



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Inscripción del Estudiante - Secundaria y Preparatoria**  
**Censo Familiar**  
**2021-22**

**Nombre del Estudiante**

Apellido del Estudiante (legal):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento:
----------------------------------	----------------	-----------------	----------------	----------------------

**Hogar #1**

Dirección Principal:	Apt. #
----------------------	--------

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa: ( )
---------	---------	----------------	-----------------------

Dirección de Correo (si es diferente):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--	---------	---------	----------------

**Información del Padres/Tutores**

Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento:
---	----------------	-----------------	----------------	----------------------

Padre/Tutor Legal: Sí / No	Relación con el Estudiante:	Correo Electrónico:
----------------------------	-----------------------------	---------------------

Celular: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Lugar de Empleo:
--------------	---------------------------	------------------

Origen Étnico ( <i>escoja uno</i> ): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza ( <i>escoja uno o más, sin importar el origen étnico</i> ): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
---	---	--	---

Apellido del Padre/ Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento:
--	----------------	-----------------	----------------	----------------------

Padre/Tutor Legal: Sí / No	Relación con el Estudiante:	Correo Electrónico:
----------------------------	-----------------------------	---------------------

Celular: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Lugar de Empleo:
--------------	---------------------------	------------------

Origen Étnico ( <i>escoja uno</i> ): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza ( <i>escoja uno o más, sin importar el origen étnico</i> ): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
---	---	--	---

Complete lo siguiente solo para el PADRASTRO o MADASTRA:	Autorizado para tener acceso a los expedientes educacionales: Sí / No	Autorizado para recoger al estudiante: Sí / No
--	---	--

**Hogar #2**
 Marque aquí para que le envíen el correo y otros comunicados a este padre/madre.

Dirección:	Apt. #
------------	--------

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono de Casa: ( )
---------	---------	----------------	-----------------------

Dirección de Correo (si es diferente):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--	---------	---------	----------------

**Información del Padres/Tutores**

Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento:
---	----------------	-----------------	----------------	----------------------

Padre/Tutor Legal: Sí / No	Relación con el Estudiante:	Correo Electrónico:
----------------------------	-----------------------------	---------------------

Celular: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Lugar de Empleo:
--------------	---------------------------	------------------

Origen Étnico ( <i>escoja uno</i> ): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza ( <i>escoja uno o más, sin importar el origen étnico</i> ): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
---	---	--	---

Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: M / F	Fecha de Nacimiento:
---	----------------	-----------------	----------------	----------------------

Padre/Tutor Legal: Sí / No	Relación con el Estudiante:	Correo Electrónico:
----------------------------	-----------------------------	---------------------

Celular: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Lugar de Empleo:
--------------	---------------------------	------------------

Origen Étnico ( <i>escoja uno</i> ): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza ( <i>escoja uno o más, sin importar el origen étnico</i> ): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
---	---	--	---

Complete lo siguiente solo para el PADRASTRO o MADASTRA:	Autorizado para tener acceso a los expedientes educacionales: Sí / No	Autorizado para recoger al estudiante: Sí / No
--	---	--

**Otros estudiantes en el hogar** - incluye cualquier estudiante por el cual los adultos enlistados son responsables (niños, hijastros, niños foster, estudiante de intercambio, etc.)

Apellido del Estudiante (legal)	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Miembro del Hogar #1	Miembro del Hogar #2
			S / N	S / N
			S / N	S / N
			S / N	S / N
			S / N	S / N

Por favor provea una copia del decreto de la corte si hay restricciones de acceso con el estudiante lo cual necesite ser anotado en el expediente del estudiante.

**Nombre del Estudiante (continuación)**

Nombre del estudiante:

**Contactos de Emergencia (Aparte de los Padres o Tutores)**

*Por ejemplo: Estos contactos serán usados si su hijo tiene una emergencia médica y la escuela no logra comunicarse con usted.*

**Contacto #1** **Contacto #2**

Apellido: <input type="checkbox"/> Autorizado para recoger	Apellido: <input type="checkbox"/> Autorizado para recoger
Primer Nombre:	Primer Nombre:
Sexo:                      Fecha de Nacimiento:	Sexo:                      Fecha de Nacimiento:
Relación con el Estudiante:	Relación con el Estudiante:
Dirección:	Dirección:
Teléfono de Casa: (     )	Teléfono de Casa: (     )
Teléfono de Trabajo: (     )	Teléfono de Trabajo: (     )
Celular: (     )	Celular: (     )

**Contacto #3** **Contacto #4**

Apellido: <input type="checkbox"/> Autorizado para recoger	Apellido: <input type="checkbox"/> Autorizado para recoger
Primer Nombre:	Primer Nombre:
Sexo:                      Fecha de Nacimiento:	Sexo:                      Fecha de Nacimiento:
Relación con el Estudiante:	Relación con el Estudiante:
Dirección:	Dirección:
Teléfono de Casa: (     )	Teléfono de Casa: (     )
Teléfono de Trabajo: (     )	Teléfono de Trabajo: (     )
Celular: (     )	Celular: (     )

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Address Verification Confirmed by:

OPPD Bill                     
  MUD Bill                     
  Lease/Purchase Agreement                     
  Superintendent's Letter  
 Other: \_\_\_\_\_

Residency Affidavit: Testimonial that the student's family resides at the listed address with:

Census Information Reviewed by:

Name \_\_\_\_\_  
 Relationship \_\_\_\_\_  
 Resident Signature \_\_\_\_\_  
 Parent Signature \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_  
 School \_\_\_\_\_

Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el Superintendente de Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). Las siguientes personas han sido designadas para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: Director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).



# ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

## Características Demográficas e Instrucciones - Secundaria y Preparatoria 2021-22

### Información del Estudiante

Apellido del Estudiante (*legal*): \_\_\_\_\_

Sufijo (Jr, III, etc): \_\_\_\_\_

Primer Nombre del Estudiante (*legal*): \_\_\_\_\_

Estado/País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M F

Segundo Nombre del Estudiante (*completo*): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (*mes/día/año*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Origen Étnico del Estudiante (*Debe marcar uno*):

- Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino

Raza del Estudiante (*Debe escoger uno o más, sin importar el origen étnico*):

- Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Africano Americano  
 Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacifico  
 Blanco

El estudiante vive con (*Marque las casillas apropiadas*):

- Dos padres  
 Padre solamente  
 Padre/Madrastra  
 Madre solamente  
 Madre/Padrastro  
 Padres Sustitutos  
 Cada Padre Separadamente  
 Otro (*por favor especifique*): \_\_\_\_\_

### Educación Previa del Estudiante

Grado al que se está inscribiendo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha asistido a las escuelas de OPS? \_\_\_\_\_

Sí No

Nombre de la escuela y el año que asistió: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado de la última escuela que asistió: \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo actualmente bajo una orden de expulsión de algún otro distrito escolar? \_\_\_\_\_

Sí No

¿Esta su hijo actualmente bajo consideración de expulsión? \_\_\_\_\_

Sí No

### Encuesta del Idioma Hablado en la Casa

¿Cuál es el idioma que su estudiante aprendió primero? \_\_\_\_\_

Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla su estudiante más seguido? \_\_\_\_\_

Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma es principalmente usado en el hogar del estudiante independientemente del idioma que el estudiante hable? \_\_\_\_\_

Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir comunicados (correos escolares, mensajes de teléfonos, etc.) en español? \_\_\_\_\_

Sí No

### Información Adicional

¿Esta su hijo bajo tutela del estado/corte? \_\_\_\_\_

Sí No

¿Está usted viviendo en un refugio, casa de transición o con un amigo/pariente? \_\_\_\_\_

Sí No

¿Tiene su hijo actualmente un plan 504? \_\_\_\_\_

Sí No

¿Estaba su hijo en cualquier programa de Dotado/Talento? \_\_\_\_\_

Sí No

¿Esta su hijo recibiendo Servicios de Educación Especial? \_\_\_\_\_

Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor provea detalles: \_\_\_\_\_

### Salida Temprana (Solo para las Escuelas Secundaria)

En caso de cierre temprano de la escuela, mi hijo:

- tomará el autobús a casa (*si es elegible*)  
 caminará a casa  
 será recogido por alguno de los padres

ira a la casa de \_\_\_\_\_

Nombre & Dirección

Teléfono

ira a la \_\_\_\_\_

Proveedor de Guardería & Dirección

Teléfono

Firma del Padre o Tutor

Fecha

**Características Demográficas e Instrucciones (continua)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

**Tarjeta de Actividades**

Los estudiantes pueden comprar una tarjeta de actividades estudiantil de las Escuelas Públicas de Omaha (OPS) por \$45.00 (Preparatoria) o \$15.00 (Secundaria). Esta tarjeta admitirá al estudiante sin costo adicional a los eventos deportivos y actividades de OPS si:

- **El evento es patrocinado por una escuela de OPS (escuelas que no son de OPS no aceptaran esta tarjeta de actividades)**
- El estudiante actualmente asiste una de las escuelas que está tomando parte en el evento
- El estudiante es elegible para asistir (no está suspendido, expulsado o restringido)

Hay una cuota de \$5.00 para remplazar tarjetas perdidas.

**La tarjeta de actividades estudiantil sería expedida sin costo, si su hijo califica para el almuerzo gratis/reducido. Para poder calificar, usted debe dar la autorización para usar la información que usted proveyó para almuerzos gratis/reducido o complete una *Solicitud para Omisión de Cuotas*.**

- No quiero una Tarjeta de Actividades para mi hijo.**
- He incluido \$45.00 (preparatoria) o \$15.00 (secundaria) para la Tarjeta de Actividades para mi hijo.** (Extienda el cheque a nombre de Douglas County School District 001).
- Yo quiero obtener una Tarjeta de Actividades para mi hijo usando una omisión de cuota.** Marque UNA de las opciones.
  - OPS puede usar el estatus de mi hijo de almuerzo gratuito/reducido para calificar para la omisión.
  - NO deseo** usar el estatus de mi hijo de almuerzo gratuito/reducido. Prefiero completar una Solicitud para Omisión de Cuotas. (*Contacte la escuela o llame al 531-299-9751 para obtener una Solicitud para Omisión de Cuotas.*)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ # de Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ley de Protección de Privacidad en Línea de los Niños (siglas en inglés COPPA)**

OPS puede hacer contrato con publicistas o proveedores de en línea para ofrecer currículo que se alinea con los estándares del distrito o servicios que apoyan los procesos de enseñanza y aprendizaje del distrito. Estas páginas de internet son ofrecidas para el beneficio de los estudiantes y el sistema escolar, ej. línea de ayuda para tareas, servicios de exámenes, currículo adicional. Proveedores en línea dan a OPS una noticia completa de las prácticas de liberación, colección y uso. El uso del internet y colección de información de los estudiantes son solo para el uso y beneficio de la escuela y sin propósitos comerciales.

Bajo la Ley de Protección de Privacidad en Línea de los Niños (COPPA), ciertas aplicaciones y páginas de internet requiere notificación y/o consentimiento del padre antes de recolectar información personal de los niños menores de 13. Actualmente hay tres categorías de aplicaciones aprobadas:

- Las aplicaciones aprobadas para todas las edades
- Las aplicaciones aprobadas solo para los estudiantes de 13 años y más grandes, no excepciones
- Las aplicaciones que requieren autorización del padre para estudiantes de 12 años y menores porque estas pueden recolectar información personal tal como el nombre, correo electrónico, y/o nivel de grado (de acuerdo con COPPA)

**Solo complete si su hijo tiene 12 años o es MENOR**

- No  Si Yo doy autorización para que mi hijo use aplicaciones aprobadas por OPS las cuales requieren autorización del padre para los estudiantes menores de 13 años (de acuerdo con COPPA)

Nombre impreso \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ACT Consentimiento para los Servicios de Oportunidad de Educación para Informar las Calificaciones (EOS)**

**PARA LOS ESTUDIANTES DEL 11<sup>VO</sup> GRADO SOLAMENTE:** Solo los estudiantes que tengan un formulario de consentimiento de un padre o tutor serán permitidos a participar en el ACT EOS y provee 4 calificaciones del examen gratis a colegios, universidades y agencias de beca. Para más información visite: <https://www.education.ne.gov/assessment/act/>

- Sí Yo doy consentimiento a que mi hijo participe en el EOS gratis y solicite en los informes de las calificaciones. *Por favor note, los estudiantes completaran la porción que no es del examen en línea y también necesitaran seleccionar "si" para participar en estos programas.*
- No No doy consentimiento para que mi estudiante solicite informes de calificaciones o participe en EOS. *El seleccionar "No" significa que su estudiante no será permitido solicitar los cuatro informes gratis de calificaciones para colegios/universidades (valorado a \$13 cada uno) o participar en EOS.*

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Familias Militares**

- Sí El estudiante es un dependiente de un miembro Activo de las Fuerzas Armadas (tiempo completo) Armada, Naval, Fuerza Aérea, Marinos, Guardia de la Costa o Guardia Nacional o Fuerzas de Reserva. Enliste los padres/tutores que están en las Fuerzas Armadas:
- \_\_\_\_\_
- No El padre o tutor del estudiante no es un miembro de las Fuerzas Armadas en función activa o no esta tiempo completo en la Guardia Nacional.

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

School: \_\_\_\_\_ Bldg Number: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Enter Code: \_\_\_\_\_ Enter Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documentation Obtained:	Date Requested	Date Received
<input type="checkbox"/> Address Verification	_____	_____
<input type="checkbox"/> Birth Certificate	_____	_____
<input type="checkbox"/> Immunization Records	_____	_____
<input type="checkbox"/> Physical	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other:	_____	_____

Student's Legal Name and Birth Date Verified by \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Student Enrollment Form Reviewed by: \_\_\_\_\_ on: \_\_\_\_\_



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Declaración de Persona a Cargo Legal o en Control de un Niño**  
**para Fines de Inscripción en las Escuelas Públicas de Omaha**

Información del Estudiante			
Número del estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento ____/____/____	Grado
Escuela		Nombre del/los tutor(es)	

**Cargo y Control**

Lo establecido reafirma que soy una persona adulta a cargo legal o en control de \_\_\_\_\_,  
 (nombre del niño)  
 un niño que vive dentro de este distrito escolar \_\_\_\_\_  
 (domicilio del niño)



- Declaro que soy el padre del menor, o
- Declaro que he sido confiado, o asumido, el cuidado del día a día y completa supervisión, y responsabilidad del niño, y se me ha otorgado la autoridad de actuar como padre o tutor legal en asuntos educativos como se establece por medio de (seleccione todas las que aplique):
  - a)  un nombramiento por la corte o testamento como tutor legal (**adjuntar copia**) y/o
  - b)  un poder notarial declarando las facultades como padres de familia (no más de 6 meses) (**adjuntar copia**) y/o
  - c)  un *en lugar de los padres* designado por alguno de los padres en el cual he sido autorizado de servir como padre en el cuidado del niño (**adjuntar copia**) y/o
  - d)  un contrato o proceso judicial o administrativo el cual coloca al niño en tal disposición de vivienda (**adjuntar la copia si la carta del superintendente no está en el expediente**) y/o
  - e)  algún otro grupo de circunstancias (**por favor especifique usando otra hoja de papel**)

Comprendo que quizás sea requerido proveer más información sobre el niño. **Los nombres y el domicilio actual, o el último domicilio conocido de los padres de familia del niño son:**

\_\_\_\_\_

*Al recibir la notificación de un cambio en el control legal o cargo actual de un niño, las Escuelas Públicas de Omaha pueden notificar del cambio a cualquiera y a todas las agencias que proveen asistencia por parte del niño. Las Escuelas Públicas de Omaha no son responsables de cualquier pérdida de beneficios como resultado de la decisión de tal persona de transferir el control legal y cargo actual de un niño como resultado de la notificación de las Escuelas Públicas de Omaha a agencias que proveen asistencia por parte del niño de este cambio en cargo o control.*

Yo entiendo ser responsable de y se espera que tome decisiones referentes a la educación (incluyendo, pero no limitado a, records, disciplina, y educación especial al menos que sea provisto bajo las leyes y reglamentos de educación especial), cuidado médico de emergencia, y otros asuntos para este niño mientras en control legal o cargo actual de este niño y yo declaro que tengo la autoridad para tomar tal responsabilidad y para tomar tal decisión y para actuar. Yo también entiendo que tengo la responsabilidad bajo las leyes de absentismo del estado que ocasione a este niño a asistir a la escuela.

	
<i>Firma del adulto en control legal o en cargo actual</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____
<i>Dirección del adulto en control legal o en cargo actual</i>	<i>Teléfono de casa</i>
_____	_____
<i>Lugar de trabajo/Dirección</i>	<i>Teléfono de trabajo de día</i>
_____	_____

**Nota:** Sección 79-215 R.R.S. provee que cualquier estudiante indigente o si el adulto no tiene un número de teléfono y dirección donde él o ella pueda ser localizado durante el día escolar, esas partes del formulario puede dejarse en blanco y marque la casilla reconociendo que estas son las razones por las cuales estas partes se dejaron en blanco. El adulto con control legal o cargo actual del estudiante debe firmar el formulario.

- Este niño es indigente, la cual es la razón por la que dejen estas partes en blanco.
- Este adulto no tiene un número de teléfono o dirección donde puedan generalmente ser localizados durante el día escolar.

**Otra nota:** Es en contra de la ley estatal que personas intencionalmente provean información falsa al distrito escolar con intento de fraudulentamente obtener servicios del distrito para si mismos o para alguien más, o para impedir al distrito en su determinación de inscripción.



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Intercambio de Datos**  
**2021-22**

Student Number \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:**

**Fecha de Nacimiento (mes/día/año):**

**Decreto de Privacidad Para los Derechos Educativos de la Familia (siglas en inglés FERPA)**

Decreto de Privacidad para los Derechos Educativos de la Familia (FERPA, siglas en inglés) permite que el Directorio de Información sea publicado sin su consentimiento por escrito de un padre/tutor a menos que el padre/tutor provea una petición escrita de que no sea permitido.

**Directorio de Información**

El Directorio de Información como designado por el Distrito Escolar, **incluye nombre, grado, fecha y lugar de nacimiento, fechas de asistencia, las agencia educacional o institución más actuales que ha asistido, campo de estudio, títulos, honores y premios recibidos, participación en actividades oficialmente reconocidas y deportes, peso y estatura de los miembros del equipo atlético y fotografías.** Por ejemplo, Directorio de Información permite que la información del estudiante sea usada en cosas como:

**Medios sociales de OPS, páginas del internet y publicaciones**

Programas de graduación  
 El Libro Anual  
 Un cartel enseñando el papel del estudiante en una producción de teatro

**Historias de los medios nacionales y locales- impresos, emisiones e internet**

Cuadro de Honor u otros reconocimientos  
 Programas de actividades deportivas mostrando peso y estatura de los atletas

No  Sí Doy permiso para que OPS libere Información de Directorio.

*Yo entiendo que el uso de estos materiales por OPS o los medios es solo para propósitos de información y que no tengo el derecho para revisar cual fotografías, videos, materiales impresos, páginas de internet o post de medios sociales antes de su uso. También entiendo que no hay compensación monetaria por el uso del nombre de mi hijo, gusto e imagen.*

**Liberación limitada de Información que no es del directorio**

La liberación limitada de información no incluida en el directorio, tal como dirección, número de teléfono y nombres de los padres/tutores pueden ser publicados solo con permiso del padre/tutor o de otra manera permitido por leyes estatales y federales. Ejemplos de **propósitos relacionados con la escuela** por el cual el distrito escolar permite esta liberación, incluyen:

Organizaciones de becas  
 Reclutadores de colegio

Fotógrafos de graduados  
 Agencias de asistencia financiera

Artículos de noticia sobre logros estudiantiles  
 Directorio de estudiantes para uso del estudiante/escuela/padres

No  Sí Doy permiso para que OPS libere dirección, número de teléfono y nombres de padres/tutores solo para propósitos relacionados con la escuela

**Liberación a Reclutadores Militares y a Instituciones de Educación Superior**

A parte de ceder la Información de Directorio, la ley federal también requiere que los distritos escolares cedan información a reclutadores militares e instituciones de educación superior, nombres de estudiantes a las escuelas secundarias, direcciones y listas telefónicas, a menos que los padres y/o estudiantes de secundaria pidan que esta información NO sea cedida a estas instituciones sin su consentimiento escrito previo.

No  Sí Doy permiso para que OPS libere el nombre, dirección y número de teléfono a reclutadores militares.

No  Sí Doy permiso para que OPS libere el nombre, dirección y número de teléfono a instituciones de educación superior.

**Reconocimiento de Estudiantes y Apoyo de Patrocinadores de la Comunidad**

OPS está involucrado en asociaciones con organizaciones basadas en la comunidad las cuales como parte de sus misiones reconocen el logro académico de estudiantes y talentos individuales, y provee apoyo para las necesidades de estudiantes/familias. Estas organizaciones requieren información de contacto de padres con propósitos de dar reconocimiento a los estudiantes, organizar eventos y coordinar servicios basados en la elegibilidad académica y demográfica.

**Organizaciones que proveen reconocimiento, honores y premios:**

Revista Revive (Saludo a la excelencia)  
 The Links, Inc. (Cotillón)  
 Colegio Comunitario Metro (Cumbre de los hombres de distinción)  
 Comité de Premiaciones del Logro Académico Comunitario

Delta Sigma Theta Sorority, Inc. (Academia Delta/Delta G.E.M.S.)  
 Omega Psi Phi Fraternity, Inc. (Beautillion)  
 Alpha Phi Alpha Fraternity Inc. (Becas y Premiaciones)  
 Empowerment Network (Conferencia de Liderazgo Esforzándose por tener éxito)

No  Sí Doy consentimiento para que OPS libere **el nombre del padre, dirección y números de teléfono, raza/grupo étnico y el GPA si mi hijo es elegible para recibir reconocimiento, honores o premios** de estas organizaciones. También, yo doy el consentimiento para liberar esta información a futuros patrocinadores quienes entren en contrato con OPS para proveer reconocimiento, honores y premios.

**Organizaciones que proveen apoyo a las necesidades del estudiante/familia:**

College Possible (Acceso a educación superior)  
 Urban League (Academia de Whitney Young, Entrenadores de la comunidad)

Avenue Scholars (Acceso a educación superior)  
 Empowerment Network (Proyecto de Mentor de la Zona de Villa)

No  Sí Doy consentimiento para que OPS libere **el nombre del padre, dirección y números de teléfono, raza/grupo étnico y el GPA si mi hijo es elegible para programas que proveen apoyo a las necesidades de los estudiantes/familia.** También, yo doy el consentimiento para liberar esta información a futuros patrocinadores quienes entren en contrato con OPS para proveer apoyo a las necesidades del estudiante/familia.

Por favor firme y regrese este formulario a la escuela de su hijo.

**Firma del Padre o Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Esta publicación de información es distribuida al inicio del año escolar y puede ser obtenido en cualquier momento contactando a Student Information Services, 531-299-9724, 3215 Cuming Street, Omaha, Nebraska 68131-2024. Animamos a que los padres firmen este formulario de liberación limitada. Los estudiantes y padres/tutores tienen el derecho de obtener una copia de la política del Distrito Escolar sobre expedientes de estudiantes. Las copias de las políticas están archivadas en Student Information Services Office, School District of Omaha, 3215 Cuming Street, Omaha, Nebraska, 68131-2024.

**Colaboración con Collective for Youth**

OPS tiene contrato con "Collective for Youth" (CFY) para almacenar cierta información estudiantil del directorio y no directorio en la base de datos. OPS permite a terceras partes tener acceso a la siguiente información estudiantil: (i) OPS permite a agencias comunitarias a tener acceso a la información del directorio y no directorio para que ellos puedan proveer un servicio a OPS - por ejemplo, para evaluar la efectividad de los programas de OPS; (ii) OPS permite a las agencias comunitarias a tener acceso a la información de directorio al menos que los padres hayan especificado que no quieren compartir la información del directorio; y (iii) OPS permite a las agencias comunitarias a proveer servicios para mejorar el desempeño del estudiante para tener acceso a la información de no directorio si el estudiante está inscrito en tal programa y el padre ha dado el consentimiento.

*Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el Superintendente de Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). Las siguientes personas han sido designadas para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: Director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St. Omaha, NE 68131 (531-299-0307).*

**Padres** - Regresen esta formulario a la escuela de su estudiante

**School** - Forward form to Student Information Services

Para poder reunir las crecientes intermitentes demandas para el conocimiento de comunicación y de tecnología, las Escuelas Públicas de Omaha proveerán a todos los estudiantes de OPS con cuentas a la red, portal estudiantil y correo. Estas cuentas les permitirán el acceso a las instalaciones de computadoras de OPS, información de las calificaciones actuales y de asistencia, y correo. OPS recomienda que todos los estudiantes tengan acceso a estos recursos para facilitar un mejor ambiente de aprendizaje para los estudiantes de hoy.

### Cuentas de la Red Estudiantil

El acceso a las instalaciones de computadoras de OPS a través de cuentas de usuario de la red está disponible para propósitos educacionales. Los maestros pueden hacer el uso de la red estudiantil para que entreguen tareas al igual que para proveer el currículo educacional. **Los estudiantes deben de proteger su nombre de usuario y su contraseña.** El uso de las computadoras ya sea solas, o como parte de una red local o una red de un área amplia tal como el internet es un privilegio, no un derecho. Este uso debe de ser consistente y conducido por los objetivos educacionales de las Escuelas Públicas de Omaha. Cualquier uso que no es consistente con estos objetivos es prohibido y regido por el código de conducta de OPS.

### Cuentas de Campus para Padres y Estudiantes

Estas aplicaciones proveen a los estudiantes y a sus padres/tutores acceso al sitio de internet para ver información del estudiante. Estas aplicaciones estas designadas para funcionar en aparatos móviles. Campus para Padres y Campus para Estudiantes realiza la comunicación entre la escuela y la casa y puede mejorar la participación del estudiante en su propia experiencia educacional. Los récords que pueden ver incluyen la asistencia, horarios, boletas de progreso, tareas y calificaciones, boletas de calificación, récords académicos, y vacunas. (No todos estos están disponibles en todos los niveles de grado). Las siguientes guías están establecidas para asegurar la seguridad y privacidad de cada estudiante.

- Los padres/ tutores y estudiantes no deben compartir sus contraseñas o permitir que alguien más use su cuenta.
- Campus para Padres y Campus para Estudiantes solo deben de entrar a través de una conexión segura de Internet.
- Las escuelas harán todo lo posible para asegurar que la información sea correcta y completa. Sin embargo, si un estudiante o padre/tutor descubre cualquier información incorrecta, él o ella debe notificar a la escuela inmediatamente.

En el interés de seguridad, las Escuelas Públicas de Omaha se reserva el derecho, de en cualquier momento y sin notificarle, de cambiar la contraseña; y de negar el acceso, terminación y/o monitorear el uso de Campus para Padres y Campus para Estudiantes.

#### Establecimiento de la Cuenta:

- Los estudiantes podrán tener acceso a sus cuentas de Campus para Estudiantes al usar su nombre de usuario y contraseña.
- Los padres/tutores pueden solicitar una cuenta de Campus para Padres al comunicarse con la escuela. La información de cómo establecer su cuenta será enviada a través de su correo electrónico o por correo regular después de que la identidad sea verificada.

### Cuentas de Correo Estudiantil

Las cuentas de correo electrónico serán provistas para la colaboración en clase de los estudiantes y comunicación. Estas cuentas de correo serán una de dos tipos:

- Acceso limitado - la comunicación es permitida solo dentro del Distrito de las Escuelas Públicas
- Acceso completo - la comunicación es permitida tanto como dentro del distrito escolar como cualquier otro fuera del correo electrónico.

El nivel de acceso depende del nivel del estudiante en la escuela.

- **A los Estudiantes de Preparatoria** se les dará acceso completo permitiendo la comunicación interna y externa. Las cuentas de los estudiantes de Preparatoria estarán activas hasta 6 meses después de que se gradúen.

*Aunque se recomienda altamente que los estudiantes de preparatoria sean permitidos el acceso al correo (interno y externo), los padres/tutores que no quieren que sus estudiantes reciban acceso completo deben notificar por escrito a "IMS User Support Office", al 3215 Cuming Street, Omaha, Nebraska 68131-2024. Los padres deben especificar su preferencia:*

- *Acceso limitado al correo electrónico (comunicación interna solamente), o*
- *NO acceso al correo electrónico.*

- **Estudiantes de Secundaria y Primaria** pueden recibir acceso limitado al correo electrónico, permitiendo solamente acceso interno y proveedor de servicio aprobado.

*No todas las escuelas primarias harán uso de estas cuentas de correo electrónico. Los padres/tutores que no quieren que sus estudiantes reciban este acceso al correo electrónico deben de notificar por escrito a "IMS User Support Office", al 3215 Cuming Street, Omaha, Nebraska 68131-2024.*

### Términos y Condiciones de la Cuenta de Correo Electrónico del Estudiante de OPS

El estudiante y sus padres o tutores están de acuerdo a los siguientes términos y condiciones para mantener una cuenta de acceso a las instalaciones de computación con las Escuelas Públicas de Omaha.

1. **CUMPLIMIENTO CON EL CÓDIGO DE CONDUCTA.** El estudiante debe cumplir con todos los aspectos del código de conducta, incluyendo las Reglas de Conducta para los estudiantes que están usando las computadoras escolares y las redes. (ver el reverso de esta forma)
2. **USO RESTRINGIDO.** La cuenta debe ser usada solo por el estudiante nombrado quien usara su cuenta en conformidad con la política de OPS y bajo las instrucciones y direcciones de su(s) maestro(s). El uso personal casual es aceptable, siempre y cuando tal uso no sea una carga excesiva para el sistema de correo electrónico o para las instalaciones de computación de OPS.
3. **CLAVE Y RESPONSABILIDAD.** El estudiante no deberá dar la clave de su cuenta a nadie más que a sus padres. Los estudiantes son responsables por cualquier uso de las instalaciones de computación hechas a través de su cuenta. Los estudiantes también son responsables de lo que sus archivos electrónicos contengan.
4. **SUPERVISIÓN.** La escuela ejercita el control exclusivo sobre las computadoras y el archivo de información y dispositivos de transferencia. Los estudiantes no podrán esperar privacidad en su cuenta debido a que la propiedad escolar está sujeta a investigación e inspección en cualquier momento por oficiales escolares. Esta investigación e inspección incluye, pero no está limitado a correo electrónico, acceso a internet, acceso a las redes, archivos y transferencias. El estudiante es responsable por el contenido en los archivos electrónicos asignados a él.
5. **PLAZO Y CANCELACIÓN DE LA CUENTA.** La cuenta del estudiante deberá estar activa hasta que sea cancelada como lo indica este párrafo. Si el estudiante viola cualquiera de estos términos o condiciones marcadas arriba, la cuenta de computación del estudiante será cancelada por causa. Los administradores harán un contacto por escrito y si es posible, verbalmente, se informará a los padres de tal cancelación. En adición, la cuenta de un estudiante puede ser cancelada por la administración si el estudiante se da de baja, se gradúa, o si es suspendido por la escuela o al terminar un semestre o el año escolar. El estudiante puede solicitar otra cuenta al momento de re inscripción o al inicio del siguiente término escolar.

### Derechos de Inspección y Revisión

Los Derechos Educativos Familiares y Acta de Privacidad (siglas en inglés FERPA) le permite a los padres/tutores el derecho de inspeccionar y revisar los expedientes de educación del estudiante. Los padres/tutores deben de entregar al director de la escuela una petición por escrito que identifique el expediente que quiere revisar. El director hará los arreglos para el acceso y notificara al padre de la hora y el lugar donde los expedientes pueden ser revisados.

*Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el Superintendente de Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). Las siguientes personas han sido designadas para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: Director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).*





**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Salud**  
**2021-22**

**Información del Estudiante**

Apellido del Estudiante:	Primer Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	
Nombre de la Madre/Tutor:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:
Nombre de la Padre/Tutor:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:
Contacto de Emergencia/Relación:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:
Contacto de Emergencia/Relación:	Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:
Nombre del Proveedor del Cuidado Médico:	Teléfono:		

**Alertas Medicas (Asma, alergias u otra condición de vida o muerte)**

Alertas Medicas: \_\_\_\_\_

**Información Medica**

¿Esta su hijo tomando medicamentos regularmente?  Sí  No  
 Si contesto Sí, por favor enliste los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún medicamento?  Sí  No  
 Si contesto Sí, por favor enliste los medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Indique reacción alérgica: \_\_\_\_\_

*Formas para Permiso de Medicamento están disponibles en la oficina de la escuela. Se requiere una nota medica para cualquier medicamento que el estudiante necesite tomar durante las horas de escuela.*

**Información de Vacunas**

*Para que su hijo pueda asistir a la escuela, la cartilla de vacunación necesita estar en el expediente de su hijo, en la escuela para el primer día de clases. Si la cartilla de vacunación **NO** está completa, el estudiante **DEBE** ver a la enfermera de la escuela o designado antes de que la inscripción sea finalizada.*

*Por favor provea a la enfermera de la escuela información actualizada de las vacunas.*

**Otras necesidades físicas o de salud mental**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Las condiciones médicas de vida o muerte pueden ser compartidas con el personal como sea necesario para asegurar la seguridad del estudiante.**

En el caso de un paro cardiaco de un estudiante, un Desfibrador Externo Automatizado (AED) será usado por el personal entrenado en CPR/AED. Si un estudiante sostiene un problema de respiración de emergencia que es de vida o muerte o una reacción severa alérgica sistemática (anafilaxia), Epinephrine será administrado por el personal entrenado. Servicios Médicos de Emergencia (EMS) serán llamados. Albuterol Nebulizado puede ser administrado mientras se espera por el EMS.

**Por favor complete el Historial de Salud en la siguiente página**

Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el Superintendente de Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). Las siguientes personas han sido designadas para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: Director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).





## ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA

### Historial de Salud

### 2021-22

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

#### Historial Prenatal y de Desarrollo

- ¿Nació su hijo prematuramente (menos de 30 semanas)?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, explique brevemente: \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_
- Enliste cualquier defecto congénito o problemas de desarrollo: \_\_\_\_\_

#### Condiciones de Salud (Por favor marque aquellos que apliquen a su hijo)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias                         | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón/Vejiga        |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio     | <input type="checkbox"/> Intoxicación por Plomo            |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Salud Emocional/Mental   | <input type="checkbox"/> Cólicos Menstruales (severos)     |
| <input type="checkbox"/> Defectos congénitos              | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz (frecuente)  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de intestino           | <input type="checkbox"/> Desorden de Crecimiento  | <input type="checkbox"/> Sobre peso                        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición    | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Recurrentes     |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral               | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón    | <input type="checkbox"/> Escoliosis                        |
| <input type="checkbox"/> Daltónico                        | <input type="checkbox"/> Hemofilia                | <input type="checkbox"/> Desviación en el cerebro          |
| <input type="checkbox"/> Historial de Conmociones         | <input type="checkbox"/> Hiperactividad/ADD       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Problemas Dentales               | <input type="checkbox"/> Problemas de coyunturas  | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel              |
| <input type="checkbox"/> Otros (Por favor Explique) _____ |   |  |

#### Enfermedades (Por favor de una explicación por cada respuesta contestada Sí)

- ¿Tiene su hijo un lugar para el cuidado médico?  No  Sí  
Nombre del doctor/proveedor del cuidado de salud \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo, actualmente, un seguro médico?  No  Sí  
\_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Kids Connection \_\_\_\_\_ Seguro Privado
- ¿Tiene su hijo una clínica dental?  No  Sí  
Nombre del dentista \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
¿Qué tan seguido recibe su hijo limpieza de dientes? \_\_\_\_\_ 6 meses \_\_\_\_\_ 12 meses \_\_\_\_\_ No recibe
- ¿Ha tenido su hijo problemas de la vista?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue su última prueba de lentes? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo alguna cirugía o ha sido hospitalizado?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, por favor especifique \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo alguna lesión/accidente (fracturas, lesión en la cabeza, etc.)?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, por favor especifique \_\_\_\_\_

#### Estado Actual de Salud

- ¿Tiene su hijo alguna condición médica que este bajo tratamiento?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, por favor especifique \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo alguna limitación de actividad física?  No  Sí  
Si la respuesta es sí, por favor especifique \_\_\_\_\_

#### Solo para Head Start

¿Esta su hijo entrenado para ir al baño solo?  No  Sí

#### La Persona que completo el Historial de Salud

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

#### Se enviara esta forma a la enfermera después de la inscripción

*Las Escuelas Públicas de Omaha no discrimina por motivos de raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo (incluyendo el embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus de ciudadanía, condición de veterano, afiliación política o condición económica en sus programas, actividades y empleo y se proporciona un acceso equitativo a los niños exploradores (Boy Scouts) y otros grupos juveniles. La siguiente persona ha sido designada para aceptar las alegaciones en relación con las políticas de no discriminación: el Superintendente de Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). Las siguientes personas han sido designadas para manejar las preguntas con respecto a las políticas de no discriminación: Director de la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).*



**ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA**  
**Formulario de Inscripción y Consentimiento del Servicios de Salud basado en la Escuela**  
**La Inscripción es OPCIONAL**

2021-22

Información del Estudiante		
Apellido del Estudiante (legal):		Número de Estudiante:
Primer Nombre del Estudiante (legal):		Segundo Nombre del Estudiante (completo):
Dirección de la casa:	Ciudad:	Código Postal:
Sexo:	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	
Grado:	Nombre de la Escuela que Asiste:	
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
Correo electrónico:	¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
Correo electrónico:	¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Servicios de Salud basados en la Escuela		
<p>Los servicios de salud basados en la escuela (siglas en inglés SBHS) estarán disponibles en la escuela de su hijo o en una escuela cercana. Estos servicios serán provistos por los Centros de Salud Comunitarios OneWorld (siglas en inglés OWCHC), el Centro de Salud Charles Drew (siglas en inglés CDHC), UNMC, Universidad Creighton (Creighton), Hospital de Niños &amp; Centro Médico (Children's) u otros proveedores de servicios contratados. La enfermera de la escuela coordinara el cuidado con los proveedores de servicio de salud ya que su hijo sea inscrito.</p> <p>SBHS coordinara el cuidado con el proveedor principal del cuidado de su hijo, dentista, optometrista/oftalmólogo y/o proveedor de salud de conducta. Si usted tiene un seguro de médico privado o Medicaid, los proveedores de SBHS enviaran la factura a su seguro por los servicios provistos. Si usted no tiene seguro médico, SBHS ayudara a las familias con la inscripción a Medicaid, si es elegible.</p>		
Centros de Salud basados en la Escuela		
<p><b>Centros de Salud basados en la Escuela (siglas en inglés SBHC):</b> tienen la habilidad de evaluar el estado de salud, examinar, diagnosticar y tratar condiciones comunes, ej. Dolores de garganta, lesiones menores, dolores de cabeza, vacunas, infecciones de oídos, y enfermedades tales como el hepatitis, tuberculosis y enfermedades transmitidas sexualmente. La ley del estado de Nebraska permite a los estudiantes a escoger ya sea que un padre sea notificado del cuidado relacionado a infecciones transmitidas sexualmente. El SBHC no proveerá servicios de emergencia. El SBHC podrá proveer servicios de conducta y psiquiátricos y puede también incluir el uso de tecnología de tele salud.</p> <p>Para inscribir a su hijo en SBHC y permitir a OPS a proveer información confidencial al personal de SBHC para el diagnóstico y tratamiento debemos tener en nuestros expedientes de OPS y del proveedor SBHC un formulario de inscripción y consentimiento firmado. El personal de SBHC tratara de contactarlo a usted referente a la visita y los servicios provistos a su estudiante. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario OneWorld y/o al Centro de Salud Charles Drew, para examinar y tratar a mi hijo con los servicios de salud basados en la escuela y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tales exámenes y tratamientos.</li> <li>Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo a la enfermera escolar, a liberar la siguiente información del estudiante al SBHC identificados anteriormente para que provean servicios y lleven a cabo una evaluación del programa: Información de contactos de familia y de emergencia, número del estado del estudiante, asistencia y récords de disciplina, horarios, historial de vacunas, resultados de evaluaciones de salud tales como de audición y visión, evaluaciones psicológicas, récords de educación especial (IEP-MDT), Sección 504 del Plan de Adaptación, e información concerniente a la condición de salud tal como convulsiones, alergias, conmoción cerebral y asma.</li> </ul>		
Servicios Dentales		
<p><b>Servicios Dentales:</b> Donde sea requerido por la ley, OPS provee servicios de evaluación dentales conducidos por contratistas por OPS. Los servicios pueden incluir educación de salud oral, evaluaciones, aplicación de barniz de fluoruro, limpieza/cuidado preventivo, cuidado restaurativo/correctivo, y uso de tecnología de tele salud. OPS puede proveer evaluación dental junto con lo requerido por la ley. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yo autorizo a UNMC, OWCHC, CDHC, Creighton, y/u otros proveedores contratistas para evaluar y tratar a mi hijo con exámenes dentales y evaluaciones de tratamiento de continuación y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamiento.</li> <li>Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicio dentales identificados y para conducir la evaluación del programa, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones dentales.</li> </ul>		
Servicio de Visión		
<p><b>Servicios de Visión:</b> Donde sea requerido por la ley, OPS provee servicios de evaluación de la visión conducidos por partes contratados con OPS. OPS puede proveer servicios de evaluación de visión adjunto a aquellos requeridos por la ley. Los servicios pueden incluir evaluaciones, examinaciones, tratamientos y/o correcciones tales como lentes y puede incluir tele salud. Al firmar este formulario, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yo autorizo a Children's y/u otros proveedores contratados para examinar y tratar mi hijo con evaluaciones de visión (donde OPS no está requerido por ley a proveer las evaluaciones) y exámenes, y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamientos.</li> <li>Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicios de visión identificados y para conducir la evaluación del programa, información de contacto de la familia, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones y tratamientos de visión.</li> </ul>		
<p>Esta autorización expira cuando el niño dejé OPS o se gradué. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una carta para la Escuela Pública de Omaha, Servicios de Información Estudiantil, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131-2024 o al marcar la casilla para revocar abajo.</p>		
<p><b>Centro de Salud Basado en la Escuela</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a Centro Comunitario OneWorld y Charles Drew a examinar y tratar a mi hijo como se describe arriba. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
<p><b>Servicios Dental</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios dentales a través de UNMC, OWCHC, CDHC y/o Creighton. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
<p><b>Servicios de Visión</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios de visión a través de Children's y/u otros proveedores de servicios contratados como se menciona arriba. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
<p>_____ Firma del padre/tutor</p>	<p>_____ Relación con los hijos</p>	<p>_____ Fecha</p>

*Las Escuelas Públicas de Omaha no discriminan fundamentado en la raza, color, origen nacional, religión, sexo (incluyendo embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus migratorio, estatus de veterano, afiliación política o estatus económico en sus programas, actividades y empleo, y proporciona acceso equitativo a los "Boy Scouts" y a otros grupos juveniles designados. Las siguientes personas ha sido designadas para aceptar cualquier queja en relación a las políticas de no discriminación: El Superintendente de las Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE, 68131 (531-299-9823). La siguiente persona ha sido asignado para manejar quejas referentes a las políticas de no discriminación: El Director para la Oficina de Equidad y Diversidad (equityanddiversity@ops.org), 3215 Cuming St. Omaha, NE 68131 (531-299-0307).*

Para el Uso De La Oficina Solamente  Verified  Programs  Sections  Initials