

2012-2013

# PLANILLAS DEL ESTUDIANTE

**Importante:**  
**Se incluyen planillas que necesitan de su firma**



  
Charlotte-Mecklenburg Schools

P.O. Box 30035 • Charlotte, NC 28230 • [www.cms.k12.nc.us](http://www.cms.k12.nc.us)





# 2012 – 2013

## Planillas del Estudiante

Este paquete incluye planillas importantes que anteriormente se encontraban en el Manual para Padres y Estudiantes. Por favor lea todo el paquete, firme y devuelva las planillas necesarias a la escuela de su hijo. El texto completo del Manual para Padres y Estudiantes del año escolar 2012-2013 se encuentra en las páginas electrónicas del sitio Web de CMS: [www.cms.k12.nc.us](http://www.cms.k12.nc.us).

### TABLA DE CONTENIDO

Responsabilidades del Estudiante sobre los Libros de Texto de CMS .....	1	Autorización para Tomar Medicamentos para los Estudiantes de CMS .....	5
Asignación de los Casilleros para los Estudiantes (Grado 6-12).....	2	Autorización para la Auto Medicación para los Estudiantes de CMS .....	6
Participación en las Clases de Educación Física (Grado K-12 ) .....	2	Plan de Acción para el Asma/Planilla de Autorización para Medicamentos .....	7
Planilla para la Autorización de la toma de Fotos y Videos .....	3	Planilla para Autorización de Dieta.....	8
Planilla para Proteger a CMS de la Responsabilidad sobre los Instrumentos Musicales.....	4	Negación de los Padres para el Acceso de Internet del Estudiante.....	9

#### Visión

CMS le proveerá a todos los estudiantes la mejor educación disponible en cualquier lugar, preparando a cada niño a dirigir una vida prospera y productiva.

#### Misión

La misión de las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg es maximizar los logros académicos por cada estudiante en cada escuela.





# RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE SOBRE LOS LIBROS DE TEXTO DE CMS

## Acuerdo para los estudiantes matriculados en CMS

Los maestros y administradores del sistema escolar de Charlotte-Mecklenburg se comprometen a proveer libros de texto a los estudiantes durante los 10 primeros días de clase y prometen trabajar en colaboración para promover una enseñanza positiva y una buena experiencia de aprendizaje para cada estudiante. Este contrato es un acuerdo para trabajar en colaboración y asegurar el éxito de nuestros objetivos mutuos.

Como **estudiante**, yo prometo

- usar los libros de texto apropiadamente,
- evitar dañar y perder los libros de texto,
- pagar por los libros de texto que yo dañe o pierda.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Como **padre/guardián** de \_\_\_\_\_, yo prometo

- animar al uso apropiado de los libros de texto y vigilar los libros de texto que mi hijo trae de la escuela
- apoyar al personal de la escuela en su esfuerzo de proveer a mi hijo con los libros de texto necesarios para el aprendizaje
- vigilar los libros de texto que mi hijo trae a casa de la escuela
- animar a mi hijo a que sea responsable del uso adecuado de los libros de texto
- regresar los libros de texto al final del año escolar o si mi hijo se traslada a otra escuela dentro o fuera del distrito
- pagar por los libros de texto dañados o perdidos

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Como **maestro**, yo prometo

- explicar mis expectativas y objetivos educativos a los estudiantes y a los padres en la orientación y durante el año
- asignar libros de texto a los estudiantes y evaluar detenidamente los libros antes de entregarlos a los estudiantes
- proveer un ambiente educativo de retos y afectuoso, utilizando los libros de texto como una herramienta de enseñanza para apoyar el *Plan General de Estudios de Carolina del Norte*
- mantener un registro preciso de los libros de texto
- recoger y hacer un recibo para los libros de texto dañados o perdidos

Firma del Maestro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El director, como el líder de instrucción de la escuela, se compromete a proveerle a su hijo los libros de texto que se necesiten para apoyar el *Plan General de Estudios de Carolina del Norte*. La participación de los padres es esencial mientras trabajamos para dar a su hijo la mejor experiencia educativa posible.

### FOR SCHOOL USE ONLY (Para Uso Exclusivo de la Escuela)

Issued Textbooks for the \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ School Year

Subject	Course #	Title	Book #	Condition	Cost	Teacher #
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						





## ASIGNACIÓN DE LOS CASILLEROS PARA LOS ESTUDIANTES (GRADO 6-12)

Los casilleros son propiedad del distrito. Ellos solamente deben de contener los materiales necesarios para la escuela y están sujetos a inspecciones autorizadas en cualquier momento, incluyendo inspecciones de olfato por perros especialmente entrenados tal como lo permite la Política de la Junta Directiva JIHD de CMS.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

Firma de padre/ guardián \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ No. de casillero asignado \_\_\_\_\_

Fecha de asignación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asignado por \_\_\_\_\_ Combinación del casillero \_\_\_\_\_



## PARTICIPACIÓN EN LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA (GRADO K-12)

Todos los estudiantes deben participar en la clase de educación física. No se le permitirá que ningún estudiante renuncie o la sustituya por otras clases exceptuando: La educación física adaptada incluida como parte del programa de Educación Individualizada del Estudiante con problemas médicos crónicos, otras discapacidades u otras necesidades especiales que impiden seguir con la sección de Educación Física del Plan de Estudios de Carolina del Norte, <http://www.ncpublicschools.org/acre/standards/new-standards->. (IDEA:<http://www2.ed.gov/policy/speced/leg/idea/idea.pdf>).

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Maestro \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

### Por favor, marque una opción:

- Mi hijo puede participar totalmente en la clase de educación física.
- Me gustaría que el maestro de educación física supiera las siguientes condiciones médicas que requieren modificaciones o un programa de educación física especialmente diseñado (ejemplo: diabetes, alergias, asma y condiciones cardíacas).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# PLANILLA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA TOMA DE FOTOS Y VÍDEOS

Yo autorizo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg el derecho ilimitado a usar y/o reproducir fotografías\*, semejanzas o la voz de mi hijo de cualquier forma legal para el uso promocional interno o externo y para actividades informativas de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg. También estoy de acuerdo en permitir que se entreviste a mi hijo y/o sea fotografiado\* por los representantes de los medios de comunicación externos y de CMS Communications en relación a cualquiera y toda la cobertura de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg en las que el/ella este participando. También estoy de acuerdo en permitir que se publique el trabajo de mi hijo y/o fotografía\* en las páginas Web de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg, publicaciones de CMS o de CMS TV. También estoy de acuerdo de que el trabajo y/o fotos de mi hijo se publiquen en el sitio Web y las páginas de Internet de Charlotte-Mecklenburg y en las publicaciones de CMS. También entiendo que al firmar esta autorización, renuncio a cualquier compensación por los presentes o futuros derechos para el uso de los material(s) arriba mencionados.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre de la estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del maestro \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián (escriba en imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección del padre/guardián \_\_\_\_\_

*\* Cuando se refiere a "fotografía", en ésta planilla, únicamente se refiere a las fotografías y los videos de su hijo sólo. Las fotografías de grupo y los videos (dos o más niños), sin información de identificación adicional, se consideran como Información del Directorio. Por favor, consulte la hoja de información de la "Ley Federal de los Derechos de Educación y Privacidad de la Familia (FERPA) en el Manual de Padres-Estudiantes.*

## This information to be completed by school officials only.

(Esta información debe ser completada solo por personal de la escuela)

Your Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Type of Material

- Photograph
- Slide
- Videotape
- Other (please specify) \_\_\_\_\_

### Use of Material

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

- News outlet \_\_\_\_\_
- CMS Web site/Intranet site(s) \_\_\_\_\_
- Brochure \_\_\_\_\_
- CMS TV \_\_\_\_\_
- PowerPoint presentation \_\_\_\_\_



## Áreas para Almacenar los Instrumentos

Cada escuela puede proporcionar áreas de almacenaje donde se pueden guardar los instrumentos musicales por la noche, **si fuera necesario**.

Estas zonas de almacenaje no son casilleros individuales, si no áreas de anaqueles. Como los estudiantes tienen acceso a estas áreas antes y después de clase, la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños de cualquiera de los instrumentos musicales almacenados en estos lugares.

## Instrumentos que son Propiedad de la Escuela – Cambios de Instrumentos

Los estudiantes que usarán los instrumentos musicales que son propiedad de la escuela tales como Tuba, Saxofón Barítono, Saxofón Tenor, Oboe, Bajo, Clarinete, Trompa Francesa, Chelo o Bajo de Cuerdas necesitarán completar una planilla de responsabilidad de las escuelas de Charlotte-Mecklenburg antes de que el estudiante pueda usar el instrumento. Estas planillas pueden ser obtenidas del maestro de instrumentos musicales.

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

## Reparación de Instrumentos

Si el instrumento musical de un estudiante (propiedad del estudiante) necesita repararse, debe llevarse a una tienda de reparaciones de instrumentos musicales tan pronto como sea posible. Por favor, entregue una nota por escrito con el nombre de la tienda de reparaciones, la fecha que se llevó el instrumento, y cuándo se espera que esté arreglado para que las notas del estudiante no se vean afectadas.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
(escriba en letra imprenta)

Nombre de la estudiante \_\_\_\_\_  
(escriba en letra imprenta)

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para el padre o guardián de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Para poder proteger la salud de su hijo, se requiere que usted y un médico que ejerza la profesión, lo autoricen por escrito cuando su hijo tenga que tomar medicinas con o sin receta médica en el sistema escolar de Charlotte-Mecklenburg. No se le administrarán medicinas a su hijo hasta que no recibamos ésta autorización. Se requiere una planilla por separado para cada una de las medicinas. Se requiere una autorización nueva todos los años al inicio del año escolar o cuando la dosis o las instrucciones cambien o cuando se recete una nueva medicina. Es su responsabilidad el proporcionar a la escuela de todas las medicinas que se tienen que administrar. Cada medicina debe estar etiquetada correctamente en su frasco original de la farmacia o del consultorio del doctor. La mayoría de las farmacias le darán un frasco adicional para la escuela si lo solicita. También se requiere una autorización para poder administrar en las escuelas las medicinas sin recetas.

**PERMISO DEL PADRE O GUARDIÁN:** Yo doy permiso a que se le dé a mi hijo ésta medicina durante el horario escolar. Comprendo que es mi responsabilidad el comprar y suministrar ésta medicina. En nombre de mi hijo absuelvo a la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg, a sus agentes y empleados de cualquier tipo de responsabilidad que pudiera resultar por el hecho de que mi hijo tome ésta medicina en la escuela.

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Números de teléfonos \_\_\_\_\_  
(localizador, celular, casa, trabajo etc.)

**FOR LICENSED HEALTHCARE PROVIDER USE ONLY:** (Please write legibly using lay terms.)  
(Para Uso Exclusivo del Médico)

Medication prescribed: \_\_\_\_\_ Strength/dose: \_\_\_\_\_

**Specific Directions:**

[include exact amount to give, at what time and/or how often, relationship to meals, specific indications, e.g. if prn (as needed)]

Purpose of medication: \_\_\_\_\_

Relationship to meals, if applicable: \_\_\_\_\_

How often and at what time (hour): \_\_\_\_\_

Specify side effects or adverse reactions: \_\_\_\_\_

Other instructions (including emergency situations): \_\_\_\_\_

**Please check all appropriate items. If either of the first two items is checked, please complete the form on page 6.**

- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours. **(must complete the form on page 6)**
- This student should carry the medication with him/her at all times during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities. **(must complete the form on page 6)**
- This medication is to be used for emergencies only.

It is necessary for this student to receive this medication during school hours in order to maintain or improve health and to benefit from school attendance. Please notify the principal and/or school nurse and parents/guardians if there are any problems.

Signature of healthcare provider: \_\_\_\_\_ Provider's last name (Print): \_\_\_\_\_

Practice name or address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**FOR SCHOOL USE ONLY:** (Para Uso Exclusivo de la Escuela)

Signature of healthcare provider: \_\_\_\_\_ Provider's last name (Print): \_\_\_\_\_





# AUTORIZACIÓN PARA LA AUTO MEDICACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

**Elegibilidad:** De acuerdo con la norma JLCD de CMS, La Administración de Medicamentos para Estudiantes y las regulaciones que la acompañan, JLCD-R solo para los estudiantes que cumplan con las siguientes descripciones pueden poseer y auto medicarse medicamentos: (1) estudiantes con necesidades médicas especiales como asma y/o alergias graves, o aquellos que estén sujetos a reacciones anafilácticas y puedan requerir medicamentos de urgencia (por ejemplo: inhalador de asma o epinephrine auto-injector [ Epi-pen”]); (2) y estudiantes que requieran de una frecuente administración de medicamentos sin prescripción o medicamentos con prescripción que no sean sustancias controladas.

**Healthcare provider:** (Para Uso Exclusivo del Médico) The student named above has (1) asthma or an allergy that could result in an anaphylactic reaction and may require emergency medications; or (2) a condition that requires frequent administration of a prescription or non-prescription medication. The medication is not a controlled substance. This student is capable of, has been instructed on the procedures for, and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed on page 5. Please allow him/her to self-administer the medication during school hours and as otherwise indicated on page 5.

This student will not require adult supervision while taking this medication.

Physician signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Padre/guardián:** Autorizo a las escuelas de Charlotte-Mecklenburg permitirle a mi hijo que se auto administre el medicamento en la escuela. Comprendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso apropiado y el mantenimiento de una forma segura de este medicamento. Si el medicamento prescrito para mi hijo es para el tratamiento de asma o para reacciones anafilácticas, estoy de acuerdo en proporcionar suministros adicionales del medicamento, el cual se mantendrá en la escuela en un lugar donde mi hijo tenga acceso inmediato. Yo absuelvo a la Junta Directiva de Educación de Charlotte-Mecklenburg, a sus agentes y empleados de cualquier tipo de responsabilidad que pudiera resultar porque mi hijo posea y tome este medicamento en la escuela. Autorizo que la información incluida acerca de mi hijo en las páginas 5 y 6 de esta planilla sea compartida con el personal apropiado de la escuela para que sea necesaria la seguridad de mi hijo.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Estudiante:** Tengo la habilidad de tomar este medicamento tal como se recomienda y acepto la responsabilidad. Lo mantendré en un lugar seguro todo el tiempo y no lo compartiré con otros. Yo entiendo que estaré sujeto a la disciplina que contiene el *Código de Conducta del Estudiante* si abuso del privilegio que se me ha otorgado de auto suministrarme el medicamento prescrito en la escuela o en eventos patrocinados por la escuela. A menos que el medicamento es uno prescrito para el tratamiento del asma o para reacciones anafilácticas, entiendo que perderé el privilegio de auto suministrarme mi medicamento si no sigo estas reglas.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**School nurse:** (Para Uso Exclusivo de la Enfermera de la escuela) I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he/she must tell an appropriate staff member whenever he/she has used the medication at school.

Nurse signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





# FORMULARIO DE PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA/PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTO

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ # de ID del Estudiante \_\_\_\_\_  
 Escuela/Año \_\_\_\_\_ 20\_\_ al 20\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Número de Contacto \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono/ Fax del Médico \_\_\_\_\_



### INSTRUCCIONES IMPORTANTES

- NO FUME en su casa o carro, aunque su niño no esté con usted.**
- Siempre use un espaciador con los inhaladores (MDIs).
- Agite el inhalador antes de cada spray (inhalación).
- Elimine, controle y manténganse alejado de los factores conocidos en el ambiente que puedan provocar el asma en su hijo.
- Limpie la parte plástica del inhalador semanalmente siguiendo las instrucciones del paquete.
- Prepare el inhalador después de abrirlo y antes de utilizarlo si no le ha dado uso por más de dos semanas. Tres inhalaciones en los inhaladores "Pro-Air", todos los otros inhaladores cuatro inhalaciones.

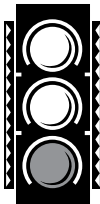
**FACTORES QUE PUEDEN PROVOCAR EL ASMA EN EL NIÑO SON:** *(encierre en un círculo o señale todos los que aplican a su niño)*

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias o gripe | <input type="checkbox"/> Hongo                           | <input type="checkbox"/> Polen             | <input type="checkbox"/> Polvo, ácaros de polvo     |
| <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura/clima      | <input type="checkbox"/> Mascotas dentro de casa         | <input type="checkbox"/> Ejercicio         | <input type="checkbox"/> Aerosoles u olores fuertes |
| <input type="checkbox"/> Contaminación interna/externa     | <input type="checkbox"/> Productos de limpieza del hogar | <input type="checkbox"/> Emociones fuertes | <input type="checkbox"/> Cucarachas                 |
| <input type="checkbox"/> Humo                              | <input type="checkbox"/> Otras alergias                  |  |   |

## ZONA VERDE - TODO BIEN - ¡SIGA! USE MEDICINAS DE CONTROL

### EL ASMA ESTÁ BIEN CONTROLADA

Usted debe estar:



- Respirar sin silbidos
- Sin tos
- Sin opresión en el pecho
- Sin despertarse de noche por el asma
- Sin problemas para jugar por el asma
- Número de flujo espiratorio máximo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### No se necesita medicina de control en este momento

Medicina	Método	Cantidad	Frecuencia
_____	_____	_____	_____ veces al día
_____	_____	_____	_____ veces al día
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

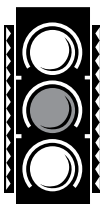
15 minutos antes de hacer ejercicio haga \_\_\_\_\_ inhalaciones

*\*Enjuague la boca del niño después de consumir esteroides inhalados (medicinas diarias/de control).*

## ZONA AMARILLA - ¡CUIDADO! - ACTÚE USE MEDICINAS DE CONTROL

### EL ASMA EMPEORA

Usted puede tener:



- Tos
- Respiración con silbido
- Opresión en el Pecho
- Primeras señales de un resfrío
- Tos por la noche
- Número de flujo espiratorio máximo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Continúe usando las medicinas diarias de la zona verde y agregue:

Medicina	Método	Cantidad	Frecuencia
Albuterol/Xopenex	inhalado	_____ inhalaciones O _____ ampolletas	Cada _____ horas prn

\_\_\_\_\_ Puede repetir después de 20 minutos x 1 (señale con una marca)

**También tome:**

\_\_\_\_\_

*Si los síntomas de la zona amarilla continúan por 24 horas o el niño necesita la medicina adicional de rescate más de dos veces por semana, llame al doctor de su niño.*

## ZONA ROJA - ¡ALTO! - ¡BUSQUE AYUDA AHORA! TOME MEDICINA DE ALIVIO RÁPIDO

Usted puede tener:



- Medicina de alivio rápido que no hace efecto
- Está empeorando la respiración con silbido
- Respiración más rápida
- Labios y uñas moradas
- Dificultad para caminar o hablar
- Retracción del pecho y cuello con cada respiro
- O número de flujo espiratorio máximo es menos de \_\_\_\_\_

### ¡ESTO ES UNA EMERGENCIA!

**Continúe consumiendo las medicinas de la zona verde y haga lo siguiente:**  
 Uso \_\_\_\_\_ inhalaciones ó 1 ampolleta de Albuterol/Xopenex inhalado cada 20 minutos por un total de \_\_\_\_\_ dosis.

**¡LLAME A SU DOCTOR AHORA!** Si no puede localizar al doctor, **LLAME AL 911** ó vaya directamente a la **SALA DE EMERGENCIA ¡NO ESPERE!**

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma de la Enfermera de la Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(SCHOOL NURSE USE ONLY) Student carries inhaler: Y / N Inhaler in the Health Room: Y / N Inhaler in classroom: Y / N



# PLANILLA PARA AUTORIZACIÓN DE DIETA

- Para Necesidades Nutricionales Especiales
- Declaración Médica Anual para Estudiantes
- Las planillas incompletas no pueden ser procesadas y serán devueltas al padre/guardián

Complete esta planilla y envíela a Child Nutrition Services  
 PO Box 668847, Charlotte, NC 28266-8847  
 Phone (980) 343 - 6041  
 Fax (980) 343 - 6045

Complete esta planilla y envíela a Child Nutrition Services  
 PO Box 668847, Charlotte, NC 28266-8847  
 Phone (980) 343 - 6041  
 Fax (980) 343 - 6045

## REQUERIDO

**1 Nombre del Estudiante**  
 Número de ID de NCWISE: \_\_\_\_\_  
 Apellido, Nombre, Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuáles de las comidas el estudiante comerá en la cafetería de la Escuela?  
 Programa antes de clase  
 Programa después de clase  
 Almuerzo  
 Programa después de clase

**2 FORMACION DEL PADRE/GUARDIAN**  
 Nombre, Apellido: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencial, Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada? (IEP or 504 Plan)  
 Yes  No

Yo le doy permiso a los Servicios de Nutrición para hablar con el médico indicado abajo o una Autoridad Médica Reconocida para discutir las necesidades nutricionales descritas abajo.  
 Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Se requiere que la siguiente sección se complete por un médico**

**3 DIET ORDER** (To be Prepared by Licensed Medical Doctor (MD) or Recognized Medical Authority treating the student)  
 Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Describe major life activities affected: \_\_\_\_\_

Refer to Child Nutrition Registered Dietitian (RD) for menu substitution / modification

**Foods to be Omitted:**  
 Fluid Milk- Substitute with  Lactose free milk  Juice  
 All Dairy Products- Milk, Cheese, Yogurt & Ice Cream  
 All Milk Protein- Casein, Whey, etc.  
 Wheat  
 Soy Protein  
 All Egg Protein (albumin, etc.)  
 Whole Eggs  
 Fish  
 Corn as major ingredient  All Corn additives (dextrin, caramel color, etc.)  
 Other (Specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh or raw)

**Texture Modification:**  
 Pureed  Ground  Chopped

Name of Medical Authority (Please Print): \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

Office Phone: \_\_\_\_\_  
 Office Fax: \_\_\_\_\_

**Mediceal Office Stamp**

**4 CHILD NUTRITION SERVICES NOTES**  
 \*\* Las cafeterías de CMS no servirán nueces ni mariscos.  
 \*\* Mensualmente estará disponible un menú con el contenido de Carbohidratos y Alérgenos en gramos en <http://www.cms.k12.nc.us>  
 Si esta planilla contiene suficiente información para manejar la dieta de su hijo, no se requiere una Planilla de Autorización de Dieta completa

CMS RD/DTR Signature \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_

**Las planillas de Autorización de Dieta se renuevan cada año escolar. Cualquier cambio en el tratamiento tiene que ser sometido por escrito por un médico.**

In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, sex, age, national origin, or disability (including physical or mental impairment, chronic disease, or communicable disease). For more information, write USDA, Director, Office of Equal Opportunity, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.





# NEGACIÓN DE LOS PADRES PARA EL ACCESO DE INTERNET DEL ESTUDIANTE

**Para los padres que no quieran que sus hijos tengan acceso a la Red de CMS o el uso de Internet en la escuela, deben completar esta planilla y regresarla a la escuela de sus hijos.**

Yo no quiero que a mi hijo, \_\_\_\_\_, se le permita el uso de los computadores de Charlotte-Mecklenburg Schools para acceder a la Red de CMS o de Internet. Con mi firma, además entiendo que sin el acceso a Internet y a la Red de CMS mi hijo no podrá realizar todas o algunas de las siguientes actividades que usa la red de CMS o el Internet cuando se encuentre en la escuela:

- ✗ Usar cualquier computador de la Red de CMS (esto se debe a que todos los computadores conectados en Red automáticamente tienen acceso al Internet y a la red de CMS y para ser aceptado se requiere que el estudiante acepte el Acuerdo del Uso de Internet del Estudiante antes de poder usar el computador para cualquier propósito)
- ✗ Acceso al catálogo de libros de la biblioteca de la escuela
- ✗ Usar herramientas de aprendizaje en Internet tal como, Accelerated Reader
- ✗ Hacer investigaciones usando el Internet
- ✗ Trabajar con otro estudiante que este usando un computador de la red

Nombre completo del estudiante (letra imprenta)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de ID del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante) \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# **2012 – 2013**

## **Avisos**

**Las siguientes páginas se han eliminado de este manual:**

- Notificación de los Derechos bajo la Ley Federal (FERPA)
- Información del Directorio
- Notificación de los Derechos Bajo la Enmienda de Protección de los Derechos de los Estudiantes (PPRA)
- Emergencias de Vivienda
- Título IX
- 115C-391.1. El Uso Permitido de Restricción y Aislamiento
- Ley Federal de los Derechos de los Padres Referente a la Sección 504 de La Ley Federal de Rehabilitación de 1973
- Niños Excepcionales
- Ley Federal de los Americanos con Discapacidades
- Ley Federal de Educación Primaria y Secundaria
- Carta Anual Mandataria (EPA) Sobre el Conocimiento de Asbestos
- Disciplina del Estudiante

**Usted puede tener acceso a estas páginas en el Manual de Padres-Estudiantes**

**El Manual completo de Padres-Estudiantes 2012-2013**

**puede ser encontrado en el sitio Web de CMS:**

**[www.cms.k12.nc.us](http://www.cms.k12.nc.us)**

Conforme a la ley federal, las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg administran todos los programas de educación, actividades de empleo y admisiones sin discriminación contra cualquier individuo con base en su género, raza, color, religión, origen nacional, edad ó discapacidad.

Translated by CMS Interpreters & Translators Unit