

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

2022-2023



“Si ves a un niño de diferente manera, ves a un niño diferente.”

- Mary Elizabeth

Registración

Lunes - Jueves

Nota: La Orientación empieza puntualmente a las **8:30 a.m.**

Las familias que llegan después de las **8:35 a.m.** No serán admitidas y tendrán que regresar el siguiente día.

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 contáctele 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:

Table with 4 columns of medical conditions: ADD/ADHD, Autismo, Fibrosis cística, Trastorno gastrointestinal (Estómago), Salud mental, Convulsiones o ataques, Concusión; Alergias (p.ej. comida, medicina), Trastorno de la sangre, Diabetes Tipo 1, Pérdida de audición /Dificultad para oír, Obesidad, Espina bífida, Otra; Anafilaxia/Epi-Pen, Cáncer, Diabetes Tipo 2, Enfermedad cardíaca (corazón), Retraso generalizado del desarrollo, Tuberculosis; Asma, Parálisis cerebral, Síndrome de Down, Hipertensión (Presión alta), Embarazo/Crianza de hijos, Padecimiento urinario o Cateterización

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 meticilina (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