes a Jueves a las 8:00 am



AUSTIN

Independent School District

La orientación en Español para nuevos estudiantes se lleva a cabo lunes a jueves a las 8:00 am.

Favor de llegar a tiempo ya que no se permitirán llegadas tardías

y tendrá que registrarse al día siguiente.

Favor de tratar de completar los materiales de registro antes de llegar al Centro de Aprendizaje Alternativo para la orientación de nuevos estudiantes. Los estudiantes deben ser inscritos por un padre o tutor legal

IMPORTANTE: Si necesita la orientación en español, necesita llegar a las 8 a.m. para la traducción.

Centro de Aprendizaje Alternativo
Formulario de información del estudiante

¿Tiene la intención de enviar físicamente a su estudiante a la escuela? Sí No

Fecha: _____ Escuela origen: _____

APELLIDO legal: _____ Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ No.º de id. del AISD del estudiante: _____

Grado: _____

Grupo étnico: Hispano No hispano

Raza: Indoamericana/Nativa de Alaska Negra/Afroamericana

Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico Blanca _____

Sexo: Masculino Femenino _____

Información del padre de familia o tutor legal

Relación: _____ Fecha de nacimiento (requerida por la ley del estado): _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Domicilio: _____

Reside el estudiante en este domicilio? Sí No

Número(s) de teléfono: _____

Relación: _____ Fecha de nacimiento (requerida por la ley del estado): _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Domicilio: _____

Reside el estudiante en este domicilio? Sí No

Número(s) de teléfono: _____

Información de contacto alternativo

Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____

¿Lo podemos llamar en caso de emergencia? Sí No

Can Pick-up? Sí No

Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____

¿Lo podemos llamar en caso de emergencia? Sí No

Can Pick-up? Sí No

Información adicional

Servicios especiales (circule lo que corresponda): 504 Educación especial Dotados y talentos Clases de ESL / bilingües

Método de Transporte (circule uno): Los padres lo recogen Los padres lo recogen Caminan Autobús de la ciudad

(Al firmar, entiendo que toda la información anterior que he proporcionado es correcta.)

Firma del padre de familia u tutor legal: _____ Fecha: _____

Centro de Aprendizaje Alternativo

Contrato de los Padres

- Nuestro objetivo es que cada estudiante regrese a su escuela base en la mínima cantidad de tiempo necesario. Cuando los estudiantes se involucran en asuntos académicos y siguen las expectativas inevitablemente tendrán éxito todos los días y regresarán a su escuela base en la menor cantidad de tiempo necesario.
- Nosotros utilizamos practicas restaurativas para asistir a nuestros estudiantes a resolver problemas y tomar decisiones sanas. Se utilizan todas las maneras posibles para que su estudiante tenga un día exitoso en ALC.
- Habrán ocasiones en que los estudiantes toman decisiones incorrectas las cuales resultan en una suspensión de la escuela. Por consiguiente, el personal de la escuela debe poder contactarlo a cualquier hora durante el horario escolar. El personal de ALC lo contactarán a los numeros que usted a suplido durante el proceso de registracion. Porfavor contácte a la Oficina de Registracion si sus numeros de telefono han cambiado al 512-414-3692 ó 512-414-3658.
- Si una suspension es necesaria, usted podra ser contactado para que venga a recoger a su estudiante, puede autorizar que el estudiante se regrese a su casa por medio del autobus de la ciudad, ó le puede autorizar a su contacto de emergencia que recoja a el estudiante.
- Una conferencia con un miembro de la administracion será requerida antes que el estudiante suspendido pueda regresar al programa de ALC.
- Yo entiendo que hay articulos que no son permitidos en ALC y podran ser confiscados. Aunque los articulos son guardados en un lugar seguro, yo entiendo que estos articulos podran perderse y entiendo que ALC no es responsable de tales articulos. Entiendo que habran veces que los articulos prohibidos no se les devolveran al estudiante.
- Entiendo que mientras mi estudiante esté en el programa de ALC, no sera permitido estar en ninguna otra escuela ni asistir a ninguna funcion del distrito de Austin. Entiendo que si mi estudiante es encontrado en cualquier otra escuela, sera sometido a acciones diciplinarias y a una citacion de infraccion penal.
- Los estudiantes que tengan una mala conducta persistente con múltiples suspensiones mientras estén en el ALC, pueden tener consecuencias más graves hasta e incluyendo la expulsión del Distrito de Austin y ser enviados al Programa de Educación Alternativa del Tribunal de Menores del Condado de Travis (JJAEP, por sus siglas in inglés).

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo a mi hijo a que regrese a casa en el autobús de la ciudad en caso de que se le asigne una suspensión en casa.

Firma del padre de familia u tutor legal: _____ Fecha: _____



Formulario Médico Confidencial Historia de Salud del Estudiante



ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANUALMENTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de ID: _____
(Apellido, primer y segundo nombre) (MM-DD-AAAA)

Núm. de teléfono - Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Cheque todas las condiciones de salud actuales diagnosticadas por un médico:

ADD/ADHD		Alergias (p.ej. comida, medicina)		Anafilaxia/Epi-Pen		Asma	
Autismo		Trastorno de la sangre		Cáncer		Parálisis cerebral	
Fibrosis quística		Diabetes Tipo 1		Diabetes Tipo 2		Síndrome de Down	
Trastorno gastrointestinal (Estómago)		Pérdida de audición /Dificultad para oír		Enfermedad cardíaca (corazón)		Hipertensión (Presión alta)	
Salud mental		Obesidad		Retraso generalizado del desarrollo		Embarazo/Crianza de hijos	
Convulsiones o ataques		Espina bífida		Tuberculosis		Padecimiento urinario o Cateterización	
Concusión		Otra:					

Si usted marcó cualquiera de las casillas anteriores, sírvase explicar más: _____

¿Su hijo/a ha estado enfermo de gravedad, hospitalizado o ha tenido un accidente serio en el último año? **SÍ** **NO**

Si responde “SÍ”, sírvase explicar más: _____

Seguro Médico del Estudiante:

Omita esta sección si el estudiante no tiene seguro médico:

Mi hijo/a tiene seguro médico de: _____CHIP _____Medicaid - Número de Medicaid: _____
 _____Seguro privado/de empleador _____Ninguno (No tiene seguro)

Compañía de Seguro: _____ Numero de póliza del asegurado: _____

Numero de Teléfono del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro médico #: _____ Numero de grupo medico: _____

Las órdenes del médico pueden ser requeridas anualmente dependiendo de necesidades de atención médica de su hijo/a. Procedimientos especiales requieren órdenes médicas actualizadas cada año. Sírvase contactar a la enfermera de la escuela.

Medicinas:

Padres de estudiantes que tienen medicamento **en la escuela** deben hacer cita con la enfermera escolar para llenar los formularios necesarios para controlar su condición.

Medicinas tomadas en la escuela (favor de hacer una lista): _____

Medicinas tomadas en la casa (favor de hacer una lista): _____

Doctor/Clínica del estudiante: _____

Teléfono del Doctor/Clínica: _____

Historia de Salud del Estudiante Continuado

Servicio de Salud Estudiantil – Consentimiento para el tratamiento:

Entiendo que el Equipo de Salud Escolar de Seton Student Health Services @AISD ("Equipo de Salud") proporciona servicios de salud escolar con ayuda del personal de AISD, como se describe en el resumen adjunto de **Servicios de Salud para Estudiantes**, y doy permiso para que el Equipo de Salud, u otro empleado o personal de AISD, bajo la dirección del Equipo de Salud, proporcione servicios descritos al Estudiante según lo requiera el Estudiante mientras esté presente en la escuela. Entiendo que los servicios proporcionados al Estudiante pueden incorporar el uso de telesalud/teleenfermería u otra videoconferencia compatible con HIPAA. Entiendo que, si el Estudiante tiene una lesión o enfermedad grave, me contactarán a mí y el médico indicado arriba y/o Servicios Médicos de Emergencia (EMS) si es necesario. Entiendo y acepto que ni Dell Children's Medical Center ni AISD o su personal serán responsables de los gastos incurridos si el estudiante necesita atención médica de emergencia.

Entiendo y acepto que el Equipo de Salud puede compartir la información de atención médica del Estudiante con el personal de AISD, de acuerdo con el reglamento de AISD, con el fin de proporcionar la atención adecuada a las necesidades de atención médica del estudiante.

La firma de la persona que proporcionó esta información.

Firma de padre/madre/custodio legal _____

Fecha _____

Consentimiento para divulgar información de salud:

Entiendo y acepto que, para ofrecer un sistema coordinado de cuidados, el Equipo de Salud puede intercambiar información de atención médica sobre el Estudiante con el médico del estudiante u otros proveedores de atención médica en situaciones que no sean de emergencia con mi aprobación como se indica a continuación.

___YO DOY / ___YO NO DOY permiso para divulgar información del estudiante al médico u otro proveedor de atención médica en situaciones que no sean de emergencia. Entiendo que esta información se compartirá en emergencias según sea necesario.

La firma de la persona que proporcionó esta información.

Firma de padre/madre/custodio legal _____

Fecha _____

VACUNACIÓN: La ley estatal de Texas requiere que todos los estudiantes proporcionen registros de vacunas completos y actualizados a la escuela. ESTE FORMULARIO SERÁ GUARDADO EN LA ENFERMERÍA ESCOLAR DESPUÉS DE INGRESAR LA INFORMACIÓN EN TEAMS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA.

RESUMEN DE SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL

El personal de los Servicios de Salud Estudiantil de Seton conforma el Equipo de Salud Estudiantil ("Equipo de Salud"). Las enfermeras registradas, están a cargo de cada equipo de salud escolar, que puede incluir asistentes clínicos. Los miembros del Equipo de Salud brindan atención a los estudiantes en las instalaciones de la escuela, con personal sin licencia que trabaja bajo la dirección de las enfermeras registradas. No todos los miembros del Equipo de Salud proporcionan todos los servicios listados; La Ley de Práctica de Enfermería de Texas designa qué actividades y servicios son solo para la enfermera registrada. Los servicios se proporcionan para estudiantes de entre 3 y 22 años de edad e incluyen:

Enfermedades y cuidados de lesiones

- Cuidado de enfermedades y lesiones menores, emergencias y referencias
- Condiciones de salud crónicas
- Condiciones de salud del comportamiento
- Consulta del personal de AISD de forma limitada

Administración de medicamentos

- Administración de medicamentos durante el día escolar, documentación y reconciliación
- Entrenamiento de personal del AISD para la administración de medicamentos

Cumplimiento de vacunas

- Identificación mensual de los estudiantes que necesitan vacunas
- Aviso a los padres de familia
- Referencias a servicios comunitarios

Exámenes estatales obligatorios

- Audición (limitada)
- Evaluación de riesgo para la diabetes tipo 2
- Visión (limitada)
- Columna vertebral

Administración de casos (IHCP, planes de emergencia, entrenamiento individualizado del personal de AISD)

- Alergias y Anafilaxia
- Diabetes
- Embarazo
- TDAH
- Estudiantes de educación especial elegibles bajo otro impedimento de salud, discapacidad ortopedica, lesión cerebral traumática, etc.
- Asma
- Convulsiones
- Otras condiciones crónicas de salud
- Programa Sección 504

Educación de la salud

- Estudiantes: individualmente o en grupo (lavado de manos, crecimiento y desarrollo, salud, nutrición, etc.)
- Padre de familia
- Personal del AISD [patógenos transmitidos por la sangre, desfibrilador externo automático (AED), estafilococo áureo resistente a la metilina (MRSA), enfermedades relacionadas con el calor, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos de emergencia, alergia y anafilaxia]

Brote de enfermedades contagiosas

- Enfermedades contagiosas reportables
- Influenza
- Colaboración con el departamento de salud local
- Infecciones estafilocócicas

Colaboración

- Padre de familia o tutores
- Personal escolar
- Agencias comunitarias
- Proveedores médicos
- Servicios de apoyo del distrito del AISD

Intervención en momentos de crisis

- Salud del comportamiento
- Otras amenazas a la salud de los estudiantes o el personal en la escuela

Para más información, comuníquese con la enfermera escolar, llame a Servicios de Salud Estudiantil al (512) 324-0195 o visite Dell Children's Medical Center a www.dellchildrens.net

CUESTIONARIO SOBRE DOMICILIO

Esta forma ayudara a determinar los servicios que el estudiante puede recibir conforme a la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Las respuestas a este formulario son privadas, y se compartirán con el personal del Distrito sólo en la medida necesaria para proveer servicios. Debido a que esta información no se mantiene en el expediente permanente de la escuela de su hijo, debemos obtener la información cada año escolar. Por favor devuelva el formulario a la oficina principal de la escuela de su hijo

 Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F Otro: _____

Escuela: _____ Grado: _____ # ID del estudiante: _____

Padre/Guardián Nombre(s): _____

Teléfono: _____ Mejor número alternativo para contactarlo: _____ Correo electrónico: _____

 Domicilio actual: _____
(Dirección, Apt#, ciudad & código postal)

Última escuela a la que asistió teniendo vivienda permanente: _____ Año escolar: _____

 ¿Es su dirección un arreglo de vivienda temporal debido a dificultad económica o pérdida de domicilio? Sí No

 ¿El estudiante está bajo la tutela del estado (cuidado de crianza temporal o "foster care") Sí No

1	Situación de la vivienda actual del estudiante (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Temporalmente con otra familia o miembros de la familia debido a la pérdida de la vivienda por dificultad económica		<input type="checkbox"/> Temporalmente en un automóvil, vehículo recreativo o campamento
<input type="checkbox"/> Temporalmente en un hotel/motel _____ <small>Nombre del hotel/motel</small>		<input type="checkbox"/> Temporalmente en vivienda transicional _____ <small>Nombre del programa de vivienda transicional</small>
<input type="checkbox"/> Temporalmente en un albergue _____ <small>Nombre del albergue</small>		<input type="checkbox"/> Otro _____ <small>Ubicación donde el estudiante está viviendo debido a la pérdida de vivienda por dificultad económica</small>

2	Razón por la situación actual de vivienda (marque cuanto aplique):	3
<input type="checkbox"/> Desalojo <input type="checkbox"/> Incendio/inundación <input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo/ ingresos <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación <input type="checkbox"/> Desastre natural: _____ <small>Nombre del desastre</small> <input type="checkbox"/> Huir de casa (menores) <input type="checkbox"/> Otro: _____		El estudiante comenzó a vivir en el domicilio actual: _____ <small>(Mes/Día/Año)</small> La residencia actual cuenta con agua potable y electricidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4	El estudiante vive con:	5
<input type="checkbox"/> Uno o ambos padres <input type="checkbox"/> Un pariente <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Un adulto que no es padre(s) ni el guardián legal <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Solo, sin ningún adulto		Yo soy: <input type="checkbox"/> El padre/guardián legal/padre de crianza del estudiante nombrado arriba <input type="checkbox"/> Un estudiante que no vive con un padre(s) o guardián(es) <input type="checkbox"/> Un adulto que no es el guardián legal del estudiante nombrado arriba

Escriba los nombres de todos los hermanos que viven con el estudiante nombrado arriba. Llene un cuestionario aparte para CADA estudiante que esta inscrito en una escuela del distrito escolar de Austin

Nombre	Edad	Grado	Escuela	¿Vive con el estudiante nombrado arriba?	
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No

Reportar información falsa o falsificar documentos es un delito criminal, castigable hasta con 10 años y \$5,000. Código Penal de Texas § 37.10. Una persona que inscriba a un niño con documentos falsos puede ser responsable por el costo de la matrícula y otros gastos, los gastos pueden exceder \$5,000. Código de Educación de Texas § 25.002(3)(d).

He leído e entendido la información proporcionada arriba. Entiendo que si alguna de las respuestas en este formulario resultan ser falsas, estaré sujeto a sanciones penales, civiles y administrativas. Declaro, bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de este estado, que la información anterior es verdadera y de mi propio conocimiento personal.

Firma _____ Nombre en letras de molde _____ Fecha _____

Attention School Personnel: Please email form to your designated Project HELP liaison or fax to (512) 414-0761



Austin Independent School District

Alternative Education Department

“See a child differently, you see a different child.” – Mary Meredith

Autorización Para Participar en Sesiones de Consejería Individual

Yo, _____ **(nombre del padre / tutor)**, el padre / tutor legal de
_____ **(nombre del niño)** doy permiso para que mi hijo/a reciba servicios
de consejería en el Alternative Learning Center.

Límites de confidencialidad

Entiendo que una parte crítica de la relación de consejería es el establecimiento y mantenimiento de una relación de confianza y confidencial entre el consejero y el estudiante. Honraré el privilegio de confidencialidad del consejero / alumno y sé que el consejero siempre fomentará una línea de comunicación sólida entre el alumno y sus padres, tutores, cuidadores, maestros, y otras partes interesadas en la vida del estudiante. Entiendo que el mejor interés del estudiante es el enfoque central de cualquier interacción entre el consejero y el estudiante.

Entiendo y me han dicho que todas las sesiones de asesoramiento serán confidenciales, excepto cuando surjan ciertas restricciones legales y no se pueda mantener la confidencialidad. Estos casos incluyen: (a) cualquier forma de abuso infantil [negligencia, física y / o sexual], (b) peligro para uno mismo [es decir, suicidio, autolesión no suicida], y (c) peligro para otros [homicidio, amenaza de herir a alguien, etc.].

La ley requiere que los consejeros compartan información con los padres u otras personas en ciertas circunstancias:

- Presentar un peligro grave para sí mismo o para otra persona.
- Abuso físico o sexual de un niño (se informará a los Servicios de Protección Infantil)

Si el niño está experimentando una situación de emergencia, entiendo que el consejero puede llamar al 911 o pedirle al padre / tutor que llame al 911. Si el niño tiene pensamientos suicidas, entiendo que puedo llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1.800. 273.TALK (8255) para obtener asistencia gratuita las 24 horas.

El consejero informará al niño sobre estos límites de confidencialidad e informará al niño cuando comparta información con otros.

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre los métodos o técnicas utilizados por el consejero y la duración de la orientación. Soy libre de buscar una segunda opinión o finalizar el asesoramiento en cualquier momento.

He leído, entiendo y acepto los términos de este Consentimiento informado individual de consejería de Austin ISD, y acepto que el consejero de la escuela aconseje a mi hijo.

Favor de firmar:

Custodio Padre / Tutor # 1 Firma _____ Fecha _____

Custodio Padre / Tutor # 1 Nombre impreso _____ Fecha _____

Custodio Padre / Tutor # 2 Firma _____ Fecha _____

Custodio Padre / Tutor # 2 Nombre impreso _____ Fecha _____