

Eastern North Carolina School for the Deaf

¡Es un placer darles la bienvenida al año escolar 2025-2026! El comienzo del nuevo año escolar siempre está lleno de energía y promesas. Este año, nuestro lema, “Hornet Strong” (Avispones fuertes), celebra la fuerza, unidad y resistencia que definen a nuestra comunidad escolar.

Ser “Hornet Strong” significa trabajar juntos, superar los retos, apoyarnos unos a otros y esforzarnos por crecer en todo lo que hacemos. Este año, nos comprometemos a seguir con nuestro progreso, aprovechar las nuevas oportunidades y asegurarnos de que cada estudiante alcance todo su potencial, dentro y fuera del salón de clases.

Nos complace invitarlos a nuestra Jornada Anual de Puertas Abiertas para Padres del 18 de agosto de 2025. Esta es una excelente oportunidad para visitar el campus, conocer a los maestros de su hijo, el personal del internado y la administración, y aprender más sobre el emocionante año que nos espera. ¡Esperamos conectar con usted y trabajar juntos para apoyar el éxito de su hijo!

📅 **Información de la actividad:**  
🕑 **3:00 P. M. – 6:00 P. M.**

* **Recorrido por el campus** – Por todo el campus
* **3:00 p. m. – Presentación de la escuela** – Auditorio de Massey Activity Center
* **3:55 p. m. – Presentaciones en los salones de clases** – Vestal Hall (escuela primaria y media) y McAdams Hall (escuela secundaria)
* **4:30 p. m. – Feria de orientación para Estudiantes** – Hornets’ Nest
* **5:00 p. m. – Instalación en los dormitorios** – Independent Living Center (ILC)

**Adjunta encontrará la información de inscripción para el próximo año escolar.**

**Lea todas las páginas detenidamente.**

**Todos los formularios se deben completar y devolver antes del** ***31 de julio de 2025.***

**Los formularios se pueden enviar por correo postal, entregar en persona o enviar por correo electrónico a:**

[**mandy.armstrong@encsd.k12.nc.us**](https://easternnorthcarolinaschoolf-my.sharepoint.com/personal/mandy_armstrong_encsd_k12_nc_us/Documents/Desktop/25_26%20School%20Year/mandy.armstrong@encsd.k12.nc.us)

***Los estudiantes que no entreguen los formularios completos no podrán comenzar el año escolar a tiempo.***

¡Esperamos verlos el 18 de agosto y estamos muy emocionados por el año que nos espera!

Trabajando juntos, podemos garantizar que todos los estudiantes prosperen.



Eastern North Carolina School for the Deaf

**Inscripción de nuevos estudiantes**

**2025-2026**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Grado 25-26: |  |
| Fecha de nacimiento del estudiante: |  | Género del estudiante: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección particular del estudiante: |  |
| Dirección postal del estudiante: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Origen étnico del estudiante (marque una sola opción):**  Hispano, latino o de origen español  No hispano, latino ni de origen español | **Raza del estudiante (marque todas las opciones que correspondan):**  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco  Otro – Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La información que aparece abajo es para la Encuesta del idioma que se habla en casa. La exigen tanto las leyes de educación federales como las del estado de Carolina del Norte. Ayuda a las escuelas a identificar a los estudiantes que pueden necesitar apoyo para aprender inglés. Los padres deben completarla para que las escuelas puedan dar los recursos adecuados para ayudar a su hijo a que tenga éxito. Una encuesta completa y precisa garantiza que los estudiantes reciban el apoyo que necesitan para una educación de calidad. | | | |
| País de nacimiento del estudiante: |  | Fecha y grado en que el estudiante se inscribió por PRIMERA vez en una escuela de EE. UU: |  |
| Escuela actual: |  | Fecha de inscripción en la escuela: |  |
| ¿Cuál es el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar? |  | ¿Qué idioma habla el estudiante con más frecuencia? |  |
| ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en casa? |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Estudiantes vinculados a las Fuerzas Armadas**  Para apoyar mejor a los estudiantes vinculados a las Fuerzas Armadas, la Ley de la Sesión 2015-15 (Session Law 2015-15) de Carolina del Norte exige que el Consejo de Educación (State Board of Education) del estado de Carolina del Norte y el Departamento de Enseñanza Pública (Department of Public Instruction) recopilen información sobre los estudiantes vinculados a las Fuerzas Armadas.  Esta información ayuda a las escuelas a dar el apoyo y la estabilidad necesarios a los estudiantes durante momentos importantes, como el despliegue de los padres, transiciones escolares y otros momentos significativos de su educación.  La recopilación obligatoria de esta información comenzó en el año escolar 2015-2016. Puede revisar la información completa de la Ley de la Sesión 2014-15(Session Law 2014-15) en www.ncleg.net/sessions/2013/bills/house.  Para cumplir este requisito, complete la siguiente información. ¡Gracias por ayudarnos a apoyar a nuestros estudiantes vinculados a las Fuerzas Armadas! |

**Acuerdo de mensajes del portal para padres**

ENCSD usa el sistema de mensajería del portal para Padres Infinite Campus para mantener a los padres y tutores informados sobre las actualizaciones de la escuela. La información importante, incluyendo emergencias y cambios en el transporte, se puede enviar por correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica a múltiples contactos.

Los padres son responsables de mantener actualizada su información de contacto en Infinite Campus y deben avisar a ENCSD de cualquier cambio en su número de teléfono o correo electrónico. Para asegurarse de que reciban todos los mensajes, los padres deben agregar los números de teléfono y direcciones de correo electrónico de mensajería de ENCSD a su lista “segura” y no deben bloquearlos. ENCSD no se hace responsable por información perdida debido a mensajes bloqueados.

Si quiere recibir mensajes de texto o llamadas en su teléfono celular, indique su preferencia abajo:

SÍ, quiero recibir mensajes de texto y correos electrónicos de ENCSD, y entiendo que ENCSD no se hace responsable de los mensajes que no reciba debido a un cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico o como resultado de que las direcciones de teléfono o correo electrónico de ENCSD estén bloqueadas.

NO, no quiero recibir mensajes de texto ni correos electrónicos de ENCSD. Entiendo que esto puede retrasar las notificaciones que ENCSD envíe, incluyendo mensajes de emergencia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene algún familiar directo (padre, padrastro, hermano, tutor o cualquier persona que viva normalmente en el mismo grupo familiar que su hijo) algún vínculo con las Fuerzas Armadas de EE. UU., incluyendo el servicio activo, la Guardia Nacional y las Reservas, militares retirados, veteranos con discapacidades, veteranos o empleados de la Administración Pública Federal?  No  Sí  Si la respuesta es sí, complete la información de abajo | | | | |
| **Relación con el estudiante:** |  | | **Rama:**  Fuerza Aérea  Ejército  Guardia Costera  Cuerpo de Infantería de Marina  Marina | |
| **Estado:** | Servicio activo  Guardia/reserva activo  Guardia Nacional  Reserva  Militar retirado  Veterano con discapacidad | | | |
| **Instalación militar** (Opcional) – La instalación donde el miembro del servicio cumple su función en el ejército. |  | **Categoría salarial** (Opcional) – Enrolado (E1-E9), Oficial (O1-O10), Suboficial (W1-W5). | |  |

**Grupo familiar secundario del estudiante (si corresponde)**

Complete la siguiente información sobre el grupo familiar en el que reside el otro padre/madre/tutor del estudiante.

Incluya una copia de los documentos de custodia y de cualquier orden de protección que pueda estar en vigor.

**Grupo familiar principal del estudiante (donde reside el estudiante)**

Complete la siguiente información sobre el grupo familiar en el que reside el estudiante.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre/madre/tutor: |  | Relación con el estudiante: | |  |
| Nombre del padre/madre/tutor: |  | Relación con el estudiante: | |  |
| Teléfono de la casa  ¿Es VP? Sí No |  | Teléfono celular  ¿Mensaje de texto solamente? Sí No | |  |
| Dirección de correo electrónico: |  | Idioma de contacto: | |  |
| Dirección física de la casa: |  | | | |
| Dirección postal  (Si es diferente de la dirección física): |  | | | |
| Otros miembros del grupo familiar: |  | Relación con el estudiante: |  | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre/madre/tutor: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Nombre del padre/madre/tutor: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono de la casa  ¿Es VP? Sí No |  | Teléfono celular  ¿Mensaje de texto solamente? Sí No |  |
| Dirección de correo electrónico: |  | Idioma de contacto: |  |
| Dirección física de la casa: |  | | |
| Dirección postal  (Si es diferente de la dirección física): |  | | |
| Otros miembros del grupo familiar: |  | Relación con el estudiante: |  |
|  |  |  |  |

**Contactos de emergencia del estudiante**

Escriba la lista de personas en el orden en el que le gustaría que nos comunicáramos con ellas.

***No*** incluya a los padres/tutores del estudiante.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular  ¿Mensaje de texto solamente? Sí No |  | Correo electrónico: |  |
| Este contacto tiene permiso para ir a recoger/dejar a mi hijo | | Sí No |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular  ¿Mensaje de texto solamente? Sí No |  | Correo electrónico: |  |
| Este contacto tiene permiso para ir a recoger/dejar a mi hijo | | Sí No |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular  ¿Mensaje de texto solamente? Sí No |  | Correo electrónico: |  |
| Este contacto tiene permiso para ir a recoger/dejar a mi hijo | | Sí No |  |



Eastern North Carolina School for the Deaf

**Código de conducta para el transporte escolar  
*Para padres, tutores y estudiantes***

En ENCSD, la seguridad y el respeto son nuestras principales prioridades cuando se trata del transporte escolar. No importa si su hijo es estudiante no residente o vive en el campus, todos desempeñamos un papel para asegurarnos de que el viaje sea seguro, tranquilo y positivo para todos. Lea y siga estas expectativas:

*Para padres y tutores:*

**Sea puntual.** Llegue a la parada del autobús al menos 5 minutos antes tanto para recoger como para dejar al niño. Los autobuses deben respetar el horario de todas las familias.

**Esté presente cuando deje al niño.** Un adulto debe estar en la parada para recibir al estudiante. Si no hay nadie:

* El monitor del autobús intentará llamarlo.
* Es posible que tenga que encontrarse con el autobús en la siguiente parada o en ENCSD.
* Si no se establece contacto y no llega nadie a recoger al niño, se contactará con las autoridades locales (DSS u oficina del Sheriff).

**Mantenga la información de contacto actualizada.** Asegúrese de que tengamos los números de teléfono actualizados. Si el autobús se retrasa o hay algún problema, así nos pondremos en contacto con usted.

**Emergencias solamente.** Los autobuses solo pueden parar en los lugares programados; no se permiten bajadas no programadas al borde de la carretera a menos que haya una verdadera emergencia.

*Para estudiantes:*

**Sea respetuoso**. Siga las indicaciones del conductor del autobús y del monitor en todo momento. Sea amable con sus compañeros, no se burle, empuje ni haga ruido.

**Permanezca sentado**. Lleve puesto el cinturón de seguridad (si está disponible), permanezca sentado durante el viaje y guarde sus pertenencias.

**Mantenga la limpieza**. Cuide el autobús. No coma, beba, tire basura ni dañe los asientos ni las ventanillas.

**Manténgase seguro**. No juegue bruscamente, grite ni distraiga al conductor. Use una conducta segura desde que suba hasta que baje del autobús.

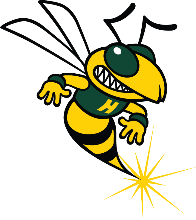
Al firmar abajo, confirmamos que hemos leído y entendido el Código de Conducta del Transporte Escolar de ENCSD. Estamos de acuerdo en seguir las expectativas mencionadas y entendemos que no seguir las reglas puede resultar en:

* Advertencias verbales o escritas
* Contacto con los padres/tutores
* Suspensión temporal o permanente de viajar en el autobús
* Suspensión dentro o fuera de la escuela

Entendemos que estas reglas existen para mantener la seguridad de todos y garantizar una experiencia respetuosa para todos los pasajeros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante (letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Firma del estudiante: |  | | |
| Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Firme del padre/madre/tutor: |  | | |

¿Tiene alguna pregunta o preocupación? Comuníquese con el coordinador de transporte de ENCSD. ¡Estamos para ayudarlo!

**Tarjeta de información sobre transporte para estudiantes**

**Contactos de emergencia aprobados para la recogida**

Escriba la lista de personas en el orden en el que le gustaría que nos comunicáramos con ellas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Grado: |  |
| Estudiante no residente  Estudiante residente | | Edad: |  |
| Necesidades médicas o de aseo personal: |  | | |
| Alergias: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |



Eastern North Carolina School for the Deaf

**Dinero para gastos personales del estudiante**

ENCSD ofrece la opción de ayudar a administrar el dinero de gastos personales del estudiante para artículos y actividades relacionadas con la escuela. Este formulario es obligatorio anualmente y se puede actualizar en cualquier momento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Grado: |  |
| Estudiante no residente  Estudiante residente | | | |

***Seleccione una opción***

**Mi hijo administrará su propio dinero para gastos.**

Entiendo que ENCSD no se hace responsable de la pérdida o el extravío del dinero si mi hijo lo administra de forma independiente.

Me gustaría que ENCSD administrara el dinero para gastos de mi hijo.

Entiendo lo siguiente:

* Todo el dinero se debe entregar en efectivo (no se aceptan cheques personales ni transferencias bancarias en línea).
* Solo el personal de ENCSD puede hacer depósitos y giros.
* Se entregará un recibo por cada transacción.
* El dinero se guardará de forma segura en la caja fuerte de la Oficina Administrativa(Business Office) en Woodard Hall.
* Los estudiantes residentes tendrán acceso a sus fondos por medio del director residencial después del horario escolar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde): |  | | | Fecha: |  |
| Firme del padre/madre/tutor: |  | | | | |
| Número de teléfono del padre/madre: |  | Correo electrónico del padre/madre: |  | | |

¿Tiene alguna pregunta o preocupación? Comuníquese con la Oficina Administrativa de ENCSD. ¡Estamos para ayudarlo!



Eastern North Carolina School for the Deaf

**Lista de suministros para estudiantes internos**

Estamos encantados de que su hijo se una a nuestro programa de internado. Para ayudarlo a sentirse cómodo, preparado y listo para el éxito, hemos preparado una lista de artículos recomendados para traer. Estos suministros servirán de apoyo tanto para las rutinas diarias como para la vida en los dormitorios. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de estos artículos, comuníquese con nuestro personal de Vida Residencial (Residential Life).

**Ropa y calzado**

* Chanclas/zapatos de ducha
* Ropa escolar informal (apropiada para el clima)
* Ropa de dormir y pantuflas
* Bata de baño
* Ropa interior y calcetines
* Calzado cómodo (de diario, de gimnasia, etc.)
* Chaqueta/abrigo (de temporada)
* Ropa de lluvia (paraguas, impermeable, etc.)
* Traje formal (para eventos como bailes de graduación o entregas de premios)

**Limpieza y organización**

* Cesta u organizador para la ducha
* Contenedores o recipientes de almacenaje (para usar debajo de la cama o en el armario)

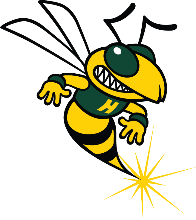
**Artículos personales**

* Artículos de aseo (champú, jabón, pasta de dientes, cepillo de dientes, desodorante, protector solar, loción, etc.)
* Productos de higiene personal (según sea necesario)
* Cepillo de pelo/peine
* Pañuelos
* Botella de agua reutilizable

**Dormitorio (opcional)**

* Ropa de cama tamaño individual (sábanas, fundas de almohada, manta/acolchado)
* Almohadas
* Toallas de baño y toallitas
* Bolsa o cesta para lavandería
* Ventilador pequeño
* Lámpara de escritorio o luz de lectura
* Fotos o pequeños adornos para que su habitación se sienta como en casa
* Refrigerios favoritos (sin frutos secos, aptos para el dormitorio)
* Libros, diarios o juegos
* Auriculares o tapones para los oídos

Recomendamos que etiquete las pertenencias de su hijo con su nombre para evitar confusiones. Nuestro objetivo es hacer que ENCSD se sienta como una segunda casa, ¡y una maleta bien hecha es un gran primer paso!

**Tarjeta de información para estudiantes internos**

**Contactos de emergencia aprobados**

Escriba la lista de personas en el orden en que le gustaría que nos comunicáramos con ellas en caso de emergencia. Al incluirlas abajo, está dando permiso a estas personas para recibir y solicitar información relacionada con el cuidado y el bienestar de su hijo en el internado.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Grado: |  |
| Necesidades médicas o de aseo personal: |  | | |
| Alergias: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación con el estudiante: |  |
| Teléfono celular: |  | Voz  Texto | |
| Teléfono secundario: |  | Voz  Texto  Videoteléfono | |



Eastern North Carolina School for the Deaf

**Código de vestimenta de los estudiantes**

**Vístase para sentirse cómodo. Vístase para ser respetado. Vístase para ir a la escuela.**

En ENCSD, queremos que cada estudiante se sienta seguro, respetado y listo para aprender. Nuestro código de vestimenta ayuda a crear un ambiente de aprendizaje libre de distracciones y apoya la salud, la seguridad y el sentido de comunidad.

Sabemos que los estudiantes tienen su propio estilo, ¡y apoyamos la autoexpresión! Estas directrices son para ayudar a equilibrar el estilo personal con lo que es mejor para la comunidad escolar. Pedimos a las familias que colaboren con nosotros para ayudar a los estudiantes a elegir ropa adecuada para la escuela, cómoda y que no sea fuente de distracción. Se espera que los estudiantes sigan estas expectativas tanto en el campus como durante las actividades escolares fuera del campus.

✅ **Lo que PUEDE ponerse:**

✔ Ropa limpia todos los días  
✔ Pelo cepillado o peinado  
✔ Zapatos que sean seguros (zapatillas de deporte, zapatos cerrados)  
✔ Faldas, vestidos, pantalones cortos: no deben superar las 4 pulgadas por encima de la rodilla  
✔ Pantalones llevados a la cintura (no caídos)  
✔ Sujetadores deportivos que se lleven debajo de la camiseta  
✔ Ropa que le cubra el estómago, el pecho y la espalda

🚫 **Lo que NO PUEDE ponerse:**

❌ Ropa con:

* Imágenes de drogas, alcohol, tabaco
* Palabras o imágenes groseras o violentas
* Mensajes pandilleros, sexuales o racistas

❌ No use:

* Camisetas de tirantes, camisetas tipo tubo, camisetas sin espalda
* Ropa transparente
* Pantalones cortos o faldas (demasiado cortas)
* Chanclas o sandalias de playa
* Gafas de sol en el interior (a menos que sea por necesidad médica)
* Sombreros o gorras (a menos que sea por motivos religiosos o médicos)
* Chaquetas para ocultar ropa inapropiada

🧼 **Higiene y aseo:**

👍 Esté limpio todos los días  
👍 Use jabón, desodorante y ropa limpia  
👍 No comparta ni dé ropa a los demás  
👍 El pelo debe estar limpio

🛑 **Si se incumple el código de vestimenta:**

👚 Se le puede pedir al estudiante que:

* Vuelva al dormitorio o a casa para cambiarse
* Llame a su familia para pedir ayuda

💬 ¿No está seguro de si se puede llevar algo?  
¡Pregúntele a un miembro del personal!

❤️ **Código de vestimenta = Respeto**

Nos vestimos de manera que mostremos respeto por nosotros mismos, por los demás y por el aprendizaje. Al seguir estas directrices, ayudamos a mantener ENCSD un lugar seguro, centrado y acogedor para todos los estudiantes. ¡Gracias por ayudarnos a mantener una comunidad escolar fuerte!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Calendario escolar**  **2025-2026** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agosto** | | | | | | |  | **Septiembre** | | | | | | |  | **Octubre** | | | | | | | |
| **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |
|  |  |  |  |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  | |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |  | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  | 12 | | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |  | 19 | | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  | 28 | 29 | 30 |  |  |  |  |  | 26 | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Noviembre** | | | | | | |  | **Diciembre** | | | | | | |  | **Enero** | | | | | | | |
| **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |
|  |  |  |  |  |  | 1 |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  | |  |  |  | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |  | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  | 11 | | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |  | 18 | | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |  | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  | 25 | | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Febrero** | | | | | | |  | **Marzo** | | | | | | |  | **Abril** | | | | | | | |
| **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |  | |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |  | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |  | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |  | 12 | | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  | 19 | | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |  | 26 | | 27 | 28 | 29 | 30 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Jornada de puertas abiertas/Día de transporte  Primer día de escuela  Día de transporte  No hay clases  Último día de clases/Día de transporte | | | | | |  |
| **Mayo** | | | | | | |  | **Junio** | | | | | | |  | |
| **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |  | **Do** | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sa** |
|  |  |  |  |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |  | |  |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |  | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  | |  |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |  | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |  | |  |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  | 28 | 29 | 30 |  |  |  |  |  | |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |



A yellow and green cartoon character

AI-generated content may be incorrect. 

***Fechas que debe conocer***

2025-2026

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agosto** | |  | **Octubre** | |  | 10 | No hay clases |
| 18 | Jornada de puertas abiertas |  | 2 | Termina el 1er trimestre |  | 11 | No hay clases |
| 18 | Día de transporte |  | 2 | Día de transporte |  | 11 | Día de transporte |
| 19 | Primer día de escuela |  | 3 | No hay clases |  | 14 | Día de transporte |
| 22 | Día de transporte |  | 6 | No hay clases |  | 14 | Los informes de progreso se envían a casa |
| 24 | Día de transporte |  | 6 | Día de transporte |  | 16 | Día de transporte |
| 29 | Día de transporte |  | 7 | Comienza el 2.º trimestre |  | 21 | Día de transporte |
| **Septiembre** | |  | 10 | Día de transporte |  | 24-28 No hay clases | |
| 1 | No hay clases |  | 10 | Las libretas de calificaciones se envían a casa |  | 30 | Día de transporte |
| 1 | Día de transporte |  | 12 | Día de transporte |  | **Diciembre** | |
| 5 | Día de transporte |  | 17 | Día de transporte |  | 5 | Día de transporte |
| 7 | Día de transporte |  | 19 | Día de transporte |  | 7 | Día de transporte |
| 12 | Día de transporte |  | 24 | Día de transporte |  | 12 | Día de transporte |
| 19 | Día de transporte |  | 26 | Día de transporte |  | 14 | Día de transporte |
| 19 | Los informes de progreso se envían a casa |  | 31 | Día de transporte |  | 19 | Termina el 2.º trimestre/ 1er semestre |
| 21 | Día de transporte |  | **Noviembre** | |  | 19 | Día de transporte |
| 26 | Día de transporte |  | 2 | Día de transporte |  | 22-31 No hay clases | |
| 28 | Día de transporte |  | 7 | Día de transporte |  |

A cartoon character with a yellow and green background

AI-generated content may be incorrect.

***Fechas que debe conocer***

2025-2026

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enero** | |  | 22 | Día de transporte |  | 17 | Los informes de progreso se envían a casa |
| 1-5 No hay clases | |  | 27 | Día de transporte |  | 19 | Día de transporte |
| 5 | Día de transporte |  | 27 | Termina el 3 er trimestre |  | 24 | Día de transporte |
| 6 | Comienza el 3 er trimestre/2.º semestre |  | **Marzo** | |  | 26 | Día de transporte |
| 9 | Día de transporte |  | 2 | No hay clases |  | **Mayo** | |
| 9 | Las libretas de calificaciones se envían a casa |  | 2 | Día de transporte |  | 1 | Día de transporte |
| 11 | Día de transporte |  | 3 | Comienza el 4.º trimestre |  | 3 | Día de transporte |
| 16 | Día de transporte |  | 6 | Las libretas de calificaciones se envían a casa |  | 8 | Día de transporte |
| 19 | No hay clases |  | 6 | Día de transporte |  | 10 | Día de transporte |
| 19 | Día de transporte |  | 8 | Día de transporte |  | 15 | Día de transporte |
| 23 | Día de transporte |  | 13 | Día de transporte |  | 17 | Día de transporte |
| 25 | Día de transporte |  | 16 | No hay clases |  | 22 | Día de transporte |
| 30 | Día de transporte |  | 20 | Día de transporte |  | 25 | No hay clases |
| **Febrero** | |  | 22 | Día de transporte |  | 25 | Día de transporte |
| 1 | Día de transporte |  | 27 | Día de transporte |  | 27 | Termina el 4.º trimestre/2.º semestre |
| 6 | Día de transporte |  | 29 | Día de transporte |  | 29 | Día de transporte |
| 6 | Los informes de progreso se envían a casa |  | **Abril** | |  | 31 | Día de transporte |
| 9 | No hay clases |  | 3 | No hay clases |  | **Junio** | |
| 13 | Día de transporte |  | 6-10 No hay clases | |  | 5 | Último día de clases |
| 15 | Día de transporte |  | 12 | Día de transporte |  | 5 | Día de transporte |
| 20 | Día de transporte |  | 17 | Día de transporte |  | 5 | Las libretas de calificaciones se envían a casa |



|  |  |
| --- | --- |
| **Agosto** | |
| 18 | Jornada de puertas abiertas |
| 19 | Primer día de escuela |
| **Octubre** | |
| 17 | Premios del 1.º trimestre a las 11 a. m. |
| 31 | Festival de otoño y Truco o trato |
| **Diciembre** | |
| 19 | Celebración de días festivos |
| **Enero** | |
| 16 | Premios del 2.º trimestre a las 11 a. m. |
| **Marzo** | |
| 13 | Premios del 3.º trimestre a las 11 a. m. |
| **Mayo** | |
| 29 | Dedicación de anuario a las 9 a. m. |
| **Junio** | |
| 3 | Día de campo |
| 4 | Premios del 4.º trimestre a las 11 a. m. |
| 5 | Graduación Clase de 2026 a las 11 a. m. |
| 5 | Último día de clases |

\*Fechas sujetas a cambio

**Eventos especiales** \*

2025-2026

Abeja amarilla con fondo negro

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

**Información de contacto de SHC:**

Oficina: 252-640-1054

Fax: 252-265-4576

VP: 252-281-2358

Correo electrónico: [SHC@encsd.k12.nc.us](mailto:SHC@encsd.k12.nc.us)

La siguiente sección de este paquete de inscripción es para nuestro Centro de Salud Estudiantil (Student Health Center). Para asegurarnos de que su hijo tenga toda la documentación necesaria lista para volver a la escuela en agosto, le pedimos que programe las citas necesarias lo antes posible.

Si su hijo toma medicamentos a diario, pídale al médico de su hijo que complete el Formulario de autorización de medicamentos con los medicamentos que toma (incluyendo los de venta sin receta). Asegúrese de que su médico complete todo el formulario, incluyendo la firma del médico.

Como recordatorio, el personal de enfermería no puede administrar medicamentos sin una orden firmada por el médico y por usted. Todos los medicamentos deben estar en un frasco o envase con la etiqueta de la farmacia. El frasco/envase en sí NO se acepta como orden de un médico. El frasco/envase debe coincidir con la orden firmada del médico.

Comuníquese con nuestro Centro de Salud Estudiantil si tiene alguna pregunta.



Eastern North Carolina School for the Deaf

Permiso para recibir atención médica y autorización para prestar atención médica

2025-2026

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |

# Doy mi permiso para que mi hijo reciba los siguientes servicios relacionados con la salud mientras esté inscrito en Eastern North Carolina School for the Deaf (ENCSD):

**Atención médica general**

***Doy permiso para que mi hijo:***

* Sea examinado y tratado por el médico de la escuela de ENCSD que usa el sistema de telemedicina en el campus.
* Reciba atención para las necesidades de salud diarias o enfermedades repentinas en el centro de salud estudiantil. Esto incluye tomar medicamentos recetados o disponibles de venta sin receta (como Tylenol o medicamentos para el resfriado).
* Participe en exámenes de la vista, dentales y de salud general según lo recomiende o exija ENCSD.

**Medicamentos**

***Doy permiso para que mi hijo:***

* Tome los medicamentos que le envíe de casa (con o sin receta).
  + Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales con etiquetas claras que muestren el nombre de mi hijo y las instrucciones de la dosis.
  + Informaré al Centro de Salud Estudiantil (por teléfono o por escrito) para qué es cada medicamento.
* Pida al personal de enfermería de ENCSD que se comunique con el médico que recetó los medicamentos a mi hijo si hay preguntas o actualizaciones necesarias.
* Tome medicamentos que le dé personal no médico de ENCSD (como personal del dormitorio o de la escuela), bajo la supervisión del personal de enfermería del Centro de salud estudiantil.

**Atención médica de emergencia**

***En caso de emergencia médica, doy permiso a ENCSD para que:***

* Dé primeros auxilios de emergencia y se comunique con los servicios de emergencia (EMS) si es necesario.
* Firme cualquier formulario que exijan los proveedores médicos para que mi hijo reciba rápidamente la atención necesaria.
* Intente comunicarse conmigo o con mis contactos de emergencia tan pronto como sea posible.
  + Entiendo que soy responsable de todos los costos médicos que no cubra el seguro.
  + Este formulario no da permiso para cirugía que requiera anestesia general.

**Información médica y de comunicación**

***Doy mi consentimiento para:***

* Compartir la historia médica actualizada de mi hijo, incluyendo alergias, condiciones médicas, información de salud mental y seguro actual.
* Dar permiso al personal de salud de ENCSD para hablar con los médicos o proveedores médicos de mi hijo, si es necesario, para apoyar su atención.
* Permitir que el personal de ENCSD comparta información importante sobre la salud con los maestros o el personal del dormitorio si la necesitan para apoyar la salud y el aprendizaje de mi hijo. Esto solo se compartirá de forma limitada y según sea necesario.
* Mantener mi información de contacto y contactos de emergencia actualizados con la escuela.

He leído y entiendo este formulario. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios arriba mencionados mientras esté inscrito en ENCSD.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firme del padre/madre/tutor:** |  | **Fecha:** |  |
| **Firma del enfermero revisor:** |  | **Fecha:** |  |
|  |  |  |  |



Eastern North Carolina School for the Deaf

Consentimiento informado del padre/madre para Medicaid

2025-2026

**Permiso para revelar información al Programa Medicaid de Carolina del Norte**

***Eastern North Carolina School for the Deaf (ENCSD)*** *y el Departamento de Enseñanza Pública en 1311 Hwy 301 South, Wilson, NC 27893*

Según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (Family Education Rights and Privacy Act , FERPA), se requiere mi permiso para que la escuela revele información sobre mi hijo. Tengo derecho a recibir una copia de cualquier información que se revele al programa Medicaid. Puedo hacer preguntas sobre este programa y revocar mi permiso en cualquier momento comunicándome con ***Eastern North Carolina School for the Deaf.***

Si doy o no mi permiso para que se revele esta información no afectará el programa de educación especial de mi hijo. Este formulario se completa para cada niño que recibe evaluaciones o servicios de educación especial. Medicaid permite a cada LEA recaudar fondos para algunos de los servicios que prestan las escuelas. La Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEA) de 2004 [Título I B 612a12A (i)] exige que los sistemas escolares accedan a los fondos de Medicaid para los servicios antes de financiarlos con fuentes educacionales estatales o locales.

Mi firma abajo autoriza a ENCSD a compartir o revelar la información necesaria para facturar al programa Medicaid de Carolina del Norte por los servicios que presta la escuela, que incluyen los del Programa de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo. Mi firma no da permiso para facturar a mi compañía de seguros privada. Mi firma indica que soy consciente y estoy informado de que la información educacional y médica confidencial de mi hijo se revelará a Medicaid. La información que se revelará podría incluir:

* + El nombre y el número del Seguro Social de mi hijo;
  + la fecha de nacimiento de mi hijo;
  + la información y los informes de remisión y evaluación de mi hijo;
  + las fechas y horas en que se prestan los servicios a mi hijo en la escuela;
  + los objetivos del IEP de mi hijo relacionados con estos servicios; y
  + los informes sobre el progreso de mi hijo, incluyendo las notas de progreso y las libretas de calificaciones.

\*\* Este formulario de consentimiento le da permiso a ENCSD para revelar información necesaria para recuperar costos de Medicaid por servicios elegibles basados en la escuela, como: Terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, terapia auditiva, terapia física u otras actividades relacionadas con los servicios médicos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del niño: |  | Número de Medicaid: |  |
| Nombre del padre/madre o tutor (en letra de molde): |  | Fecha de nacimiento del niño: |  |
| Firma del padre/madre o tutor: |  | Fecha: |  |

**ENVÍE UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICAID DE SU HIJO JUNTO CON ESTE FORMULARIO.**



Eastern North Carolina School for the Deaf

Centro de salud estudiantil

Formulario de informe de detección de la tuberculosis

Eastern North Carolina School for the Deaf requiere documentación de una prueba cutánea actual (dentro de los últimos 12 meses) para la tuberculosis, con los resultados registrados para todos los estudiantes nuevos. Debe ser una prueba cutánea de tuberculina de Mantoux.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |

### **Resultados de la prueba cutánea PPD de Mantoux**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha en que se hizo: |  | Lugar de realización: |  |
| Administrado por: |  | | |
| Fecha en que se leyó: |  | Resultados: |  |
| Leído por: |  | | |
| Si el resultado es positivo, deberá dar información sobre remisiones para seguimiento y tratamiento preventivo. Se necesitará documentación sobre los resultados de la radiografía de tórax, el régimen de tratamiento y la autorización médica para que el estudiante pueda volver a la escuela. | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Nombre del médico: |  | Número de teléfono: |  |
| Dirección del médico: |  | | |

***Devuelva este formulario al Centro de Salud Estudiantil   
de Eastern NC School for the Deaf.***

Centro de salud estudiantil

Formulario médico para estudiantes nuevos

2025-2026



Eastern North Carolina School for the Deaf

**El padre/madre/tutor debe completar la siguiente información relacionada con la salud y la historia médica de su hijo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historia de alergias del estudiante:** | | | | | | | | | | | |
| ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? | | | | | | | Sí  No | | | | |
| Si la respuesta es sí, indique el nombre del medicamento y la reacción: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ¿Es su hijo alérgico a algún alimento? | | | | | | | Sí  No | | | | |
| Si la respuesta es sí, explique: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene su hijo alergias medioambientales o a insectos? | | | | | | | Sí  No | | | | |
| **Historia de embarazo/trabajo de parto/parto: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| ¿Su embarazo fue a término?  Sí  No | | | | | | |  | | | | |
| ¿Su hijo nació prematuro?  Sí  No | | | | | | | Si la respuesta es sí, ¿de cuántas semanas? | | | | |
| **Historia del estudiante – Cabeza/oídos/nariz/garganta: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Problemas de visión de cerca/de lejos  Gafas/lentes de contacto  Cirugía de la vista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Glaucoma  Retinitis pigmentosa/síndrome de Usher  Fecha del último examen de la vista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Implante coclear  Audífonos  Edad en la que se diagnosticó la  sordera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Motivo de la sordera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alergias estacionales  Migrañas (diagnosticadas por un médico) | | | | |
| **Historia del estudiante – Cardíaco: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Soplo cardíaco  Problemas de la presión  Defectos del corazón  Enfermedades del corazón | | | | | | | Pruebas cardíacas (electrocardiograma, cateterización, etc.)  Dolor en el pecho/presión en el pecho  Problemas en las arterias/venas  Desvanecimientos, desmayos | | | | |
| Cirugía del corazón – Explique: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Gastrointestinal: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Incontinencia intestinal  Vómito crónico  Trastorno alimenticio  Enfermedad del hígado  Hernia  Estreñimiento crónico | | | | | | | Úlceras  Falta de crecimiento  Problemas intestinales  Diarrea crónica  Problemas de la vesícula biliar  Dolor abdominal frecuente | | | | |
| Cirugía de estómago/abdomen – Explique: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Respiratorio: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Asma  Uso de medicamentos para la respiración  Sibilancias | | | | Tos crónica  Falta de aire  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Cirugía de pulmón – Explique: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Piel: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Alergia a la hiedra venenosa/al roble  Quemaduras solares con facilidad  Eccema | | | | | Infecciones de la piel por hongos  Infecciones de la piel por bacterias | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Ortopédico: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Dislocaciones articulares | Dolor articular sin lesión | | | | Lesión en el cuello/la espalda | | | | Cirugía de huesos/articulaciones | | |
| **Historia del estudiante – Urinario/reproductivo: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Pastillas anticonceptivas  Cálculos renales | | | Inyecciones de Depo-Provera  Incontinencia urinaria | | | | Cirugía reproductiva  Cirugía de vejiga/riñón | | | | |
| Explique la cirugía: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Sistema neurológico: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Trastorno convulsivo  Lesión en la cabeza/conmoción cerebral  Mareo/desmayo | | | Lesión en la columna vertebral  Shunt (Derivación)  Parálisis cerebral | | | | Cirugía de la médula espinal  Cirugía del cerebro  Otro | | | | |
| Fecha de la última convulsión: | | | | | | | | | | | |
| Explique la cirugía u otro: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Historia del estudiante – Sistema endocrino/inmunitario: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Anemia  Enfermedad de la tiroides  Cáncer | | | Anemia de células falciformes  Diabetes  Inmunodeficiencia | | | | Trastorno de la hemorragia/coagulación  Panhipopituitarismo | | | | |
| **Historia del estudiante – Psiquiátrico/psicológico: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Evaluado por un psiquiatra  Trastorno de hiperactividad/déficit de atención | | Depresión  Preocupación/ansiedad excesivas | | | | | | Uso de alcohol y drogas | | | |
| Otras condiciones de salud mental – Explique: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Competencias del estudiante para las actividades de la vida diaria: Marque todas las opciones que correspondan** | | | | | | | | | | | |
| Cepillarse los dientes:  Autónomo  Necesita ayuda  Peinarse el pelo:  Autónomo  Necesita ayuda  Caminar:  Autónomo  Necesita ayuda  Orinar:  Autónomo  Necesita ayuda | | | | | Bañarse:  Autónomo  Necesita ayuda  Comer:  Autónomo  Necesita ayuda  Vestirse:  Autónomo  Necesita ayuda  Evacuar:  Autónomo  Necesita ayuda | | | | | | |
| **Declaración y firma del padre/madre/tutor** | | | | | | | | | | | |
| Certifico que la información escrita arriba es verdadera según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en informar al personal de enfermería de cualquier cambio en la información de arriba. Autorizo al Centro de Salud Estudiantil a revelar la información mencionada arriba a todos y cada uno de los proveedores de atención médica, y también a los miembros del personal de atención directa, para fines de educación, evaluación, pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento, conforme a la Ley de Protección de la Privacidad de la Información Médica(Health Information Privacy Protection Act). | | | | | | | | | | | |
| Firma del padre/madre/tutor: | | | | | | | | | | Fecha: | |
| Firma del personal del Centro de salud estudiantil: | | | | | | | | | | Fecha: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ESCUELAS PÚBLICAS DE CAROLINA DEL NORTE**  Consejo de Educación del Estado | Departamento de Enseñanza Pública | | | |
| **Rev. enero de 2016** | |
| **FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE EVALUACIÓN DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE**  Este formulario y la información de este formulario se mantendrá archivada en la escuela donde asiste el estudiante nombrado aquí y es confidencial y no un registro público.  (Aprobado por el Departamento de Enseñanza Pública-Department of Public Instruction- de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos-Department of Health and Human Services-) | | | | | |
| **EL PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN** | | | | | |
| **Nombre del estudiante:** |  | |  | |  |
| (Apellido) | (Nombre) | | (Segundo nombre) | |  |
| **Fecha de nacimiento (m/d/aaaa):** | **Nombre de la escuela:** | |  | |  |
| **Dirección particular:** | **Ciudad:** | | **Estado:** | | **Condado:** |
| **Información del padre/madre: Nombre del padre/madre/tutor, o persona que actúa in loco parentis:** | | | | **Teléfonos** | |
|  | | | | Casa: | |
|  | | | | Trabajo: | |
|  | | | | Teléfono celular: | |
| **Preocupaciones de salud que se compartirán con personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros y otro personal de la escuela que requiera esa información para hacer sus tareas asignadas):** | | | | | |
| **EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN** | | | | | |
| **Medicamentos recetados para el estudiante:** | | | | | |
| **Alergias del estudiante, tipo y respuesta necesaria:** | | | | | |
| **Instrucciones de dieta especial:** | | | | | |
| **Recomendaciones relacionadas con la salud para mejorar el desempeño escolar del estudiante:** | | | | | |
| **Información del examen de visión:**  Pasó el examen de visión: □ Sí □ No  Preocupaciones relacionadas con la visión del estudiante: | | | | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rev. enero de 2016** | **ESCUELAS PÚBLICAS DE CAROLINA DEL NORTE**  Consejo de Educación del Estado | Departamento de Enseñanza Pública | | | | | | |
| **Información de examen de audición:**  Pasó el examen de audición: □ Sí □ No  Preocupaciones relacionadas con la audición del estudiante: | | | | | | | |
| **Recomendaciones, preocupaciones o necesidades relacionadas con la salud del estudiante y seguimiento necesario de la escuela:** | | | | | | |  |
| **Seguimiento necesario de la escuela:** □ Sí □ No | | | | | | | |
| **Comentarios del proveedor médico:** | | | | | | | |
| **Adjunte otros formularios de salud escolar aplicables:** | | |  | | |  |  |
| Registro de vacunación adjunto:  Formulario de autorización de medicamentos en la escuela adjunto:  Plan de atención de la diabetes adjunto:  Plan de acción de asma adjunto:  Planes de atención médica para otras condiciones adjuntos: | | | | □  □  □  □  □ | |  |  |
| **Certificación del profesional de atención médica**  Certifico que hice, en el estudiante nombrado arriba, una evaluación de salud de acuerdo con G.S. 130A-440(b) que incluyó una historia médica y examen físico con exámenes de visión y audición y, si corresponde, exámenes de anemia y tuberculosis. Certifico que la información de este formulario es precisa y completa a mi leal saber. | | | | | | | |
| Nombre: |  | |  | | | Cargo: |  |
| Firma: | | | | | | Fecha (m/d/aaaa): |  |
|  |  | |  | | | Fecha del examen (si es distinta): | |
| Nombre de la consulta/clínica: | | | | | Dirección de la consulta/clínica: | | |
| Ciudad de la consulta/clínica: | | Estado: | Código postal: | | Teléfono: | | Fax: |
| Timbre del proveedor aquí: | | | | | | | |





Eastern North Carolina School for the Deaf

Formulario de autorización de medicamentos

2025-2026

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |

**Pídale a su médico que complete esta sección.**

Escriba el nombre de cada medicamento, la concentración (p. ej.: 100 mg), la dosis (cuántas píldoras hay que dar), la vía de administración (p. ej.: por vía oral, aplicar sobre la piel, etc.) y las horas a las que hay que dar el medicamento.

Adjunte hojas adicionales si es necesario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Concentración** | **Dosis** | **Vía de administración** | **Horario** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del médico: |  | Fecha: |  |
| Nombre del médico (en letra de molde): |  | Número de teléfono: |  |

**El padre/madre/tutor debe completar esta sección.**

Yo, como padre/madre/tutor del estudiante arriba mencionado, doy permiso para que mi hijo reciba regularmente los siguientes medicamentos según lo recetado por un médico autorizado. Entiendo lo siguiente:

* El personal de enfermería de ENCSD o el personal designado deben administrar los medicamentos cuando el personal de farmacia/enfermería los prepare.
* El médico de mi hijo, el personal de enfermería, el farmacéutico, el consejero o la hoja de información sobre medicamentos me explicaron el propósito del medicamento, los potenciales efectos secundarios/reacciones adversas y cualquier precaución o indicación especial sobre la administración del medicamento.
* Como padre/madre, puedo (en cualquier momento), revocar el permiso para que se administren los medicamentos.

Este permiso es válido para el año escolar 2025-2026.

He leído y entiendo la información de arriba.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del padre/madre o tutor: |  | Fecha: |  |
| Firma del enfermero revisor: |  | Fecha: |  |



Eastern North Carolina School for the Deaf

Permiso para medicamentos de venta sin receta

2025-2026

Los siguientes medicamentos de venta sin receta están disponibles en el Centro de Salud Estudiantil de ENCD bajo el permiso escrito dado por nuestro médico de la UNC (es decir, órdenes permanentes). Solo se administrarán los medicamentos que se indican en la lista y que se determine que son necesarios. **Indique qué medicamentos no quiere que se le administren en la escuela.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |

***Al firmar abajo, usted está otorgando permiso para que el Centro de Salud Estudiantil de ENCSD trate con estos medicamentos según las órdenes permanentes de nuestro médico.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Uso** |  |
| Acetaminofén(Acetaminophen) | Malestar, fiebre | No dar |
| Ibuprofeno (Ibuprofen) | Malestar, fiebre | No dar |
| Bengay | Dolor muscular | No dar |
| Melatonina (Melatonin) | Sueño | No dar |
| Dimetapp/Dimetapp DM | Síntomas del resfriado | No dar |
| Solución salina nasal | Soltar la mucosidad | No dar |
| Aerosol nasal Afrin | Congestión nasal | No dar |
| Robitussin/Robitussin DM | Tos | No dar |
| Pastillas para la tos | Tos | No dar |
| Aerosol Chloraseptic | Dolor de garganta | No dar |
| Pastillas Chloraseptic | Dolor de garganta | No dar |
| Miralax | Estreñimiento | No dar |
| Mylanta | Indigestión/gases | No dar |
| Tums | Indigestión/gases | No dar |
| Claritin | Picazón, urticaria, alergia | No dar |
| Zyrtec | Picazón, urticaria, alergia | No dar |
| Benadryl | Picazón, urticaria | No dar |
| Crema de hidrocortisona | Picazón | No dar |
| Neosporin | Heridas | No dar |
| Aerosol Dermoplast | Quemaduras por el sol | No dar |
| Gel de aloe | Quemaduras por el sol | No dar |
| Protección solar | Prevención de la exposición al sol | No dar |
| Orajel/Anbesol | Herpes labial | No dar |
| Kenalog Orabase | Úlceras bucales | No dar |
| Eliminador de cera Debrox | Cera de los oídos | No dar |
| Crema Lotrimin | Tiña | No dar |
| Gotas para los ojos Visine | Ojos rojos y con picor | No dar |
| Lágrimas artificiales | Ojos secos e irritados | No dar |
| Vaselina | Piel/labios secos, eccema | No dar |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del padre/madre o tutor: |  | Fecha: |  |
| Firma del enfermero revisor: |  | Fecha: |  |

Formulario de examen físico

2025-2026



Eastern North Carolina School for the Deaf

Un médico licenciado, un asistente médico u otro enfermero de práctica avanzada deberá completar este formulario. Para la inscripción es necesario un examen físico actualizado dentro de los doce meses anteriores.

***A partir de entonces, se recomienda un examen físico cada tres (3) años.***

**Los atletas de secundaria deben hacerse un examen físico deportivo en los doce (12) meses anteriores para participar en deportes interescolares.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante:** | |  | | | | **Fecha de nacimiento:** | | |  | | **Fecha del examen físico:** | | |  | |
| SIGNOS VITALES/ANÁLISIS DE LABORATORIO/ALERGIAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTATURA: | PESO: | | Temp.: | | Pulso: | | | Resp.: | | | | PRESIÓN(BP): | | | HGB/HCT: |
| U/A: | Proteína: | | Glucosa: | | Sangre: | | | Gravedad Esp.: | | | | PH: | | | Leucocitos: |
| EXAMEN FÍSICO | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Marque si es normal*** | | | | | | | ***Describa las anomalías*** | | | | | | | | |
| Ojos | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Oídos/nariz, garganta | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Cabeza/cuello | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Tórax/corazón/pulmones | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Abdomen | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Genitales/hernia/testículos (niños) | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Menstruación/examen de las mamas (niñas, si corresponde) | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Piel | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Extremidades | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Columna | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Neurológico | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Resuma la historia o los resultados, o amplíe lo de arriba, si es necesario. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESTRICCIONES DEL MÉDICO: Se requiere que los estudiantes participen en las actividades de educación física que exige el plan de estudios, y se espera que cumplan las responsabilidades y compromisos del equipo atlético, a menos que se restrinja por orden escrita del médico. | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD FÍSICA: Indique las restricciones específicas y la duración de la restricción. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESTRICCIÓN ESPECIAL DE DIETA: Indique la dieta específica. Se requiere una orden escrita del médico para suplementos dietéticos, MVI y dietas no tradicionales. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por el presente, certifico que he examinado al estudiante descrito aquí y he revisado la historia médica de este estudiante. Certifico que este estudiante puede participar en todas las actividades académicas, atléticas y residenciales, excepto las indicadas arriba. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del médico: | | | |  | | | | | | Fecha: | | |  | | |
| Nombre del médico (en letra de molde): | | | |  | | | | | | Número de teléfono: | | |  | | |

**Orientación para completar la Declaración médica para estudiantes con necesidades de hora de comida únicas para las comidas escolares**

|  |  |
| --- | --- |
| PARTE A - PADRE/MADRE/TUTOR  La *Declaración* *médica para estudiantes con necesidades de hora de comida únicas para las comidas escolares* permite a las escuelas hacer modificaciones en las comidas para los estudiantes que lo necesiten. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, reemplazar alimentos ni alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Completar todos los artículos le permitirá a la escuela de su hijo crear un plan con usted para dar comidas y refrigerios seguros y adecuados a su hijo mientras esté en la escuela.  Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes entregue este formulario firmado y completo a la escuela de su hijo, antes podrán el Programa de Nutrición Escolar y su personal preparar las comidas que su hijo necesita. Su firma es necesaria para que la escuela tome medidas con respecto a la Declaración médica.  Siga estos pasos para comenzar:  1) Complete todas las secciones de la PARTE A de la Declaración médica.  2) Lleve la Declaración médica al pediatra de su hijo o al médico familiar/enfermero de práctica avanzada/asistente médico y pídale que complete la PARTE B.  3) Devuelva la Declaración médica completada con las firmas del padre/madre/tutor y de la autoridad médica, al maestro de su hijo, director, enfermero, administrador de casos de educación especial, o al administrador de casos de la Sección 504, al administrador de nutrición escolar, o al personal de la escuela que le dio el formulario en blanco.  4) Pregunte a la escuela cuándo se reunirá un equipo, que lo incluye a usted, al administrador de Nutrición Escolar del sistema escolar y a otras personas, para considerar la información que dio en el formulario. También puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que sepan acerca de los problemas de alimentación y nutrición de su hijo. Estas personas podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de comidas escolares para su hijo, como el pediatra de su hijo, enfermero, patólogo del habla-lenguaje, terapeuta ocupacional, nutricionista registrado o asistente de cuidado personal.  PARTE B – AUTORIDADES MÉDICAS RECONOCIDAS *(Médico calificado, asistente médico y enfermero de práctica avanzada)*  Se requiere la firma de una autoridad médica reconocida para los estudiantes con discapacidades. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, reemplazar alimentos ni alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Las modificaciones de las comidas se implementan según la evaluación médica y el plan de tratamiento y *una autoridad médica reconocida las debe pedir*.  Considere lo siguiente mientras completa la PARTE B de la Declaración médica:   1. Complete todas las secciones de la PARTE B. Completar todos los artículos agilizará la atención eficaz del estudiante en la escuela. 2. Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la discapacidad física o mental del estudiante, su impacto en la dieta del estudiante y las principales actividades de la vida que se ven afectadas. En caso de alergias alimentarias, indique si la condición del estudiante es una intolerancia a un alimento, una alergia que podría afectar el desempeño y la participación en la escuela (por ejemplo, sarpullido grave, hinchazón y molestias) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, shock anafiláctico). 3. Si la evaluación de su hijo no entrega suficientes datos para tomar una determinación sobre las sustituciones de los alimentos, modificaciones de consistencia u otras restricciones de dieta, remita al niño/familia al profesional de atención médica adecuado para completar la evaluación. Las escuelas no tienen instrumentación o personal capacitado de manera rutinaria para una evaluación completa de nutrición y alimentación y deben trabajar con proveedores de la comunidad para cubrir las necesidades únicas de alimentación y nutrición de un estudiante. 4. Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición previa o existente, planes de atención u otra documentación pertinente que esté en el expediente médico del estudiante en la Declaración médica para que el padre/madre/tutor los entregue en la escuela. 5. Considere estar disponible para consultar con el equipo de planificación de comidas del estudiante mientras se implementa el plan de atención de alimentación/nutrición.   PARTE C – ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR y REPRESENTANTE DEL IEP/504  Considere lo siguiente mientras completa la PARTE C de la Declaración médica:  La firma del administrador de Nutrición Escolar y coordinador de 504 o administrador de casos del IEP/representante del programa de EC indica que se ha recibido y revisado la declaración médica y que se está desarrollando/implementando un plan para atender las necesidades de comidas únicas del estudiante. | |
| Declaración de no discriminación del USDA | De acuerdo con la ley de derechos civiles federal y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participen en programas del USDA o los administren, tienen prohibido discriminar por raza, color, país de origen, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividad de derechos civiles anterior en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el USDA.  Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para información del programa (por ejemplo, braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas americana, etc.) deberían comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultad para oír o que tengan discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.  Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información que se pide en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por:  (1) correo: U.S. Department of Agriculture  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  1400 Independence Avenue, SW  Washington, D.C. 20250-9410;  (2) fax: (202) 690-7442; o  (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).  Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades. |

**Declaración médica para estudiantes con necesidades de comidas únicas para las comidas escolares**

Cuando se llena por completo, este formulario les da a las escuelas la información requerida por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de EE. UU. (OCR) y la Oficina de Educación Espacial y Servicios de Rehabilitación de EE. UU. (OSERS) para hacer modificaciones de comidas en la escuela. Consulte la “Orientación para completar la Declaración médica para estudiantes con necesidades de hora de comida únicas para las comidas escolares” (página anterior) para ayudarlo a completar este formulario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTE A *(La debe completar el PADRE/MADRE/TUTOR)* | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE | | Apellido: | | Nombre: | | | Segundo nombre: | | | | | Fecha de nacimiento: | |
| Escuela: | | | | | | Grado: | | Id. del estudiante: | | | |
| SELECCIONE las comidas o refrigerios que ofrece la escuela en los que participará este estudiante: | | 🞏 Programa de Desayuno Escolar 🞏 Programa Nacional de Almuerzo Escolar 🞏 Programa de Refrigerio Después de la Escuela  🞏 Programa de Cena Después de la Escuela 🞏 Programa de Frutas y Verduras Frescas | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO  DEL PADRE/MADRE/TUTOR | | Nombre en letra de molde del PADRE/MADRE/TUTOR: | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal: | | | Ciudad: | | | | | | Estado: | | Código postal: |
| Teléfono del trabajo: | Teléfono de casa: | | Celular: | | | | Correo electrónico: | | | | |
| Describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales del estudiante en la escuela: | |  | | | | | | | | | | | |
| Describa las preocupaciones que tiene sobre la capacidad del estudiante de participar de manera segura en las comidas en la escuela. | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene ya el estudiante un Programa de Educación Individualizada (IEP)?  🞏 SÍ 🞏 NO | | | | | | *TENGA EN CUENTA: Las necesidades únicas de comidas para estudiantes sin IEP, 504 o discapacidad, pero con preocupaciones generales de salud, se tratan dentro del patrón de comidas del administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.* | | | | | | | |
| ¿Tiene ya el estudiante un Plan 504?  🞏 SÍ 🞏 NO | | | | | |
| **Consentimiento del PADRE/MADRE/TUTOR** | *Acepto permitir que el proveedor de atención médica de mi hijo y el personal de la escuela se comuniquen según sea necesario en relación con la información de este formulario.*  **Firma del padre/madre/tutor Fecha** | | | | | | | | | | | | |
| *Devuelva esta Declaración médica completada con las firmas del padre/madre/tutor y de la autoridad médica, al maestro de su hijo, director, enfermero, administrador de casos de educación especial, o al administrador de casos de la Sección 504, al administrador de Nutrición Escolar o al personal de la escuela que le dio el formulario en blanco.* | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE: | | |  | | | | | | N.º DE ID. DEL ESTUDIANTE: | |  | | | |
| PARTE B (La debe completar la AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA, es decir, médicos calificados, asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa la discapacidad física o mental del estudiante: | | | | | | | | Explique cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante: | | | | | | | |
| Principales actividades de la vida afectadas:  *Seleccione todas las opciones que correspondan.* | | 🞏 Caminar 🞏 Ver 🞏 Oír 🞏 Hablar 🞏 Hacer tareas manuales  🞏 Aprender 🞏 Respirar 🞏 Autocuidarse 🞏 Comer/digerir | | | | | | | | | | | 🞏 Otro (especifique): | | |
| ¿Es esto una alergia alimentaria? 🞏 SÍ 🞏 NO  ¿Es esto una intolerancia a los alimentos? 🞏 SÍ 🞏 NO | | | | | | | Si el estudiante tiene alergias alimentarias potencialmente mortales\*, marque las casillas correspondientes:  *\*Los estudiantes con alergias alimentarias potencialmente mortales deben tener un plan de acción implementado en la escuela.*  🞏 Ingestión 🞏 Contacto 🞏 Inhalación | | | | | | | | |
| Especifique cualquier restricción de dieta o instrucciones especiales de dieta para adaptar a este estudiante en las comidas de la escuela: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para cualquier dieta especial, indique los alimentos específicos que deben omitirse y los reemplazos recomendados.  *(Puede adjuntar un plan de atención separado)* | Alimentos que deben omitirse | | | 🡺 | | Reemplazos recomendados | | | Alimentos que deben omitirse | 🡺 | | | | Reemplazos recomendados | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Designe el requisito de consistencia más seguro para los ALIMENTOS: | | Designe el requisito de consistencia más seguro para los LÍQUIDOS: | | |
| 🞏 Puré 🞏 Mecánico suave  🞏 Molido 🞏 Picado | 🞏 Otro (especifique): | 🞏 Líquido claro 🞏 Espeso como néctar  🞏 Líquido completo 🞏 Espeso como miel  🞏 Espeso como pudín | | 🞏 Otro (especifique): |
| Otros comentarios sobre los patrones de alimentación del niño, incluyendo alimentación por sonda, si corresponde: | | | *\*TENGA EN CUENTA\* Si la evaluación de su hijo no da suficientes datos para llenar completamente las secciones de arriba correspondientes a las necesidades de comida del estudiante, remita al niño/a la familia al profesional de atención médica adecuado para completar la evaluación.* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma de la autoridad médica reconocida\* | Nombre en letra de molde | Número de teléfono  ( ) | Fecha |
| *\* Una autoridad médica reconocida en N.C. incluye médicos calificados, asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada.* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| PARTE C (La deben completar los ADMINISTRADORES DEL DISTRITO ESCOLAR) | NOTAS: (Personal del Programa de Nutrición Escolar o de otro programa escolar) |
| Firma del administrador de Nutrición Escolar: Fecha: |
| Firma del coordinador del IEP/504: Fecha: |



Eastern North Carolina School for the Deaf

Ley de Garrett

Información importante para las familias

La Ley de Garrett (Proyecto de ley del Senado 444), promulgada en Carolina del Norte en 2004 y ampliada en 2007, dicta que las escuelas den a padres, madres y tutores información acerca de tres enfermedades importantes: **influenza (gripe), meningitis meningocócica** y **papilomavirus humano (HPV)**, junto con las vacunas disponibles para protegerse contra ellas.

***Lo que necesita saber:***

**Influenza (gripe)**

*¿Qué es?*  
Influenza, o la gripe, es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la influenza. Puede provocar una enfermedad de leve a grave y, a veces, provocar una hospitalización.

**Los síntomas pueden incluir:**

* Fiebre o sentirse afiebrado/con escalofríos
* Tos y dolor de garganta
* Nariz con secreción o congestionada
* Dolores musculares o de cuerpo
* Dolores de cabeza
* Fatiga (cansancio)
* Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos

*¿Cómo se contagia?*  
La gripe se contagia principalmente por gotas producidas cuando las personas con gripe tosen, estornudan o hablan. Estas gotas pueden caer en las bocas o narices de personas cercanas.

**Consejos de prevención:**

* La vacuna anual contra la gripe es la mejor manera de proteger contra la gripe.
* Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón.
* Evite el contacto cercano con personas enfermas.
* Tápese la boca y la nariz con un pañuelo cuando tosa o estornude.
* Quédese en casa si no se siente bien para evitar contagiar a los demás.

**Meningitis meningocócica**

*¿Qué es?*  
La meningitis meningocócica es una enfermedad bacteriana grave que afecta al cerebro y la médula espinal. Puede causar problemas médicos graves y pueden ser potencialmente mortales si no se tratan oportunamente.

**Los síntomas pueden incluir:**

* Aparecimiento repentino de fiebre
* Dolor de cabeza
* Rigidez de nuca
* Náuseas y vómitos
* Mayor sensibilidad a la luz
* Confusión o dificultad para concentrarse

*¿Cómo se contagia?*  
Las bacterias se contagian a través del intercambio de secreciones respiratorias o de la garganta, como la saliva. Se contagia con frecuencia a través de contacto cercano o prolongado, como toser, besar o compartir utensilios.

**Consejos de prevención:**

* La vacunación es la manera más eficaz de prevenir la enfermedad meningocócica. La vacuna se recomienda para preadolescentes y adolescentes, con la primera dosis a los 11 o 12 años y una dosis de refuerzo a los 16 años.
* Practique la buena higiene, como no compartir bebidas ni utensilios para comer.
* Tápese la boca y la nariz cuando tosa o estornude.

**Papilomavirus humano (HPV)**

*¿Qué es?*  
El HPV es un virus habitual que puede provocar ciertos tipos de cáncer más adelante en la vida. Se transmite por contacto íntimo piel con piel.

**Síntomas:**  
La mayoría de las personas con HPV no desarrolla síntomas ni problemas de salud. Sin embargo, algunos tipos pueden provocar problemas médicos, como verrugas genitales y cáncer.

**Consejos de prevención:**

* Se recomienda la vacuna del HPV para preadolescentes entre 11 y 12 años, pero se puede comenzar a recibir a los 9 años y hasta los 26 años.
* Su proveedor de atención médica recomienda controles médicos y exámenes de detección habituales.

**Manténgase informado y protegido**

Para obtener información más detallada y recursos, visite:

* [NCDHHS – Recursos de la Ley de Garrett](https://www.dph.ncdhhs.gov/programs/epidemiology/immunization/schools/partners)
* [CDC – Vacunas para preadolescentes y adolescentes](https://www.cdc.gov/vaccines-children/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/parents/by-age/years-7-18.html)

Su salud y bienestar son importantes. Si tiene preguntas o necesita más ayuda, no dude en comunicarse con su proveedor de atención médica.

**Texto verde sobre fondo negro

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.**

**Información de contacto de del Departamento de Atletismo (Athletics) en ENCSD:**

Oficina: 252-640-1067

VP: 252-360-4821

Correo electrónico: [heather.goins@encsd.k12.nc.us](mailto:heather.goins@encsd.k12.nc.us)

La siguiente sección de este paquete de inscripción es para nuestro Departamento de Deportes (Athletic Department). Para asegurarnos de que su hijo tenga toda la documentación necesaria lista para participar en programas deportivos de ENCSD, le pedimos que programe las citas necesarias lo antes posible.

Si el estudiante no participará en Deportes en ENCSD, no es necesario que complete la siguiente información.

Comuníquese con nuestro Departamento de Deportes si tiene preguntas.

Deportes en ENCSD

2025-2026



Eastern North Carolina School for the Deaf

Nos emociona anunciar que ENCSD ofrecerá los siguientes deportes de secundaria para el próximo año escolar:

* Fútbol mixto
* Básquetbol para niños
* Porristas
* Atletismo mixto

Si su hijo está interesado en unirse a un equipo, tenga en cuenta los siguientes requisitos de NC High School Athletic Association (NCHSAA):

* Un formulario de historia médica y física deportiva completo, firmado por un médico calificado
* Un formulario de declaración de traumatismos craneoencefálicos Gfeller-Waller firmado

Estos formularios se deben completar y entregar antes de que el estudiante pueda participar en prácticas o competencias.

**Por qué los deportes son importantes en ENCSD**

Los deportes son más que solo juegos. Permiten que los estudiantes creen carácter, desarrollen competencias de liderazgo y aprendan el valor del trabajo en equipo, el esfuerzo y la perseverancia. En ENCSD, apoyamos a nuestros estudiantes atletas mientras trabajan para volverse, no solo los jugadores más fuertes, sino los compañeros de equipo más responsables y los aprendices más motivados.

El éxito académico sigue siendo una prioridad principal, y la disciplina que se obtiene con los deportes apoya el crecimiento de nuestros estudiantes, tanto dentro como fuera del salón de clases.

Nos enorgullece tener entrenadores con experiencia, instalaciones excelentes y una comunidad escolar positiva para ayudar a que el estudiante tenga éxito.

Si tiene preguntas acerca de los deportes o la elegibilidad, comuníquese con:

Heather Goins

Directora de Deportes

[Heather.goins@encsd.k12.nc.us](mailto:Heather.goins@encsd.k12.nc.us)

Instrucciones para completar la evaluación física previa a la

participación (PPE) del estudiante-deportista de NCHSAA

Para ser elegible médicamente para participar en prácticas o en concursos de deportes interescolares, un estudiante debe completar una evaluación física previa a la participación (PPE) y entregar documentación de elegibilidad médica a la escuela.

Hay tres secciones que se deben completar:

* 1. Formulario de historia médica (páginas 1-2)
     1. Este formulario lo completa el estudiante-deportista y su padre/madre o tutor.
     2. Tanto el deportista como el padre/madre o tutor deberán firmar este formulario.
  2. Formulario de examen físico (página 3)

1. Esta sección la deberá completar y firmar un profesional médico calificado (MD, DO, NP o PA-C).
2. El examen físico debería incluir una revisión minuciosa del formulario de historia médica. El profesional médico calificado debería hacer preguntas de aclaración o analizar las áreas que quedaron en blanco en la historia médica durante el examen físico.
3. Este formulario se debe firmar en la fecha que se hizo el examen físico.
   1. Elegibilidad médica (página 4)
4. Esta sección la deberá completar y firmar el profesional médico calificado que revisó el formulario de historia médica e hizo el examen físico.
5. El proveedor médico calificado debería completar la información de emergencia compartida según los resultados del formulario de historia médica y el examen físico.
6. Este formulario también se debe firmar en la fecha que se hizo el examen físico.

Actualizado en abril de 2023



**◼ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN**

**FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA**

Tenga en cuenta: Complete y firme este formulario (con sus padres, si es menor de 18 años) antes de la cita.

Nombre: Fecha de nacimiento:

Fecha del examen: Deportes:

Sexo asignado al nacer (F o M):

|  |
| --- |
| ¿Tuvo COVID-19? (opcional, marque una opción): □ Sí □ No  ¿Se vacunó para el COVID-19? (opcional, marque una opción): □ Sí □ No Si la respuesta es Sí, tuvo: □ Una vacuna □ Dos vacunas  □ Tres vacunas □ Fechas de los refuerzos |
| Indique condiciones médicas actuales y pasadas.    ¿Ha tenido alguna cirugía? Si la respuesta es Sí, indique todos los procedimientos quirúrgicos pasados.    Medicamentos y suplementos: Indique todas las recetas actuales, medicamentos de venta sin receta y suplementos (herbales y nutricionales).      ¿Tiene alergias? Si la respuesta es Sí, indique todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, picaduras de insectos). |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuestionario de salud del paciente versión 4 (PHQ-4)  *En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia lo han molestado los siguientes problemas? (Encierre la respuesta en un círculo).* | | | | |
|  | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| Se siente nervioso, ansioso o intranquilo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No puede dejar de estar preocupado ni controlarlo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Poco interés o placer por hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se siente desanimado, deprimido o desesperanzado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| (Una suma de ≥3 se considera positiva en cualquier subescala [preguntas 1 y 2, o preguntas 3 y 4] para fines de exámenes). | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTAS GENERALES** | **Sí** | **No** |  | **PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA**  ***(CONTINUACIÓN)*** | |  |  |
| **(Explique las respuestas “Sí” al final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe las respuestas).** | **Sí** | **No** |
| 9. ¿Se marea o siente más dificultad para respirar que sus amigos durante los ejercicios? | |  |  |
| 1. ¿Tiene preocupaciones que le gustaría hablar con su proveedor? |  |  |
| 10. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión? | |  |  |
| 1. ¿Alguna vez un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo? |  |  |
| **PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA** | **No está seguro** | **Sí** | **No** |
| 1. ¿Tiene algún problema médico actualmente o alguna enfermedad reciente? |  |  | 11. ¿Alguno de sus familiares o parientes ha muerto por problemas cardíacos o tuvo o una muerte repentina sin explicación antes de los 35 años (incluyendo ahogarse o un accidente de auto sin explicación)? |  |  |  |
| **PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA** | **Sí** | **No** |
| 1. ¿Se ha desmayado o casi desmayado durante o después de hacer ejercicio? |  |  |
| 12. ¿Alguien en su familia tiene problemas cardíacos, como cardiomiopatía hipertrófica (HCM), síndrome de Marfan, cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica (ARVC), síndrome del QT largo (LQTS), síndrome del QT corto (SQTS), síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica (CPVT)? |  |  |  |
| 1. ¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio? |  |  |
| 1. ¿Alguna vez su corazón se acelera, salta en su pecho u omite latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio? |  |  |
| 1. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene problemas cardíacos? |  |  |
| 1. ¿Alguna vez un médico ha pedido un examen de su corazón? Por ejemplo, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma. |  |  | 13. ¿Alguien de su familia tuvo un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTAS DE HUESOS Y ARTICULACIONES** | | **Sí** | **No** | |  | **PREGUNTAS MÉDICAS *(CONTINUACIÓN)*** | | **Sí** | **No** |
| 14. ¿Ha tenido alguna fractura por tensión o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que haya causado que no fuera a una práctica o partido? | |  |  | |  | 25. ¿Se preocupa por su peso? | |  |  |
| *26.* ¿Está intentando o alguien le ha recomendado que suba o baje de peso? | |  |  |
| 15. ¿Tiene una lesión de hueso, músculo, ligamento o articulación que le moleste? | |  |  | |  | 27. ¿Tiene una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos? | |  |  |
| **PREGUNTAS MÉDICAS** | | **Sí** | | **No** |  | 28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimentario? | |  |  |
| 1*6.* ¿Tose, jadea o respira con dificultad durante o después del ejercicio? | |  | |  | **PREGUNTAS SOBRE LA MENSTRUACIÓN (opcional)** | **N/A** | **Sí** | **No** |
| 29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual? |  |  |  |
| 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo, o cualquier otro órgano? | |  | |  | 30. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período menstrual? | |  |  |
| 18. ¿Tiene dolor en la ingle o en los testículos, o un bulto o hernia doloroso en el área de la ingle? | |  | |  | 31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente? | |  |  |
| 19. ¿Tiene sarpullidos recurrentes en la piel o sarpullidos que van y vienen, incluyendo herpes o *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina [MRSA]? | |  | |  | 32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses? | |  | |
| **Explique las respuestas *“*Sí*”* aquí.** | | | |
| 20. ¿Ha tenido una conmoción cerebral o lesión en la cabeza que provocó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria? | |  | |  |
| 21. ¿Alguna vez ha tenido adormecimiento, hormigueo, debilidad en sus brazos o piernas, o no ha podido mover sus piernas o brazos después de recibir un golpe o tener una caída? | |  | |  |
| 22. ¿Alguna vez se ha enfermado mientras hacía ejercicios en el calor? | |  | |  |
| 23. ¿Tiene usted o alguien de su familia rasgos o enfermedad de células falciformes? | **No está seguro** |  | |  |
|  |
| 24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene problemas con los ojos o la visión? | |  | |  |

**Por el presente, declaro que, a mi leal saber, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.**

Firma del deportista:

Firma del padre/madre o tutor:

Fecha:

|  |
| --- |
| *© 2023 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine y American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se otorga el permiso para reimprimir para fines educativos no comerciales con reconocimiento.* |

*2025 Adaptado de American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine y American Osteopathic Academy of Sports Medicine.*

**◼ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN**

**FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO**

Nombre: Fecha de nacimiento:

*RECORDATORIOS DEL MÉDICO*

1. Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

* ¿Se siente estresado o bajo mucha presión?
* ¿Alguna vez se ha sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
* ¿Se siente seguro en su casa o residencia?
* ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, rapé o dip?
* Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco de mascar, rapé o dip?
* ¿Bebe alcohol o consume alguna otra droga?
* ¿Ha tomado alguna vez esteroides anabólicos o ha usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
* ¿Ha tomado alguna vez algún suplemento que lo ayude a subir o bajar de peso o a mejorar su rendimiento?
* ¿Usa cinturón de seguridad, casco y preservativos?

2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (preguntas 4–13 del Formulario de historia médica).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EXAMEN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estatura: | |  | | | Peso: | |  |  |  | | | | | | |
| Presión: | / | ( | / | ) | | Pulso: | Visión: D 20/ | I 20/ | | Corregida: | | □ Sí | □ No | | |
| **MÉDICO** | | | | | | | | | | | **NORMAL** | | | **ANORMAL** | **RESULTA**  **-DOS** |
| Aspecto   * Síndrome de Marfan (cifoescoliosis, paladar de arco alto, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [MVP] e insuficiencia aórtica) | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Ojos, oídos, nariz y garganta   * Pupilas iguales * Audición | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Ganglios linfáticos | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Corazón   * Soplos (auscultación de pie, auscultación en posición supina y ± maniobra de Valsalva) | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Pulmones | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Abdomen | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Piel   * Virus del herpes simple (HSV), lesiones sugestivas de *Staphylococcus aureus*resistente a la meticilina (MRSA) o tinea corporis | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Neurológico | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **MÚSCULO ESQUELÉTICO** | | | | | | | | | | | **NORMAL** | | | **ANORMAL** | **RESULTA**  **-DOS** |
| Cuello | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Espalda | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Hombro y brazo | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Codo y antebrazo | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Muñeca, mano y dedos | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Cadera y muslo | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Rodilla | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Pierna y tobillo | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Pie y dedos | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| Funcional   * Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una pierna y prueba de caída de caja o caída de escalón | | | | | | | | | | |  | | |  | |

\* Considere la posibilidad de someterse a un electrocardiograma (ECG), un ecocardiograma, la remisión a un cardiólogo en caso de una historia cardíaca anormal o un hallazgo en el examen, o una combinación de todo ello.

Nombre del profesional de atención médica (en letra de molde o a máquina): Fecha del examen:

Dirección: Teléfono:

Firma del profesional de atención médica: , MD, DO, NP, o PA

**◼ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN**

**FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA**

Nombre: Fecha de nacimiento:

□ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción

□ Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

□ Médicamente elegible para ciertos deportes

□ No es médicamente elegible, en espera de una evaluación adicional

□ No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones:

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El deportista no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para la práctica y puede participar en los deportes que se indican en este formulario. Hay una copia de los resultados del examen físico registrada en mi consultorio y se puede entregar a la escuela a petición de los padres. Si surgen condiciones después de que el deportista haya sido autorizado a participar en los partidos, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las potenciales consecuencias al deportista (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de atención médica (en letra de molde o a máquina): Fecha del examen:

Dirección: Teléfono:

Firma del profesional de atención médica: , MD, DO, NP, o PA

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA**

Alergias:

Medicamentos:

Información adicional:

Contactos de emergencia:

|  |
| --- |
| **Hoja de información de conmociones cerebrales para estudiantes-deportistas *y* padres/tutores legales de Gfeller-Waller NCHSAA** |

**¿Qué es una conmoción cerebral?** Una conmoción cerebral es una lesión del cerebro causada por un golpe directo o indirecto en la cabeza. Hace que su cerebro no funcione como debería. Puede o no provocar que pierda el conocimiento o se desmaye. Puede llegar a ocurrir por una caída, un golpe en la cabeza o un golpe en el cuerpo que haga que su cabeza y su cerebro se muevan rápidamente de un lado a otro.

**¿Cómo sé si tengo una conmoción cerebral?** Hay muchas señales y síntomas que puede tener después de sufrir una conmoción cerebral. Una conmoción cerebral puede afectar a su pensamiento, a la forma en que siente su cuerpo, a su estado de ánimo o a su sueño. Estos son los síntomas que debe tener en cuenta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pensamiento/recuerdo** | **Físico** | **Emocional/estado de ánimo** | **Sueño** |
| Dificultad para pensar con claridad  Tardar más en entender las cosas  Dificultad para concentrarse  Dificultad para recordar información nueva | Dolor de cabeza  Visión borrosa o confusa  Náuseas/malestar estomacal  Vómitos  Mareos  Problemas de equilibrio  Sensibilidad al ruido o a la luz | Irritabilidad (las cosas lo molestan con más facilidad)  Tristeza  Estar más malhumorado  Sentirse nervioso o preocupado  Llorar más | Dormir más de lo habitual  Dormir menos de lo habitual  Problemas para quedarse dormido  Sentirse cansado |

*Tabla adaptada de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades(Centers for Disease Control and Prevention) (*[*http://www.cdc.gov/concussion/*](http://www.cdc.gov/concussion/)*)*

**¿Qué debería hacer si creo que tengo una conmoción cerebral?** Si tiene alguna de las señales o síntomas indicados arriba, debería informar a sus padres, entrenador, entrenador deportivo o personal de enfermería de la escuela para que puedan darle la ayuda que necesita. Si un padre se da cuenta de estos síntomas, debería informar al personal de enfermería de la escuela o al entrenador deportivo.

**¿Cuándo debería preocuparme?** Si tiene un dolor de cabeza que empeora con el tiempo, no puede controlar su cuerpo, vomita repetidamente o se siente cada vez peor del estómago, o sus palabras salen raras/arrastradas, debería informar inmediatamente a un adulto como sus padres, su entrenador o su maestro, para que puedan darle la ayuda que necesita antes de que las cosas empeoren.

**¿Cuáles son algunos de los problemas que pueden afectarme después de una conmoción cerebral?** Puede tener problemas en algunas de sus clases en la escuela o incluso con las actividades en casa. Si sigue jugando o vuelve a jugar demasiado pronto con una conmoción cerebral, puede tener problemas a largo plazo para recordar cosas o prestar atención, los dolores de cabeza pueden durar mucho tiempo o pueden producirse cambios de personalidad. Una vez que ha sufrido una conmoción cerebral, tiene más probabilidades de sufrir otra.

**¿Cómo sé cuándo está bien volver a la actividad física y a mi deporte después de una conmoción cerebral?** Después de decirle a su entrenador, a sus padres y a cualquier personal médico que esté cerca que cree que tiene una conmoción cerebral, probablemente lo atenderá un médico capacitado para ayudar a las personas con conmociones cerebrales. La escuela y sus padres pueden ayudarlo a decidir quién es la persona más indicada para tratarlo y ayudarlo a tomar la decisión sobre cuándo debería regresar a la actividad/juego o a la práctica. Su escuela tendrá una política establecida sobre cómo tratar las conmociones cerebrales. No debería volver a jugar o practicar el mismo día en que se sospecha que ha sufrido una conmoción cerebral.

|  |
| --- |
| ***No debería tener ningún síntoma mientras descansa o durante/después de la actividad cuando vuelva a jugar, ya que esta es una señal de que su cerebro no se ha recuperado de la lesión.*** |

*Esta información la facilita el UNC Matthew Gfeller, Sport-Related TBI Research Center, North Carolina Medical Society, North Carolina Athletic Trainers’ Association, Brain Injury Association of North Carolina, North Carolina Neuropsychological Society y North Carolina High School Athletic Association.*

**Formulario de declaración de conmociones cerebrales para estudiantes-deportistas y padres/tutores legales** **de Gfeller-Waller NCHSAA**

Instrucciones: El estudiante deportista y su padre/madre o tutor legal, deben escribir sus iniciales al lado de cada declaración para reconocer que leyeron y entienden la declaración correspondiente. El estudiante-deportista debe escribir sus iniciales en la columna de la izquierda y su padre/madre o tutor legal en la columna de la derecha. Algunas declaraciones se aplican únicamente al estudiante-deportista y solo él debe escribir sus iniciales. Este formulario deberá completarlo cada estudiante-deportista, incluso si hay varios estudiantes-deportistas en el grupo familiar.

Nombre del estudiante-deportista: (en letra de molde)

Nombre del padre/madre/tutor legal: (en letra de molde)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Iniciales del estudiante-deportista |  | Iniciales del padre/madre/ tutor legal |
|  | Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que se debe informar a mi padre/madre o tutor legal, a mi entrenador o al de mi hijo, o a un profesional médico si dispone de uno. |  |
|  | Una conmoción cerebral no se puede “ver”. Algunas señales y síntomas pueden aparecer de inmediato; sin embargo, otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión. |  |
|  | Informaré a mis padres, a mi entrenador o a un profesional médico sobre mis lesiones y enfermedades. | No aplica |
|  | Si creo que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, debería informar a mi entrenador, a mi padre/madre o tutor legal o a un profesional médico sobre la conmoción cerebral. | No aplica |
|  | Yo, o mi hijo, no volveremos a jugar en un partido o entrenamiento si un golpe en mi cabeza o cuerpo, o en el de mi hijo, provoca algún síntoma relacionado con una conmoción cerebral. |  |
|  | Yo, o mi hijo, necesitaremos un permiso por escrito de un profesional médico capacitado en el tratamiento de conmociones cerebrales para volver a jugar o practicar después de una conmoción cerebral. |  |
|  | Según los últimos datos, la mayoría de las conmociones cerebrales tardan días o semanas en mejorar. Una conmoción cerebral puede no desaparecer de inmediato. Soy consciente de que la recuperación de una conmoción cerebral es un proceso que puede requerir más de una visita médica. |  |
|  | Soy consciente de que los médicos de la sala de urgencias/atención de emergencia no autorizarán el regreso al juego o a la práctica, si me atienden inmediatamente o poco después de la lesión. |  |
|  | Después de una conmoción cerebral, el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que yo o mi hijo tenemos muchas más probabilidades de sufrir otra conmoción cerebral o una lesión cerebral más grave si el regreso al juego o a la práctica se produce antes de que desaparezcan los síntomas de la conmoción cerebral. |  |
|  | A veces, las conmociones cerebrales recurrentes pueden causar problemas graves y duraderos. |  |
|  | He leído los síntomas de conmoción cerebral que se indican en la Hoja de información de conmociones cerebrales para estudiantes-deportistas y padres/tutores legales |  |
|  | He pedido a un adulto o profesional médico que me explique cualquier información incluida en el Formulario de declaración de conmociones cerebrales para estudiantes-deportistas y padres/tutores legales o en la Hoja de información que no entienda. |  |

**Firmando abajo, declaramos que hemos leído y entendido la información contenida en el Formulario de declaración de conmociones cerebrales para estudiantes-deportistas y padres/tutores legales, y hemos escrito nuestras iniciales al lado de cada declaración.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del estudiante-deportista |  | Fecha |
| Firma del padre/madre/tutor legal |  | Fecha |



Eastern North Carolina School for the Deaf

Acuerdo de deportes para estudiantes   
y padres de ENCSD

2025-2026

ENCSD ofrece deportes para ayudar a los estudiantes a que se hagan más fuertes, aprendan a trabajar en equipo y se diviertan. Los estudiantes deportistas deben mostrar respeto, responsabilidad y un buen comportamiento siempre, dentro y fuera del campo.

Este acuerdo destaca las expectativas para todos los estudiantes deportistas y sus familias.

**EL ESTUDIANTE SE COMPROMETE A:**

✅ Mantener buenas calificaciones y centrarse en la escuela  
✅ Ir a todas las prácticas, juegos y eventos del equipo (a menos que tenga justificación)  
✅ Mostrar respeto a los compañeros de equipo, entrenadores, otros equipos y representantes  
✅ Decirle al entrenador si no irá a una práctica o tiene problemas  
✅ Seguir todas las reglas de ENCSD  
✅ Mantenerse siempre alejado del tabaco, alcohol y drogas  
✅ Seguir las reglas durante viajes (horarios límite, conducta, etc.)  
✅ Decirle al entrenador o coordinador de deportes si se lesiona o se siente enfermo

**EL PADRE/MADRE/TUTOR SE COMPROMETE A:**

✅ Ayudar al estudiante a centrarse en la escuela y en los deportes  
✅ Entregar todos los formularios (examen físico, traumatismo craneoencefálico, etc.) antes del inicio de la temporada  
✅ Mostrar un buen espíritu deportivo en los partidos  
✅ Hablar con entrenadores y personal de manera respetuosa si hay alguna preocupación  
✅ Comprender que los entrenadores deciden las posiciones del equipo y el tiempo de juego

**COMPRENDEMOS Y ACEPTAMOS ESTAS REGLAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante (en letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Firma del estudiante: |  | | |
| Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Firme del padre/madre/tutor: |  | | |

Abeja con una red de computadora

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

**Información sobre el Departamento de Tecnología de la Información(Information Technology) de ENCSD:**

Oficina: 252-206-7356

VP: 252-281-1656

Correo electrónico: [hugh.lancaster@encsd.k12.nc.us](mailto:hugh.lancaster@encsd.k12.nc.us)

La siguiente sección de este paquete de inscripción es para nuestro Departamento de Tecnología de la Información (Information Technology Department).

Lea con cuidado la siguiente información antes de firmar el reconocimiento.

Comuníquese con el Departamento de Tecnología de la Información si tiene preguntas.

Abeja en un bloque

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

**Seguridad en Internet y uso ético**

(Conforme a la Ley de Protección de la Infancia en Internet [CIPA]

[Ley Pública n.º 106-554 y 47 USC 254(h)])

Fecha de entrada en vigor 04/01/2025

**I. Propósito**

Eastern North Carolina School for the Deaf (ENCSD) se compromete a dar un entorno en línea seguro y respetuoso para todos los estudiantes. Esta política establece directrices para la seguridad interna, conducta digital ética y medidas para prevenir y responder ante el ciberacoso y acoso conforme a las leyes federales y estatales, como las directrices de NC DPI para la Ley de Protección de la Infancia en Internet (Children’s Internet Protection Act , CIPA).

**II. Definiciones**

* **Ciberacoso:** El uso de comunicación electrónica para acosar, intimidar o dañar a una persona.
* **Material inadecuado:** Contenido obsceno, que muestra pornografía infantil o es dañino para menores según se define en la Ley CIPA.
* **Acceso no autorizado:** Cualquier intento de acceder sin permiso a datos, sistemas o redes restringidos.
* **Deepfakes:** Medios alterados digitalmente, incluyendo imágenes, audio y videos, que manipulan la realidad de manera engañosa o equívoca, a menudo usando inteligencia artificial.

**III. Requisitos de la política**

**A. Medidas de seguridad en Internet**

ENCSD deberá:

1. Prevenir el acceso o transmisión de material inadecuado por Internet, correo electrónico u otras comunicaciones electrónicas en cumplimiento con la CIPA.
2. Prohibir el acceso no autorizado, la piratería informática y otras actividades ilegales en línea.
3. Prohibir la revelación o uso no autorizado de información de identificación personal de menores en cumplimiento con la FERPA.
4. Implementar medidas de protección tecnológica para bloquear el material inadecuado, incluyendo el contenido considerado obsceno, pornografía infantil o perjudicial para los menores.
5. Instruir a su personal para que supervise y monitoree a los estudiantes que usan Internet.
6. Hacer un aviso público y al menos una audiencia pública antes de adoptar o hacer cambios significativos a esta política, según los requisitos de la CIPA.
7. Almacenar esta política tanto en formato digital como físico para facilitar el acceso de las partes interesadas.
8. Implementar directrices para educar a los estudiantes y al personal sobre los peligros de la tecnología deepfake, para garantizar el conocimiento de los medios manipulados y cómo verificar la autenticidad.
9. Adaptar los sistemas de monitoreo y filtrado con las definiciones y requisitos ampliados de SL 2024-2027 (Proyecto de Ley 591 de la Cámara de Representantes de Carolina del Norte) para la protección en línea de los estudiantes.

**B. Educación sobre seguridad en Internet**

ENCSD deberá dar capacitación en seguridad en Internet apropiada para la edad, incluyendo:

* Prácticas seguras en Internet
* Concientización y respuesta al ciberacoso
* Uso de sitios de redes sociales y salas de chat de manera responsable
* Cumplimiento de los requisitos E-rate de la CIPA
* Educación sobre privacidad en línea e interacciones seguras
* Concientización sobre deepfakes, desinformación y alfabetización mediática para ayudar a los estudiantes a evaluar de forma crítica los contenidos en línea
* Garantizar que los estudiantes comprendan los nuevos riesgos y las reglamentaciones relacionadas con las amenazas en línea y la seguridad de los datos

**IV. Prevención del hostigamiento y el acoso**

**A. Definición**

El hostigamiento y el acoso implican una conducta verbal, escrita, electrónica o física repetida que:

* Provoca temor a un estudiante o empleado de sufrir daños.
* Crea un ambiente hostil que interfiere con la educación de un estudiante.

El hostigamiento puede estar motivado por características como la raza, el sexo, la discapacidad o el estatus socioeconómico.

**B. Conductas prohibidas**

Las siguientes conductas están prohibidas:

* Amenazas, intimidación y lenguaje abusivo
* Difusión de rumores falsos
* Ciberacoso mediante mensajes de texto, redes sociales o correo electrónico
* Uso de tecnología deepfake para difundir información falsa o engañosa sobre los estudiantes o el personal
* Agresión física (por ejemplo, pegar, empujar, escupir)

**V. Denuncia e investigación**

1. Cualquier estudiante que sufra ciberacoso o intimidación debe denunciar el incidente a un maestro, consejero o administrador. Es posible hacer denuncias anónimas.
2. Los empleados que sean testigos de infracciones deben denunciarlas inmediatamente.
3. La administración de la escuela investigará todas las denuncias en un plazo de 24 horas.
4. Las medidas disciplinarias seguirán el Código de Conducta de ENCSD y pueden incluir orientación, aviso a los padres y suspensión.
5. Están estrictamente prohibidas las represalias contra las personas que denuncien casos de acoso escolar.

**VI. Cumplimiento y revisión**

1. Todos los empleados, estudiantes y voluntarios de ENCSD recibirán capacitación anual sobre seguridad en Internet y prevención de ciberacoso.
2. ENCSD hará revisiones anuales de las políticas para asegurar el cumplimiento de las (es estatales y federales en desarrollo, incluyendo las directrices de NC DPI.
3. ENCSD mantendrá documentación de cumplimiento de la CIPA, incluyendo registros de avisos públicos, audiencias y medidas de protección tecnológica.
4. El administrador de LAN o representantes designados serán responsables de implementar y administrar las medidas de protección tecnológica.
5. Esta política se incorporará a los materiales de capacitación de los empleados, a los códigos de conducta de los estudiantes y a los manuales escolares.

**VII. Información de contacto**

Si tiene preguntas sobre esta política, comuníquese con la Oficina de Administración (Administration Office) de ENCSD.

**Aprobación y adopción:** Esta política se adopta de según las reglamentaciones federales y estatales y se cumplirá dentro de ENCSD.

**Referencias reglamentarias:**

* Ley de Protección de Niños en el Siglo XXI (Protecting Children in the 21st Century Act)
* (Ley de Protección de la Infancia en Internet (CIPA) [Ley Pública n.º 106-554 y 47 USC 254(h)].
* Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Protecting Children in the 21st Century Act, FERPA)
* ESTATUTOS GENERALES(G.S.) 115C-407.5
* Directrices de cumplimiento de la CIPA del Departamento de Enseñanza Pública de Carolina del Norte (NC DPI)
* SL 2024-2027 (Proyecto de Ley 591 de la Cámara de Representantes de Carolina del Norte-NC-)

Abeja en un bloque

Descripción generada automáticamente con confianza media

Fecha de entrada en vigor: 03/01/2025

Última actualización: 03/01/2025

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

**Manual para familias**

**1. Introducción**

Eastern North Carolina School for the Deaf (ENCSD) se compromete a proteger la privacidad y la seguridad de los estudiantes, el personal y la información de la comunidad escolar. Esta política describe nuestros procedimientos para recopilar, almacenar, usar y compartir expedientes académicos y datos personales conforme a:

* **Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g;   
  34 CFR Parte 99)**
* **Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) (20 U.S.C. § 1400 y siguientes; 34 CFR Parte 300)**
* **Principios de Prácticas Justas de Información (FIPP)**
* **Leyes de privacidad del Estado de Carolina del Norte**
* **Otras reglamentaciones federales y estatales aplicables**

**2. Definiciones**

* **Información de identificación personal (PII):** Cualquier dato que se pueda usar para identificar a un estudiante, miembro del personal o padre/madre, incluyendo, entre otros, nombres, direcciones, identificaciones de estudiantes, fechas de nacimiento y expedientes académicos.
* **Expedientes académicos:** Cualquier registro que ENCSD mantenga y que se relacione directamente con un estudiante, incluyendo expedientes académicos, Programas de Educación Individualizada (IEP), registros disciplinarios y expedientes médicos cubiertos según la IDEA.
* **Información del directorio:** Información que se puede revelar sin consentimiento, como el nombre del estudiante, el nivel de grado y la participación en actividades, a menos que un padre/madre/tutor decida no hacerlo.
* **Interés educacional legítimo:** La necesidad de un funcionario de la escuela de acceder a los expedientes de un estudiante para cumplir sus responsabilidades profesionales.

**3. Recopilación y uso de la información de los estudiantes**

ENCSD recopila datos de los estudiantes con el único propósito de prestar servicios educativos de calidad y garantizar el éxito de los estudiantes. La recopilación de datos se limita a lo necesario para apoyar la enseñanza, el aprendizaje, la seguridad y el cumplimiento de las leyes estatales y federales.

**A. Tipos de información recopilada:**

* Identificación del estudiante e información demográfica
* Expedientes académicos, incluyendo calificaciones y evaluaciones
* Documentación sobre educación especial y el IEP (para estudiantes elegibles)
* Registros de asistencia y disciplinarios
* Información médica y de contacto en caso de emergencia
* Registros de comunicación con las familias y el personal

**B. Cómo usamos esta información:**

* Para apoyar los servicios de enseñanza y educación especial
* Para seguir el progreso académico y la asistencia
* Para garantizar la seguridad y el bienestar de los estudiantes
* Para cumplir los requisitos federales, estatales y locales de presentación de informes
* Para comunicarnos con los padres, tutores y personal autorizado de la escuela

**4. Privacidad y seguridad de los expedientes de los estudiantes**

ENCSD protege todos los expedientes académicos y la PII de los estudiantes mediante un almacenamiento seguro, acceso restringido y medidas de encriptación cuando corresponda.

**A. Acceso a los expedientes de los estudiantes**

Solo pueden acceder a los expedientes de los estudiantes:

* Padres/tutores (para menores) o estudiantes elegibles (mayores de 18 años)
* Funcionarios de la escuela con un interés educacional legítimo
* Agencias estatales y federales cuando la ley lo exija
* Otras personas o entidades con el consentimiento explícito de los padres

El acceso, análisis o revelación no autorizados de la información de los estudiantes está estrictamente prohibido y puede dar lugar a medidas disciplinarias.

**B. Garantizar la confidencialidad**

ENCSD sigue las mejores prácticas para proteger los datos de los estudiantes y del personal, incluyendo:

* Almacenamiento seguro de los registros en papel (armarios cerrados, acceso restringido)
* Encriptación digital para los registros electrónicos de los estudiantes
* Autenticación de dos factores para acceder a datos sensibles
* Capacitación anual sobre privacidad para todo el personal que maneja datos de estudiantes

**5. Derechos de los estudiantes según la FERPA e IDEA**

Según la **FERPA (34 CFR § 99.10-99.12)** y la **IDEA (34 CFR § 300.613)**, los estudiantes y los padres tienen los siguientes derechos:

**A. Derecho a acceder a los expedientes**

Los padres y estudiantes elegibles pueden inspeccionar, revisar y solicitar copias de sus expedientes académicos. ENCSD responderá a las solicitudes en un plazo de 45 días.

**B. Derecho a solicitar modificaciones**

Si los padres o estudiantes creen que un registro es inexacto, pueden presentar una solicitud de corrección por escrito. ENCSD revisará la solicitud e informará al solicitante de cualquier cambio.

**C. Derecho a controlar la revelación**

Las escuelas deben obtener el consentimiento por escrito antes de revelar la PII de un estudiante, excepto en los casos en que FERPA permita revelarla, como por ejemplo:

* **A funcionarios de la escuela** con un interés educacional legítimo
* **A otras escuelas** a las que se traslade/inscriba un estudiante
* **A autoridades educacionales estatales o federales** para auditorías y evaluaciones de programas
* **Para cumplir órdenes judiciales o citaciones**
* **Para proteger la salud o seguridad** en casos de emergencia

Si se solicita, ENCSD puede revelar los expedientes de los estudiantes a otra escuela en la que el estudiante vaya a inscribirse, haciendo esfuerzos razonables para informar a los padres, a menos que se incluya una notificación previa en el aviso anual de la FERPA.

**D. Derecho a excluirse de la información del directorio**

Los padres pueden excluirse voluntariamente de que se comparta la información del directorio de su hijo si presentan una solicitud por escrito a la administración de ENCSD.

**E. Derecho a presentar una queja**

Los padres y estudiantes pueden presentar quejas relacionadas con infracciones de la FERPA a:  
**Family Policy Compliance Office**  
U.S. Department of Education  
400 Maryland Avenue, SW  
Washington, DC 20202-5920

**6. Enmienda de Protección de los Derechos de los Alumnos (PPRA)**

Según la PPRA, los padres y los estudiantes elegibles tienen ciertos derechos en relación con:

* Encuestas que contengan temas delicados (por ejemplo, creencias políticas, asuntos psicológicos, afiliaciones religiosas, ingresos, etc.).
* Derechos de exclusión voluntaria para exámenes físicos o pruebas de detección que no sean de emergencia.
* Revisión del material didáctico y de los instrumentos para la recopilación de datos que se usan para las encuestas de los estudiantes.

Las quejas relacionadas con infracciones de la PPRA se pueden presentar ante la Oficina de Cumplimiento de la Política Familiar (Family Policy Compliance Office) del Departamento de Educación de EE. UU. (U.S. Department of Education).

**7. Información del directorio de estudiantes y derechos de exclusión voluntaria**

ENCSD puede revelar información del directorio sin el consentimiento de los padres, a menos que un padre/madre/tutor decida no hacerlo. Esto incluye:

* Nombre del estudiante, nivel de grado, fechas de asistencia
* Participación en actividades escolares y deportes
* Premios, diplomas y certificaciones obtenidos
* Fotografías del estudiante en publicaciones aprobadas por la escuela

Los padres pueden presentar una solicitud por escrito al director de la escuela para restringir la revelación de la información del directorio.

Según la ley federal, ENCSD también debe revelar los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes a los reclutadores militares y a las instituciones de enseñanza superior, a menos que se presente una solicitud de exclusión voluntaria.

**8. Compartir y revelar la información de los estudiantes**

ENCSD no vende, intercambia ni hace mal uso de la información de los estudiantes. Sin embargo, es posible que la información se comparta en situaciones estrictamente reguladas, incluyendo:

**A. Revelaciones permitidas sin consentimiento (según la FERPA e IDEA)**

* A funcionarios de la escuela con un interés educacional legítimo
* A otras escuelas a las que se traslade/inscriba un estudiante
* A autoridades educacionales estatales o federales para auditorías y evaluaciones de programas
* Para cumplir órdenes judiciales o citaciones
* Para proteger la salud o seguridad en casos de emergencia

**B. Uso de datos de terceros**

ENCSD solo trabaja con proveedores de servicios educativos aprobados (por ejemplo, plataformas de aprendizaje, servicios de pruebas) que cumplen los requisitos de FERPA, IDEA y FIPP. Todos los contratos requieren:

* Cifrado de datos y medidas de seguridad
* Uso limitado de los datos de los estudiantes únicamente con fines educativos
* Prohibición de compartir o vender datos sin autorización

**9. Responsabilidades y capacitación del personal**

Todos los empleados de ENCSD son responsables de proteger la privacidad de los estudiantes. El personal debe:

* Seguir las reglas de confidencialidad de la FERPA e IDEA
* Usar métodos de comunicación seguros (por ejemplo, no hablar de la información de los estudiantes en áreas públicas)
* Informar inmediatamente a la administración de cualquier sospecha de violación de datos

Los miembros del personal reciben una capacitación anual sobre privacidad para garantizar el cumplimiento de las leyes locales, estatales y federales.

**10. Participación y comunicación de los padres**

ENCSD valora la transparencia y la participación de los padres. Se anima a los padres a:

* Revisar los expedientes de sus hijos con regularidad
* Hacer preguntas sobre cómo se usan los datos de los estudiantes
* Excluirse de compartir la información del directorio si lo desean

Si tienen alguna preocupación, los padres pueden comunicarse con la Oficina del Superintendente (Superintendent’s Office) de ENCSD a:  
[Inserte el correo electrónico]  
[Inserte el número de teléfono]

**11. Informes sobre preocupaciones o violaciones de la privacidad**

Si cree que se ha violado la privacidad de los estudiantes, puede informar de sus preocupaciones a:

* Administración de ENCSD
* Departamento de Enseñanza Pública de Carolina del Norte
* Departamento de Educación de EE. UU. – Oficina de Cumplimiento de la Política Familiar (quejas de la FERPA)

ENCSD toma todas las preocupaciones de privacidad seriamente e investigará cualquier violación potencial a la brevedad.

**12. Actualizaciones de esta política**

ENCSD se reserva el derecho de actualizar esta Política de privacidad en respuesta a cambios en la ley, mejores prácticas u operaciones escolares. Las actualizaciones se comunicarán por correo electrónico y mediante el sitio web de la escuela.

Abeja en un bloque

Descripción generada automáticamente con confianza media

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD – Sitio web**

Fecha de entrada en vigor: 03/01/2025

Última actualización: 03/01/2025

Esta declaración de privacidad fue creada para demostrar nuestro firme compromiso con la privacidad de nuestros visitantes. Los siguientes puntos revelan nuestras prácticas de recopilación y difusión de información para el sitio web de ENCSD.

**Información recopilada y almacenada automáticamente**

Cuando visita nuestro sitio web para navegar, leer páginas o descargar información, recopilamos y almacenamos automáticamente la siguiente información:

* Dominio de Internet y dirección IP desde la que accede a nuestro sitio
* Tipo de navegador y sistema operativo que usa para acceder a nuestro sitio
* Fecha y hora en que accede a nuestro sitio
* Páginas que visita
* Si llegó a nuestro sitio desde otro sitio web, la dirección de ese sitio
* El motor de búsqueda y las palabras/frases de búsqueda que usó para encontrar nuestro sitio (si corresponde)

Usamos esta información para ayudarnos a hacer nuestro sitio más útil para los visitantes y para conocer el número de visitantes de nuestro sitio y los tipos de tecnología que usan nuestros visitantes.

**Información personal y demográfica**

En general, puede visitar el sitio web de ENCSD sin dar ninguna información personal. Las suscripciones a nuestras publicaciones por correo electrónico requieren su dirección de correo electrónico. El resto de la información solicitada durante el proceso de suscripción es opcional y se usa para conocer mejor a los visitantes que usan nuestro servicio de noticias por correo electrónico y poder atenderlos mejor.

**Cookies**

Este sitio usa cookies de forma limitada para ayudarnos a dar un contenido nuevo e individual a nuestros visitantes. ENCSD no rastrea la información recopilada por las cookies durante una visita a nuestro sitio web.

**Enlaces a sitios web externos**

Las páginas de este sitio contienen enlaces a otros sitios que no mantiene ENCSD. Estos enlaces están pensados como recursos adicionales para nuestros usuarios. ENCSD no es responsable del contenido de ninguna página externa ni de ningún otro sitio vinculado desde este sitio. Por tanto, esta agencia no puede garantizar la exactitud, integridad, utilidad o adecuación de los recursos, información, productos o procesos contenidos en cualquier sitio web vinculado directa o indirectamente a nuestro sitio. No somos responsables de las prácticas de privacidad ni del contenido de los sitios web ajenos a ENCSD. Los enlaces a sitios externos no constituyen una aprobación.

**Seguridad del sitio web**

Por motivos de seguridad del sitio web y para garantizar que este servicio siga estando disponible para todos los usuarios, este sistema computacional emplea programas de software para monitorear el tráfico de la red para identificar intentos no autorizados de cargar o cambiar información o causar daños de cualquier otra forma. Estos intentos de causar daños podrían ser objeto de acciones legales.

**Cumplimiento de las leyes FERPA y de privacidad de la educación**

ENCSD cumple la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y todas las leyes de privacidad de la educación federales, estatales y locales aplicables. Esto incluye, entre otros, garantizar la confidencialidad de los expedientes académicos de los estudiantes, dar a los padres y estudiantes elegibles el derecho de revisar y solicitar modificaciones a los expedientes, y limitar la revelación de información de identificación personal sin el consentimiento correspondiente.

Para obtener más información sobre el cumplimiento de la FERPA, consulte la sección “Aviso de derechos según la FERPA”.

**Información de contacto**

Para cualquier pregunta relacionada con esta política de privacidad, comuníquese con la administración de ENCSD.

Imagen que contiene texto, imágenes prediseñadas, gráficos vectoriales

Descripción generada automáticamente

**Uso aceptable de dispositivos electrónicos**

## Eastern North Carolina School for the Deaf

**Wilson, Carolina del Norte**

ENCSD ofrece acceso a Internet y dispositivos electrónicos que son propiedad de la escuela (como computadoras portátiles y también iPads) para ayudar a que los estudiantes aprendan, creen y exploren de manera segura. Estas herramientas son únicamente para usarlas con fines educativos, y nos comprometemos a mantener segura la información personal de su hijo mientras le enseñamos hábitos responsables en línea.

**¿Qué significa esto para mi hijo?**

Abajo deberá elegir SÍ o NO. Esto es lo que significa:

✅ **Si elige SÍ:**

* Su hijo recibirá una computadora portátil propiedad de la escuela para usar en trabajos relacionados con la escuela.
* Usted acepta ser responsable de cualquier pérdida o daño causado por mal uso o manejo descuidado.
* Su hijo deberá seguir las reglas de ENCSD para usar la tecnología de manera segura, respetuosa y responsable.

❌ **Si elige NO:**

* Su hijo no recibirá una computadora portátil propiedad de la escuela.
* Esto puede limitar el acceso a algunas tareas o actividades que requieren un dispositivo.

🔒 **Protección de la privacidad y los datos de su hijo**

ENCSD se toma muy en serio la privacidad de su hijo. Seguimos todas las leyes de privacidad federales y estatales, incluyendo la FERPA y la Ley de Protección de la Infancia en Internet (CIPA).

* **Monitoreo del uso**: Hacemos un seguimiento de cómo se usan los dispositivos de la escuela e Internet para asegurarnos de que los estudiantes se mantengan seguros y sigan las reglas de la escuela.
* **Herramientas de seguridad**: Las computadoras portátiles están protegidas con filtros, firewalls y configuraciones de privacidad para mantener segura la información personal.
* **No se comparten datos**: Nunca compartiremos los datos privados de su hijo sin su permiso, a menos que la ley lo exija.

**👩‍💻** **Responsabilidades de los estudiantes para un uso seguro y responsable:**

*Se espera que los estudiantes:*

* Usen los dispositivos de la escuela solo para las tareas escolares.
* Nunca compartan información personal (como contraseñas o direcciones) en línea.
* Eviten visitar o descargar sitios inapropiados o inseguros.

**💬 Etiqueta en Internet (“Netiqueta”):**

*Los estudiantes deben seguir estas reglas de conducta en Internet:*

* **Sea respetuoso:** Use un lenguaje amable en los correos electrónicos, chats y plataformas de clase.
* **Piense primero:** No publique nada que no quisiera que vieran sus familiares o maestros.
* **Manténgase en la tarea:** Use sitios web y programas aprobados por la escuela.
* **No se quede callado:** Si su hijo ve o sufre acoso por Internet, debe decírselo inmediatamente a un adulto de confianza.

👨‍👩‍👧 **Consentimiento del padre/madre/tutor**

Marque una opción:

**SÍ**, a mi hijo se le puede asignar una computadora portátil propiedad de la escuela.

Entiendo que soy responsable económicamente de cualquier daño causado por mal uso, o si el dispositivo se pierde. Entiendo que este formulario no garantiza que se asigne un dispositivo.

**NO**, no quiero que mi hijo reciba una computadora portátil propiedad de la escuela.

📝 **Acuse de recibo**

He leído y entiendo las siguientes políticas de ENCSD:

* Política de privacidad de ENCSD
* Política de seguridad y uso ético del Internet de ENCSD

Entiendo que:

* Mi hijo debe seguir las reglas de Internet y tecnología establecidas por ENCSD.
* ENCSD monitorea los dispositivos de la escuela para proteger a los estudiantes y asegurar su uso apropiado.
* ENCSD no es responsable de ningún dispositivo personal que los estudiantes traigan de casa.
* Si mi hijo no cumple las reglas, puede perder el acceso a los dispositivos o al Internet en la escuela.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante (en letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde): |  | Fecha: |  |
| Firme del padre/madre/tutor: |  | | |