

**John Marshall Elementary
4500 Griscom Street
Philadelphia, PA 19124**

Mr. Lawrence, Principal
Mr. Ben, Assistant Principal

(215) 400 - 3950

*Be relentless with analyzing student data to drive instruction.
Place students in small groups to meet their individual needs.*

*Everyone will be lifelong learners.
We will be superheroes to fight for a positive school "neighborhood!"*

Paquete de registro

Incluye:

- Aplicación completada**
- Certificado de nacimiento**
- Registros de inmunización**
- Prueba de domicilio**
- Identificación**

**** Llame al 215-400-3950 si tiene alguna pregunta ****

EL PADRE/ENCARGADO DEBE RELLENAR ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS

Por favor escriba toda la información en letra de imprenta/Please Print All Information

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Sección 1/STUDENT INFORMATION – Section 1

Apellido/Last Name	Nombre/First Name	Inicial del segundo nombre/M.I.	Fecha de nacimiento /Date of Birth			Nº de ID del estudiante/ Student ID Number
			MES/MONTH	DÍA/DAY	AÑO/YEAR	
Nº de casa/House No.	Dirección/Direction	Nombre de la calle/Street Name	St., Ave., etc.	Apt. No.	Código postal/Zip Code	

Raza/Race Designation: ¿Es usted hispano/ Are you Hispanic? Sí Yes No País donde nació/Country of Birth: _____

Sexo/Gender: Hombre/Male Mujer/Female Lengua materna del estudiante: _____
Student Primary Language

Blanco/ White Negro/Afro-americano/ Black/African American Fecha en la que el estudiante se inscribió en una escuela en los E.E.U.U. /Date child first enrolled into a U.S. school _____

Asiático/ Asian Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico/Native Hawaiian/Other Pacific Islander

Amerindio/Nativo de Alaska/American Indian/Alaska Native

HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE – Sección 2/STUDENT ENROLLMENT HISTORY – Section 2

Indique la última ciudad y el tipo de escuela a la que el niño/a asistió/Indicate city and type of school child last attended Escuela pública/Public School Escuela no pública/Non Public School

Filadelfia/ Philadelphia Otra ciudad/Other City: _____

Última fecha en la que asistió/ Date Last Attended	Último grado al que asistió/ Grade Last Attended	Nombre de la escuela/Name of School	Dirección/Address	Ciudad/City	Estado/State
---	---	-------------------------------------	-------------------	-------------	--------------

Si el estudiante asistió a la escuela fuera de los E.E.U.U., ¿tiene su último expediente escolar?/If the student attend school outside of the United States, do you have his/her school record?

Sí/Yes Si es así, por favor envíenos una copia para la escuela/If yes, please provide a copy for the school _____

No Si no, por favor contacte a la escuela para obtener el informe/If no, please contact the school to obtain the record. _____

El niño asistió a/Did the child even attend: Escuela preescolar/Pre-Kindergarten y/o and/or Kinder/Kindergarten

1) ¿Ha recibido el niño alguna vez servicios de educación especial en PA o en otro estado?/ Sí/Yes No Si es así, qué estado/If yes, which State _____
Has the child ever received Special Education Services in PA or another state?

2) ¿Tiene su hijo/a actualmente un PEI/Does your child have a current IEP? Sí/Yes No

3) ¿Tiene su hijo/a actualmente un informe de evaluación?/ Sí/Yes No Si es así, cuál/If yes, what _____
Does your child have a current evaluation report?

4) ¿Su hijo/a ha estado inscrito alguna vez en un programa de intervención temprana?/ Sí/Yes No
Was the child ever enrolled in an Early Intervention Program

5) ¿Ha recibido su hijo/a servicios bilingües/ESOL?/ Sí/Yes No Si es así, qué estado/If yes, which State _____
Has the child ever received ESOL/Bilingual services?

6) ¿Su hijo/a tiene un 504?/Does your child have a 504? Sí/Yes No

7) ¿Tiene su hijo/a un PEI por ser superdotado?/Does your child have a Gifted IEP? Sí/Yes No

ENCUESTA DE IDIOMAS Sección 3/LANGUAGE SURVEY – Section 3

	Inglés/English	Otro/Other	Idioma/Language
1) ¿Qué idioma habla la familia la mayoría del tiempo en casa? What language does the family speak at home most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) ¿En qué idioma le habla(n) el/los padre(s) a su hijo la mayoría del tiempo?/ What language does the parent(s) speak to her/his child most of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) ¿En qué idioma le habla el niño/a a su(s) padre(s) la mayoría del tiempo?*/ What language does the child speak her/his parent(s) most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) ¿En qué idioma le(s) habla el niño/a a su(s) hermano(s)/hermana(s) la mayoría del tiempo?*/ What language does the child speak her/his brothers/sisters most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) En qué idioma le(s) habla el niño/a a sus amigos la mayoría del tiempo?*/ What language does the child speak his/her friends most of the time?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) ¿Qué idioma utiliza el niño/a con más frecuencia?*/ What language does the child speak most frequently?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) ¿Qué idioma utiliza el niño/a en casa con más frecuencia?/ 1) _____ 2) _____ 3) _____ What language does the child speak at home most the time?			

* Si la respuesta a estas preguntas es otra además del inglés, se le debe dar al estudiante una prueba de colocación en inglés (W-APT)

EL PADRE/ENCARGADO DEBE RELLENAR ESTE FORMULARIO Y PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS

INFORMACIÓN DEL HOGAR- Sección 4/HOUSEHOLD INFORMATION – Section 4

El estudiante reside con/*Student Resides With:*
 Ambos padres (misma dirección)/ *Both Parents (same address)*
 Madre/*Mother*
 Padre/*Father*
 Padrastro o madrastra/*Stepparent*
 Encargado/Otro/*Guardian/Other*

Nombre del padre o encargado/*Parent/ Guardian Name:* _____
 Padre/*Father*
 Madre/*Mother*
 Padrastro o madrastra/*Stepparent*
 Encargado/Otro/*Guardian/Other*
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 [Servicio militar activo/*Active Military*]
 Sí/*Yes*
 No

Dirección/*Address:* _____
 Teléfono/*Phone*
 (Casa/*Home*) _____
 (Móvil/*Cell*) _____
 (Trabajo/*Work*) _____
 Correo electrónico/*Email:* _____
 Lengua materna del encargado/*Guardian's Primary Language:* _____

ELIGIBILIDAD MCKINNEY-VENTO – SECCION 4 (continuado) (ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL) /MCKINNEY-VENTO ELIGIBILITY – SECTION 4 (continued)

Por favor, indique su estatus de vivienda/*Please indicate your current housing status:*
 Alquiler/*Rent*
 Arrendamiento/*Lease*
 Dueño/a/*Own*

En un motel/hotel a causa de pérdida de vivienda, adversidad económica u otra razón similar/*In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship or similar reason*

Actualmente está Ud. viviendo con familiares a causa de pérdida de vivienda, adversidad económica u otra razón similar/*Are you currently living with a family member due to loss of housing, economic hardship or similar reason*

Ha sufrido un incendio u otra catástrofe inducida por el hombre *Did you experience a man-made disaster/fire*

Ha sufrido un desahucio/*Did you experience an eviction*

Si la familia es elegible para el Programa de asistencia para las personas sin hogar de 1987 (conocido como McKinney-Vento), por favor comuníquese con su consejero escolar una vez completada la inscripción.

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS-SECCIÓN 5/SIBLING INFORMATION – SECTION 5

Por favor, enumere todos los niños de edad escolar (de 5 años y más)/*Please list all school aged children (ages 5 and above)*

Nombre/ <i>Name</i>	Fecha de nacimiento/ <i>D.O.B</i>	Escuela actual/ <i>Current School</i>	Grado/ <i>Grade</i>	Nº de identificación del estudiante, si está disponible/ <i>Student ID # if available</i>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA -Section 6/CONTACT INFORMATION – Section 6

**Por favor, enumere dos contactos LOCALES para casos de emergencia y su relación con el niño/a en caso de que no podamos contactar al padre o encargado/* Please list two LOCAL emergency contacts and their relationship to the child in the event a parent or guardian cannot be reached:*

Principal/*Primary*
 Nombre/*Name* _____
 Teléfono (1)/*Phone (1)* _____
 Relación/*Relationship* _____
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 Teléfono (2)/*Phone (2)* _____

Secundario/*Secondary*
 Nombre/*Name* _____
 Teléfono (1)/*Phone (1)* _____
 Relación/*Relationship* _____
 Hombre/*Male*
 Mujer/*Female*
 Teléfono (2)/*Phone (2)* _____

Mi firma le permite al distrito escolar de Filadelfia que matricule a mi hijo/a como estudiante. Certifico además que la información provista en esta solicitud, es veraz y precisa, y que al proveer información falsa o incompleta demorará el proceso de matrícula.

Padre/encargado/*Parent / Guardian Signature* _____ Fecha/*Date* _____
 Padre/encargado/*Parent / Guardian Signature* _____ Fecha/*Date* _____



Mascarillas para los estudiantes: solicitud de acomodación:

El Distrito Escolar de Filadelfia tiene en cuenta que algunos estudiantes pueden tener discapacidades, condiciones médicas o mentales que les impiden usar mascarilla de manera segura o efectiva. Para recibir una exención del requisito de mascarilla, cuando se lo pida, se debe completar este formulario en su totalidad y se debe enviar por email o en persona al equipo de adaptaciones de IEP/504 y/o a la enfermera/o de la escuela. **Los estudiantes con documentación anterior sobre una afección médica o mental o de discapacidad que requiere adaptaciones en su archivo no necesitan completar la parte 2.**

Nombre de la/del estudiante:	Grado de la/del estudiante:
------------------------------	-----------------------------

Parte 1: La debe completar la madre/padre/encargada/o:

- Solicito que mi hija/o, _____, se exima del requisito de mascarilla basado en la(s) afección(es) que califica(n) establecida(s) por la/el profesional médica/o a continuación. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
- Confirmando que usar una mascarilla causará o empeorará una afección médica, incluyendo una afección mental o una discapacidad.
- Confirmando que mi hija/o y yo entendemos que puede haber un aumento en el riesgo de exposición al COVID-19.
- Confirmando que la escuela puede tomar medidas de precaución adicionales, tales como animar a mi hija/o a usar un protector de la cara (*face shield*), clases virtuales o una prueba de COVID para la casa. • Confirmando que es mi obligación cumplir con todas las otras estrategias de mitigación, incluyendo mantener a mi hija/o en casa ante cualquier síntoma de enfermedad.

Firma de la madre/padre/encargada/o Fecha

Part 2: For completion by Medical Professional (MD, DO, PA, or NP): *(Debe completarla una/un profesional médica/o.)*

I certify that this student has a medical condition, mental health condition or disability that substantially limits a major life activity as described below AND that use of a mask may cause harm to the student. *(Certifico que esta/e estudiante tiene una afección médica, mental o una discapacidad que limita substancialmente su actividad diaria básica, como se describe más abajo, Y que el uso de la mascarilla puede causar daño a la/el estudiante).*

Impairment type (check) <i>(Tipo de impedimento):</i> List Impairments <i>(anote los impedimentos):</i> <input type="checkbox"/> Physical <i>(Físico)</i> <input type="checkbox"/> Medical <i>(Médico)</i> <input type="checkbox"/> Mental	
List Contraindications of mask wearing & check option below <i>(Anote las contraindicaciones para usar mascarilla y marque la opción a continuación):</i> 	
<input type="checkbox"/> Student may wear mask as tolerated / frequent breaks <i>(la/el estudiante puede usar mascarilla mientras la tolere/pausas frecuentes)</i>	<input type="checkbox"/> Student may not wear a mask <i>(La/el estudiante no puede usar mascarilla)</i>
Medical Professional Name (print) <i>(Nombre de la/el profesional médica/o):</i> Medical License # <i>(Licencia médica):</i> Phone # <i>(Teléfono):</i>	

Translation and Interpretation Center (8/2022) Mask Exemption Form (Spanish)



THE SCHOOL DISTRICT OF
PHILADELPHIA

Signature of (*firma de*) MD, DO, PA, or NP Date (*Fecha*)

DISTRICTO ESCOLAR DE PHILADELPHIA / THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
Servicios de salud escolares / School Health Services
REPORTE DE EXÁMEN FÍSICO / REPORT OF PHYSICAL EXAMINATION

Nombre del estudiante /Name of Student	Fecha de nacimiento /Date of Birth Mes/Mo. ___ Día/Day ___ Año/Yr _____	No de identificación /Student ID #	Grado/Grade
Nombre de la escuela /Name of School	Salón/Room/Section/Book	Fecha de emisión /Date Issued	

Al proveedor de atención médica (Por favor completar todas las preguntas) /TO THE CARE PROVIDER (Please complete all items)
 La ley de Pennsylvania requiere que los estudiantes que asisten a la escuela en el estado sean vacunados y reciban exámenes médicos periódicos. El pago de estos exámenes es responsabilidad de los padres o encargados. ESTAS VACUNAS SON REQUERIDOS PARA ASISTIR A LA ESCUELA. (Pennsylvania law requires that students attending school in the state be immunized and receive periodic medical examinations. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE.)

REPORTE DE VACUNACIÓN /RECORD OF VACCINE ADMINISTRATION

Por favor adjunte la cartilla de vacunación completa, incluyendo resultados de la serología si está disponible. /Please attach complete immunization record including serology results if available

Alergias /Allergies _____	Fecha del último PPD /Date of last PPD _____	Resultado /Result _____	mm /mm _____
¿Tiene este estudiante seguro de salud? /Does this student have health insurance? Sí /Yes _____ No /No _____		Nombre de Seguro: /Name of insurance provider _____	

REGISTRAR LO SIGUIENTE /RECORD THE FOLLOWING

1.	Agudeza visual (sin gafas) /Visual acuity (without glasses) D/ R _____ I/L _____ Con gafas/ with glasses D/R _____ I/L _____										
2.	Evaluación audiométrica /Audiometric screening D (R) _____ G (L) _____										
3.	Tensión Arterial (BP) _____										
4.	Altura/Height _____ pulgadas/cm/inches/cm Peso/Weight _____ libras/kg /lb./kg Percentil IMC /BMI percentile _____										
5.	Prueba de escoliosis /Scoliosis screening: ___ Normal /Normal ___ Anormal /Abnormal ___ Referido /Referred ___ Sin referencia /No Referral										
6.	Recomendación de actividades: /Activity Recommendation _____ Actividad física sin restricciones /Full Physical Activity ___ Actividad física restringida (Debe completar exención médica de ed. física / Modificación de programa MEH-23); Restricted Physical Activity (Must complete Phys. Ed. Medical Exemptions/Program Modification MEH-23); Indicar las restricciones: /Specify Restrictions _____										
7.	Indique todos los medicamentos que está tomando: /List all medications currently being taken Medicamento/Medication _____ Motivo /Reason _____										
8.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: /List all problems by history or examination</td> <td style="width: 50%;">Estado del problema /Status of problem</td> </tr> <tr> <td>1. _____</td> <td>En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred</td> </tr> <tr> <td colspan="2">___ Ningún problema identificado / No Problems Identified</td> </tr> </table>	Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: /List all problems by history or examination	Estado del problema /Status of problem	1. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred	2. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred	3. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred	___ Ningún problema identificado / No Problems Identified	
Enumerar todos los problemas en orden cronológico o por examen: /List all problems by history or examination	Estado del problema /Status of problem										
1. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred										
2. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred										
3. _____	En tratamiento / Under care Tratamiento completo / Care completed Referido / Referred										
___ Ningún problema identificado / No Problems Identified											

Notas / Plan a seguir / Instrucciones especiales para la escuela: /Comments/follow-up treatment plan/Special instructions to school		
Firma (Obligatoria) /Signature (Required)	Teléfono /Telephone	Sello de la oficina del médico (Obligatorio) /Care Provider office stamp (Required)
Dirección /Address	Fecha del examen médico /Date of Exam	

REPORTE DE EXAMEN DENTAL PRIVADO
(*REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION*)

Nombre de la escuela (<i>Name of School</i>)	Identificación del estudiante (<i>Student I.D.</i>)	Fecha emitida (<i>Date Issued</i>)	
Nombre del estudiante (<i>Name of student</i>)	Fecha de nacimiento (<i>DOB</i>)	Clase/Sección/Grupo (<i>Rm/Sec/bk</i>)	Grado (<i>Grade</i>)
<p>(AL DENTISTA La ley de Pensilvania exige que los estudiantes que asisten a las escuelas de la Mancomunidad reciban exámenes dentales periódicos a intervalos definidos (al ingresar, en el tercer y séptimo grados). Estos exámenes son obligatorios para asistir a la escuela. Los padres o encargados son responsables de cubrir el costo de estos exámenes. Si el estudiante o la familia no tienen seguro médico, la enfermera de la escuela ayudará a la familia solicitar seguro médico. Por favor, adjunte una copia del examen dental del estudiante o llene el formulario con la información solicitada abajo. Muchas gracias por su cooperación.)</p> <p>(TO THE DENTIST: <i>Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (upon original entry, while in third grade, and while in seventh grade). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. If the student/family does not have health insurance the school nurse will help the family apply for health insurance. Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below. Thank you for your cooperation.)</i></p>			
Bajo tratamiento / el tratamiento inició (<i>Under treatment/work begun</i>)		Tratamiento terminó / Ningún tratamiento es necesario (<i>Completion of work/No treatment necessary</i>)	
Fecha en que inició el tratamiento (<i>Date work begun</i>)		<input type="checkbox"/> Ningún tratamiento es necesario ahora (<i>No treatment required now</i>)	
Citas de seguimiento programadas (<i>Scheduled follow-up appointments</i>)		<input type="checkbox"/> Todo el tratamiento dental necesario está completado (<i>All necessary dental work completed</i>)	
Fecha del examen dental (<i>Date of dental examination</i>)		Fecha anticipada para completar el tratamiento (<i>Expected Completion date</i>)	
Comentarios / Tratamiento de seguimiento / Instrucciones especiales para la escuela (<i>Comments/follow-up treatment/Special instructions to School</i>)			
Nombre del dentista (<i>Name of dentist</i>)		Teléfono (<i>Telephone</i>)	
Firma del dentista (<i>Signature of dentist</i>)		Fecha de la firma (<i>Date signed</i>)	
Dirección (<i>Address</i>)		Número de Fax (<i>Fax number</i>)	

IMPORTANTE - Devuelva este formulario a:
(Return this form to :)

Enfermera certificada o practicante de la escuela (*Certified school nurse/practitioner*)

Escuela (*School*)

Dirección de la escuela (*School Address*)

Teléfono (*Phone number*)



Información de Contacto del Estudiante 2023-2024

Imprima tanto en el anverso como en el reverso de este formulario.

Nombre del Estudiante _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Salón _____

Dirección de casa: _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____

Compruebe si se trata de una nueva dirección.

Tenga en cuenta: debe proporcionar un comprobante de residencia para realizar un cambio oficial de dirección con la escuela.

Nombre de la Madre / tutor _____ ¿Vive con estudiante? SÍ NO

Número de teléfono _____ Número de teléfono (celular) _____

Dirección de correo electrónico _____ ¿Está bien para recoger? SÍ NO

Nombre del Padre / tutor _____ ¿Vive con estudiante? SÍ NO

Número de teléfono _____ Número de teléfono (celular) _____

Dirección de correo electrónico _____ ¿Está bien para recoger? SÍ NO

Información de Contacto en caso de Emergencia

1.) Nombre _____ ¿Está de acuerdo para recoger? SÍ NO

Relación con el estudiante _____ Número de teléfono _____

2.) Nombre _____ ¿Está bien para recoger? SÍ NO

Relación con el estudiante _____ Número de teléfono _____

3.) Nombre _____ ¿Está de acuerdo para recoger? SÍ NO

Relación con el estudiante _____ Número de teléfono _____

¿Hay otra información importante que debamos saber? ¿Médico?

Información de transporte

A la escuela _____

De la escuela _____

¿El estudiante es recogido por un hermano / pariente inscrito en MARSHALL? SÍ NO

Hermanos / parientes de MARSHALL autorizados a recoger Grado Relación a Estudiante

(Tenga en cuenta: los estudiantes en los grados 1-4 serán entregados a sus hermanos / familiares en los grados 5 solamente.)

Otros parientes de Marshall (en los grados K-5) Grado Relación con el estudiante

Otras personas autorizadas para recoger estudiante ¿Relación?

Padres, ¡lean y firmen!

1. Tenga en cuenta que **DEBE ENVIAR UNA NOTA FIRMADA** al maestro de su hijo si necesita hacer un cambio en la forma en que llegará a casa. **TODOS LOS CAMBIOS DEBEN HACERSE POR ESCRITO.**
2. **SÓLO LAS PERSONAS QUE** figuran en esta hoja de contacto podrán recoger a su (s) hijo (s). Los estudiantes no serán despedidos con menores para una salida temprana. **TODAS LAS PERSONAS INDICADAS DEBEN ESTAR PREPARADAS PARA MOSTRAR IDENTIFICACIÓN AL MOMENTO DE RECOGER.**

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____



**Formulario de consentimiento para una prueba de COVID-19 para estudiantes
Año escolar 2022-2023**

La prueba para la COVID-19 es uno de los niveles de mitigación que maximizará la seguridad de nuestros estudiantes y personal durante el año escolar 2022-2023. Debido a que la prueba debe ser realizada, independientemente de la disponibilidad de un padre/madre o un tutor legal en el momento de la administración de la prueba, se requiere el consentimiento para la prueba para todos los estudiantes. Se proporcionará la prueba para los estudiantes sin costo alguno para los estudiantes o su familia.

Explicación de la prueba

El método de prueba es un rápido hisopado nasal de ambas fosas nasales: Se la conoce como rápida e indolora. (NO se trata de los hisopados profundos en los senos nasales que algunas personas consideran molestos). El método de prueba comprende la inserción de un hisopo pequeño, como un Q-tip, en el frente de la nariz en ambas fosas nasales. Se tendrán los resultados en 15 minutos. A esta prueba la administra una Enfermera certificada o los socios de análisis profesionales médicos del Distrito. El tipo de prueba que se utiliza incluye, entre otras, la Prueba de antígenos rápidos para la COVID-19 BinaxNOW de Abbott. De ser necesario, pueden identificarse pruebas moleculares (PCR).

Se informará al padre/la madre/el tutor legal que aparece en este consentimiento el día en que se le hizo la prueba al estudiante. Se comunicarán todos los resultados al padre/la madre/encargado(a) del estudiante.

Guía del análisis

- **Análisis sintomático:** Como recordatorio, como padre/madre/tutor legal tendrá que evaluar a su hijo/a para detectar síntomas de la COVID-19 cada mañana antes de salir para la escuela y mantendrá a su hijo/a en casa si no pasa el examen de detección médico previo a la entrada por la mañana. Si su hijo/a pasa el examen de detección médico previo a la entrada por la mañana que usted realizará en su casa y llega a la escuela sano, pero desarrolla síntomas de enfermedad asociados con la infección de la COVID-19 durante el día escolar, se le realizará la prueba a su hijo/a.

Los síntomas incluyen: Fiebre de 100.4 °F o superior, dolores corporales o del cuerpo, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, tos nueva o persistente, nueva pérdida de los sentidos del gusto o del olfato, falta de aire o dificultad para respirar.

- **Análisis diagnóstico durante un brote:** Si su niño/a es parte de una cohorte de alumnos (p. ej. aula, equipo deportivo o actividad extracurricular) con múltiples casos positivos de COVID-19 en la cohorte, su niño/a se hará la prueba de COVID-19.

Comuníquese con la enfermera/o escolar si tiene alguna pregunta.



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

A COMPLETAR POR PARTE DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)

Información del padre/madre/encargado(a)

Se le notificarán los resultados de la prueba dentro de la hora por teléfono celular o correo electrónico o ambos. Asegúrese de que su información de contacto esté al día.

Nombre del
padre/madre/encargado(a):

Número de celular del padre/ madre/
encargado(a):

Nota: los resultados se enviarán a este
teléfono celular

Dirección de correo electrónico del
padre/madre/encargado(a):

Nota: los resultados se enviarán a esta
dirección

Información del (de la) niño/a

Nombre del niño/a /estudiante:

ID del/de la estudiante:

Escuela:

Grado:

Fecha de nacimiento del niño/a
(MM/DD/AAAA):

Seleccione el modelo de prueba para el que otorga su consentimiento:

- Prueba sintomática - proporcionada en el lugar en la escuela por la Enfermera de la Escuela o el proveedor de la prueba.
- Prueba diagnóstica durante un brote – proporcionada en el lugar por el proveedor de la prueba.

Al firmar a continuación, consiento a lo siguiente y entiendo que mi hijo/a debe seguir los protocolos del Distrito Escolar de Salud y Seguridad de Filadelfia; consiento a que mi hijo/a sea evaluado/a a través de los modelos de prueba marcados arriba, consiento a que se compartan conmigo los resultados de la prueba llamando al número de teléfono o por mensaje de correo electrónico proporcionados arriba y también acepto lo siguiente:

- Firmo este formulario libremente y en forma voluntaria y soy el padre/la madre o el tutor legal y estoy autorizado/a a tomar decisiones por el (la) niño/a nombrado/a arriba.
- Entiendo que los resultados de prueba de mi estudiante e información relacionada se enviarán en forma segura al Departamento de Salud Pública de Filadelfia, el Departamento de Salud de Pennsylvania y los Centros para el Control de Enfermedades de acuerdo con la información de enfermedades transmisibles.
- Entiendo que el Distrito Escolar de Filadelfia, la enfermera de la escuela y/o el socio de análisis no están actuando como el médico de mi hijo/a y que este análisis no reemplaza el tratamiento por parte del médico de mi hijo/a y asumo total y completa responsabilidad por el seguimiento con un médico para determinar la medida adecuada con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo/a.

Fecha: _____ Firma del padre/madre/encargado(a): _____



**Permission for Use of Student Image, Voice, Video, Work and/or First Name
for News Media, District Communications, and Educational Purposes**

Parents/Guardians,

This letter is to request permission (in accordance with Policy 815.1) for your child's image, voice, video, work and/or first name to be published publicly on a School District website, including District social media pages, or any other public website for news media or for general educational purposes.

At times, student images, voices, videos, work and/or first name may be requested to promote or represent the School District, School District programs and/or School District events in the news media including, but not limited to, television, print, and on the web. Student information may be used by credible news media not affiliated with the School District and on School District websites and official School District social media pages (Facebook®, Twitter®, YouTube®, Instagram®).

Student information is also used on the Internet for general educational purposes and to celebrate student work. Websites, applications and Internet resources may collect or require the use of student images, voices, videos, work and/or first name. When these are available publicly, the School District cannot control who can view or share.

Accordingly, the School District will not post student images, voices, videos, work and/or first name on a School District website, including District social media pages, or any other public website for news media or educational purposes without prior written consent from you as the parent or legal guardian. Please return this form to your child's school to indicate if your child's information may be used on the Internet. This permission will be applicable to any use of student information in the school year in which permission is given and will remain in effect until removed from the website or until consent is withdrawn. As parent or legal guardian, you may withdraw your consent at any time by sending a written letter, along with a new form, to the Principal of your child's school. Thank you for your cooperation.

Check the use(s) of your child's image, video, voice, work, and/or first name that you grant permission for:

- I agree to the use of my child's image, video, voice, work, and/or first name to be used to promote or represent the School District in news media and School District websites and social media pages as outlined above.
- I agree to the use of my child's image, video, voice, work, and/or first name to be used for general educational purposes and to celebrate student work on websites, applications and Internet resources.

In addition, I agree to release and hold harmless the School District of Philadelphia, School Reform Commission members and Board of Education, agents, officers, contractors, volunteers, and employees from and against any and all claims, demands, actions, complaints, suits or other forms of liability that shall arise out of or by reason of, or be caused by the use of my child's picture, voice, video and/or first name on the Internet.

Student's Name: _____

School Name: _____

Parent/Legal Guardian: (print) _____

Parent/Legal Guardian: (sign) _____ Date: _____

