

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
ESCUELA EUGENIO GUERRA CRUZ
ESPECIALIZADA EN DEPORTES EN EL ALBERGUE OLIMPICO

COTEJO DE DOCUMENTOS NUEVO INGRESO
AÑO ESCOLAR 2019-2020

Estudiante: _____, _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Sexo: F M **Deporte** _____ **Grado Solicitado:** _____

Documentos que debe entregar el día de la matrícula del 11 al 14 de junio de 2019

Instrucciones: Favor de completar esta solicitud en todas sus partes, firmar e iniciar todas las páginas. Solicitud incompleta no será procesada. El recibo y entrega de la solicitud no garantiza al estudiante atleta la admisión o ingreso inmediato para el año escolar en curso.
Favor de sacar copia de esta página antes de entregarla.

Normas y Principios Generales para la Organización y Funcionamiento de Escuelas Especializadas Residenciales establece:
Normas que rigen los procesos de solicitud, admisión y readmisión de estudiantes:

- Evaluación Inicial 80% del promedio
- Cartas de Recomendación del director escolar, trabajador social, maestro de salón hogar y entrenador.
- Promedio general mínimo 2.00 a mayo del año en curso.

Sólo se recibirán solicitudes completadas en todas sus partes y acompañadas con la documentación requerida

Pág.	Documentos	Entregó <input checked="" type="checkbox"/>	Observaciones
2-3	Información demográfica del estudiante – P1-1		
3	Consentimiento - Divulgación Información a Autoridades Militares		
4	Consentimiento para autorización a otras personas a recoger a mi hijo/a (Debe anotarse la misma información en la boleta de residencia)		
5	Autorizaciones para servicios, fotos y registros		
6/7	Acuerdos y Compromisos de Estudiante, Padres y ECEDAO-EGC		
8	Política para el Uso Aceptable del Internet		
9	Informe de Condición Física 2019-2020		
10	Estudio Socioeconómico		
11	Cuestionario sobre idioma usado en el hogar		
12	Etnicidad		
13	Autorizaciones (copia SADCE)		
14-15	Información médica del estudiante - P1-2		
16	Formulario para presentar en instituciones de Servicios Médicos		
	Transcripción de créditos oficial final	Promedio:	
	Marcar con un X si es estudiante de: ___ Educación Especial ___ Servicios Relacionados ___ Sección 504	Copia del PEI	
	Dos (2) fotos recientes 2 x 2		
	Papel Verde de Vacunas (PVAC-3)		
	2 Copia de la Tarjeta del Plan Médico		
	Seguro Escolar \$10.00		
	Pago Prueba Dopaje (\$15.00) para (1) Prueba anual		
	Cuota Anual Materiales de Servicio para el Programa Terapéutica Atlética (\$10.00)		
	Tarjeta Seguro Social (Se corroborará la información y será devuelta el mismo día)		
	Informe de las horas de Labor Comunitaria (Requisito – 40 horas en nivel superior 9 – 12)		
	Informe de horas de Contacto Verde (Requisito – 20 horas anuales)		
	Informe de horas Ocupacionales (Requisito - Nivel Superior 9 – 12)		
	Resultados Pruebas META - último año tomado		
	Notas en Progreso (sólo aplica a estudiantes que se matriculen después de haber comenzado el semestre escolar)		

Carta de Recomendación	Entregó <input checked="" type="checkbox"/>	Observaciones
Director		
Trabajador Social o Consejero.		
Maestro de Salón Hogar		
Federación y/o Entrenador		

Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud referente a mi hijo/a es verídica y completa. Reconozco que el suministrar información incompleta, falsa o incorrecta puede considerarse una razón para la no admisión o para el traslado del estudiante. Entiendo y reconozco que todo documento que sea requerido en esta solicitud o posterior a la misma pasan a ser propiedad de ECEDAO-EGC.

Firma persona que recibe los documentos

Firma del padre o encargado

Firma persona que coteja

Fecha

Información demográfica del estudiante – P1-1

Año Escolar : 2019-2020 Semestre: _____ Código: 57281

Escuela: Eugenio Guerra Cruz Región Educativa; Caguas Distrito Escolar: Salinas

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Seguro social del estudiante: _____ Número del SIE _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
mes / día/ año

Edad: _____ Género: F M ¿Estudiante zurdo? Sí No

¿Ciudadano de E.U.? _____ ¿Visa? _____ Zona Residencia: Urbana Rural

Dirección Física: _____
Urbanización/Barrio _____ Calle y número residencial _____ Pueblo _____

Teléfono(s): _____

Dirección Postal: _____
Urbanización/Barrio/P.O. Box-Calle y número residencial _____ Pueblo _____ Zona Postal _____

País o continente de procedencia del estudiante: _____

Dominio del Español del estudiante: _____ habla _____ lee _____ escribe _____ comprende _____

Dominio del Inglés del Estudiante: _____ habla _____ lee _____ escribe _____ comprende _____

Con quien vive el estudiante: Padre Madre Ambos Otros, Indique _____

En caso de que no viva con ambos padres indique quién tiene la custodia legal: _____

Padre: _____

Encargado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Números de teléfonos:

Residencial (____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Estatus del empleo: _____ Ingreso Anual: _____

Correo electrónico _____

Escolaridad: Elemental Intermedia Cuarto Año Estudios Técnicos o Certificados
Asociado Universidad Maestría Doctorado

Empleado Fuerzas Armadas o Instalaciones Federales: No Sí Indique: _____

Madre: _____

Encargado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Números de teléfonos:

Residencial (____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Estatus del empleo: _____ Ingreso Anual: _____

Correo electrónico _____

Escolaridad: Elemental Intermedia Cuarto Año Estudios Técnicos o Certificados
Asociado Universidad Maestría Doctorado

Empleado Fuerzas Armadas o Instalaciones Federales: No Sí Indique: _____

Encargado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Números de teléfonos:

Residencial (____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Estatus del empleo: _____ Ingreso Anual: _____

Correo electrónico _____

Escolaridad: Elemental Intermedia Cuarto Año Estudios Técnicos o Certificados
Asociado Universidad Maestría Doctorado

Empleado Fuerzas Armadas o Instalaciones Federales: No Sí Indique: _____

Tipo de residencia: Urb. Privada Pueblo Barriada Residencial Público
Condominio Barrio Parcelas Otro Indique) _____

Total de miembros en la familia (incluyendo el estudiante) _____

¿Con quién vive el estudiante?: Padre Madre Ambos Otros, Indique _____
En caso de que no viva con ambos padres indique quién tiene la custodia legal: _____

Miembros en la familia menores de 5 años _____

¿El estudiante tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____ **Transportación** _____

Estatus de empleo del estudiante _____ **Comedor escolar** _____

Origen étnico _____ **Ayuda económica familiar** _____

Idioma principal del estudiante en el hogar _____ **¿El estudiante usa la computadora en su casa?** _____

Idioma principal del encargado (padre, madre o tutor) _____

¿El estudiante usa Internet en su casa? _____

Marcar con un X si es estudiante recibe servicios:

- ___ Educación Especial Sí No Condición: _____
- ___ Servicios Relacionados Sí No Condición: _____
- ___ Sección 504 Sí No Condición: _____

¿Recibe servicios de terapia? Habla Ocupacional Psicológica Otro _____

Información de familiares que no viva con usted que podamos contactar en caso de emergencia

1. Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección Residencial: _____

Números de teléfonos: Residencial(_____) Celular(_____) Trabajo(_____) _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección Residencial: _____

Números de teléfonos: Residencial(_____) Celular(_____) Trabajo(_____) _____

Consentimiento de divulgación de Información personal a las autoridades militares de los Estados Unidos (si aplica):

La Ley Federal FERPA (Family Educational Rights and Privacy Act), 20 U.S.C. 1232g, establece que cualquier agencia educativa que tenga como práctica divulgar información identificable de los récords escolares o expedientes de los estudiantes, sin el consentimiento escrito de los padres, podrá exponerse a la pérdida de fondos federales. Posteriormente, la Ley "No Chile Venid Acto f 2001"(20 U.S.C. 7908) enmendó la Elementary and Secondary Education Acto f 1965", y estableció que a pesar de la referida disposición, las escuelas deberán proveer la información a las autoridades militares. No obstante, si el padre, madre o encargado(a) no desea que se divulgue esa información, deberá expresarlo por escrito.

A estos efectos, a continuación proveemos un formulario para que usted nos indique su determinación. De usted no contestar el mismo, se podrá entender que ha brindado su consentimiento tácito a que se divulgue la información.

Yo, _____, padre _____, madre _____ o tutor(a) _____ del estudiante _____ que cursa el _____ grado en la Escuela _____ del Distrito Escolar de _____

(_____ **autorizo** / _____ **no autorizo**) a ofrecer información identificable de los récords escolares o expedientes de los estudiantes al reclutador de las autoridades militares de los Estados Unidos

Firma del encargado (padre, madre o tutor)

Fecha

AUTORIZACIONES AÑO ESCOLAR 2019-2020

Estudiante:				Deporte:	
_____	_____	_____	_____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
Plan Médico:		No. Póliza Plan:		Médico de cabecera:	

Instrucciones: Favor iniciar en el recuadro aquellas servicios que usted autoriza

<p style="text-align: center;"><u>Servicios de la Enfermería Escolar</u></p> <p>Autorizo a la enfermera de la ECEDAO-EGC a realizar las evaluaciones, tratamientos y/o procedimientos correspondientes para la promoción, prevención y cuidado relacionado al estado de mi salud.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Administrar medicamentos por parte de Enfermería</u></p> <p>Autorizo a la enfermera de la ECEDAO-EGC a administrar a mi hijo(a) el medicamento que sea necesario dependiendo de su condición.</p> <p>Halls Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Maalox o Mylanta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Benadryl líquido Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tums Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pepto Bismol Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tylenol/Panadol (acetaminophen) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<i>Iniciales</i>
---	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Servicios de Trabajo Social y Consejería Profesional</u></p> <p>Autorizo a la Trabajadora Social y/o Consejera Profesional a realizar evaluaciones, intervenciones y referidos correspondientes para promover el desarrollo personal, académico, ocupacional y emocional del estudiante. Todos los servicios ofrecidos estarán regidos por los códigos de ética y las leyes de confidencialidad establecidas por el Departamento de Salud y el Departamento de Educación para garantizar el bienestar y la seguridad del menor.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Servicios médicos de emergencia</u></p> <p>Autorizo al Director/a de ECEDAO-EGC o su representante autorizado, que en caso de un accidente o enfermedad provea a mi hijo/a servicios médicos de emergencia que sean pertinentes mientras esté bajo la tutela de la Escuela. A que sea transportado/a por el personal de la escuela a oficinas de médicos o a un hospital si fuera necesario en vehículos personales o de la Institución. El director o su representante autorizado, debe comunicar a la mayor brevedad lo ocurrido y la acción tomada. El padre, madre o encargado viene obligado a presentarse a la escuela o sala de emergencia a la mayor brevedad posible y se hará responsable de la situación.</p>	<i>Iniciales</i>
---	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Servicios del Centro de Salud Deportiva y Ciencias del Ejercicio (SADCE)</u></p> <p>Autorizo a SADCE a realizar las evaluaciones, tratamientos y procedimientos correspondientes incluyendo suturas menores en caso de emergencia para la promoción, prevención y cuidado relacionado al estado de salud de mi hijo/a. Con el propósito de aumentar los conocimientos en el campo de la medicina deportiva, consiento se utilice la información del expediente clínico para estudios de investigación científica. Entiendo que esta información es totalmente confidencial y será utilizada anónimamente, lo cual implica que no podrá ser utilizada por ninguna entidad que no sea SADCE. Reconozco que las evaluaciones, tratamientos y procedimientos en la medicina no son exactas y que no se puede ofrecer una garantía absoluta de la capacidad física para participar y/o competir en actividades deportivas sin que ocurra(n) alguna(s) complicaciones médicas y/o problemas de salud.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Intervención quirúrgica y/o cualquier otro tratamiento médico</u></p> <p>Autorizo a que se le practique cualquier intervención quirúrgica o se le administre cualquier clase de medicamento, anestesia y/o tratamiento que de acuerdo con la opinión del personal médico se estime necesario a mi hijo/a.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Prueba de dopaje aleatorio</u></p> <p>Autorizo a la Unidad de Salud y Ciencias del Ejercicio del Albergue Olímpico (SADCE) a realizar pruebas de dopaje a mi hijo (a) aleatorias antes o después de competencias o en el momento que se entienda sean necesarias. Seré responsable del costo de la prueba realizada.</p>	<i>Iniciales</i>
---	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Evaluaciones de Servicios por agencias con alianzas y otras instituciones</u></p> <p>Autorizo a que sometan a mi hijo/a a evaluaciones psicológicas, sociales, médicas, fisiológicas, servicios de terapéutica atlética, de aptitud física, prueba de lactado, dopaje y de destrezas deportivas necesarias requeridas por ECEDAO-EGC.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Videos y/o fotos</u></p> <p>Autorizo a ECEDAO-EGC a tomar fotos y/o videos de las actividades en las que participe mi hijo/a. Este material se utiliza como evidencia de estas actividades y promoción.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Registros</u></p> <p>Autorizo a los Asistentes de Servicio al Estudiantes (Proctors), guardias escolares, maestros, directores y cualquier personal asignado a que se realice un registro cuando se estime necesario, ya sea en el "locker", casillero, bulto o donde el estudiante guarde sus pertenencias. El mismo se llevará a cabo en presencia del estudiante o en ausencia de éste de ser necesario. Este proceso es indispensable para garantizar la seguridad institucional y de todos los estudiantes. Reconozco la importancia de realizar este registro para así garantizar la sana convivencia en la ECEDAO-EGC.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><u>Actividades extracurriculares y deportivas</u></p> <p>Autorizo a que mi hijo participe de actividades extracurriculares como obras, charlas educativas, orientaciones de intereses vocacionales, excursiones. Así como actividades deportivas para competencias o apoyo a otras disciplinas deportivas.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

Firma del padre, madre y/o encargado

Fecha (día /mes/ año)

ACUERDOS Y COMPROMISOS DE ESTUDIANTES, PADRES Y ECEDAO-EGC AÑO ESCOLAR 2019-2020

La Escuela de la Comunidad Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico, Eugenio Guerra Cruz (ECEDAO-EGC) y los padres (para efectos de este documento nos referimos a madres, padres o encargados). Acuerdan mediante este contrato, la manera en que todas las partes compartirán la responsabilidad y las estipulaciones para establecer y desarrollar una relación orientada a que los estudiantes alcancen los estándares académicos, deportivos y de vida residencial. Este acuerdo será efectivo durante el año escolar 2019-2020. Al matricular en ECEDAO-EGC aceptamos los siguientes acuerdos y compromisos:

RESPONSABILIDADES ESCOLARES:

1. Proveer currículos e instrucciones de alta calidad, así como un ambiente que permita alcanzar los estándares establecidos al estudiante-atleta. ECEDAO-EGC facilitará la educación mediante un marco curricular multidisciplinario de excelencia, que integre actividades deportivas, académicas y de vida residencial que contribuyan a desarrollar la capacidad intelectual, emocional, la perseverancia, fortaleza y liderazgo.
2. Celebrar conferencias y/o reuniones al inicio del año escolar (mínimo una vez, o cuando se estime pertinente)
3. Proveer informe de progreso académico cada 10 semanas; (octubre, diciembre, marzo y mayo).
4. Facilitar comunicación efectiva entre personal escolar y padres, así como disponibilidad para reunirse siguiendo los procesos establecidos.
5. Brindar oportunidad para realizar trabajo voluntario, observar actividades escolares y del proceso educativo con previo acuerdo con la administración.
6. Divulgar actividades escolares semanalmente mediante Comunicado Semanal.
7. Integrar a los padres en la planificación, revisión y mejoramiento del plan de trabajo en forma consecuyente, oportuna, organizada y responsable mediante su participación en el Consejo Escolar, Comités de Graduación, Comité de Planificación, entre otros.
8. Someter los nombres de padres interesados en formar parte del CREMPE al DE.

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES, MADRES Y ENCARGADOS:

1. Asumiré un rol activo y participativo en la educación de mi hijo/a Entiendo que ECEDAO-EGC, es una extensión del hogar cuya responsabilidad es continuar la formación moral, personal, social y humana de mi hijo/a.
2. Accederé al Reglamento Interno a través de la página de internet www.ecedao.org. De no poseer este medio, solicitaré copia a la administración de la Escuela. Lo leeré, discutiré con mi hijo/a y lo respetaremos. Entiendo que se trata de un documento oficial en el que se explican los procedimientos académicos, deportivos, residenciales y disciplinarios. Reconozco y acepto que por tratarse de una escuela residencial, requerirá del cumplimiento de un código de conducta ya estipulado que el estudiante debe cumplir las 24 horas del día. Fomentaré el respeto por el mismo y respetaré las normas que establezcan los maestros en el proceso educativo. Apoyaré y aceptaré las medidas disciplinarias, así como las condiciones académicas que determine ECEDAO-EGC por el bienestar de mi hijo/a.
3. Asistiré con puntualidad y regularidad a todas las reuniones convocadas por la Escuela para discutir el aprovechamiento académico de mi hijo/a. Entiendo que de no asistir o presentar evidencia que justifique mi ausencia, se restarán 5 puntos en la rúbrica de readmisión por cada reunión a la que no asista. Responderé a llamadas cuando la Escuela las realice, me personaré a la misma en un plazo razonable de tiempo. En caso de emergencia o situación particular de mi hijo/a, compareceré en un término menor de 2 horas, o enviaré inmediatamente a una persona autorizada. De no cumplir, me expongo a ser referido al Departamento de la Familia y esta acción será un elemento para que la readmisión de mi hijo/a no sea considerada.
4. Respaldo y propiciaré la participación de mi hijo/a y participaré de las actividades académicas, deportivas y extracurriculares que celebre ECEDAO-EGC durante el año escolar.
5. Fomentaré el uso adecuado de Internet y me aseguraré que mi hijo/a respete el Manual de Política sobre Uso Aceptable de Internet en las Escuelas Públicas de Puerto Rico.
6. Comunicaré efectivamente a los miembros de la comunidad escolar mis preocupaciones en torno a los asuntos relacionados con situaciones y actividades vinculadas al aprovechamiento académico de mi hijo/a
7. Me comprometo a que de mi hijo/a tener un promedio de D ó F en cualquier materia, asistirá a tutorías el tiempo que sea necesario. Entiendo que en éstas, se reforzarán destrezas y no se emitirán calificaciones.
8. Cumpliré con los horarios estipulados en el Reglamento Escolar. Traeré a mi hijo/a los domingos desde las 5:00 p.m. y antes de las 7:50 p.m. Lo buscaré los viernes en el horario que establezca la institución y según la disciplina deportiva. Firmaré la hoja de entradas y salidas. Entiendo que el mismo es un documento legal y público. De surgir un inconveniente que no me permita cumplir con estas disposiciones estoy obligado a comunicarme en forma (telefónica, electrónica o escrita) para explicar la razón o los inconvenientes.
9. Actualizaré el record y documentos cada vez que cambien mis circunstancias. (dirección residencial o postal, números de teléfonos, plan médico, personas autorizadas a visitar o recoger a mi hijo/a, incluyendo los certificados de inmunización, salud y otros)
10. Proveeré un colchón de 1 plaza que utilizará mi hijo/a. Este debe ser identificado con el nombre del estudiante.

11. Completaré y firmaré un inventario al inicio del semestre escolar y en todas las ocasiones que haya un cambio de habitación. Asumo responsabilidad de cualquier daño o acto de vandalismo que resulte en daños a la propiedad. Me comprometo a reponer, reparar, restituir o pagar de ser necesario el monto de los daños. El proceso a seguir será: Querrela a la Policía de Puerto Rico, Informe y número de querrela a Edificios Públicos y Pago de los daños por los residentes de la habitación.
12. Entiendo que la escuela no aceptará relaciones de pareja y/o expresiones de afecto dentro de los predios escolares por lo que no propiciaré las reuniones o visitas de parejas al plantel.
13. Estoy de acuerdo en que si mi hijo/a no obtiene un desarrollo deportivo adecuado o no cumple con otros requisitos estipulados en el Reglamento Escolar, se me notifique para tramitar su traslado a su escuela de procedencia.
14. Estoy claro en que debo ofrecer un mínimo de 10 horas de labor voluntaria a la escuela. Áreas en las que puede ofrecer labor voluntaria:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda limpieza en residencia ✓ Acompañar estudiantes en salidas fuera del plantel ✓ Arreglos menores ✓ Ayuda al comedor escolar, biblioteca u otras áreas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pintura ✓ Jardinería ✓ Registro de Estudiantes (Días de entrada y salida) ✓ Apoyo en competencias deportivas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientaciones, charlas o demostraciones ✓ Redacción de propuestas para búsqueda de auspicios y oportunidades para la escuela ✓ Asistencia en la oficina ✓ Tutorías (apoyo los miércoles)
--	---	---

15. Mantendré el expediente académico de mi hijo(a) actualizado, incluyendo los certificados de inmunización y salud.
16. Estoy de acuerdo en que de mi hijo/a no obtener un desarrollo deportivo adecuado o no cumplir con otros requisitos estipulados en el Reglamento Escolar, se me notifique para tramitar su traslado a su escuela de procedencia.

RESPONSABILIDADES DE LOS ESTUDIANTES:

1. Respetar el Reglamento Escolar y los códigos de conducta establecidos en la Escuela, así como los materiales didácticos y la propiedad escolar.
2. Realizar las tareas diariamente y pedir ayuda cuando sea necesario. Leer todos los días, durante el horario de 7:00 – 9:00 p.m. por lo menos durante 30 minutos.
3. Respetar el Manual sobre Uso Aceptable de Internet en las Escuelas Públicas de Puerto Rico.
4. Entregar a su encargado todas las notificaciones que le entreguen en la escuela.
5. Actuar de forma positiva y responsable, así como brindar soluciones de forma objetiva a los problemas socio-culturales y del quehacer deportivo.
6. Cumpliré con las reglas para mantener y preservar la habitación.
7. Entiendo que las pertenencias que estoy autorizado a traer a la habitación son las siguientes:
 - ✓ colchón (Tamaño recomendado 34 x 85)
 - ✓ ropa de cama (1 plaza)
 - ✓ almohada
 - ✓ abanico
 - ✓ 2 candados para casilleros o “lockers” (preferiblemente de llave)
 - ✓ ropa y calzado deportivo
 - ✓ ropa casual que cumpla con las normas de respeto y decoro
 - ✓ reloj despertador
 - ✓ materiales educativos
 - ✓ meriendas saludables (**se prohíbe alimentos en envases de cristal**)
 - ✓ una nevera por cuarto
 - ✓ medicamentos (debe reportarlos a la enfermería)
 - ✓ artículos de higiene personal tales como: (jabón líquido, toallas, desodorante, papel higiénico, pasta y cepillo dental, perfume, ropa interior, bolsa para ropa sucia, cepillo para cabello, shampoo y otros para tu aseo personal).
 - ✓ candado pequeño para casillero (para guardar papel higiénico, meriendas y medicamentos)

No debo traer artículos de valor, dinero en exceso o juegos electrónicos, de traerlos será bajo su propia responsabilidad. Tampoco traeré alimentos que necesiten cocinarse (huevos, carnes, pescados, etc.)

Entiendo que el tener una nevera en el cuarto es un privilegio no un derecho. Para poder contar con este privilegio debemos tener “screens” o tela metálica en todas las ventanas, mantener limpia la nevera en todo momento y compartirla con los compañeros de cuarto.

Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico
Eugenio Guerra Cruz

Fecha:

Nombre y Firma del Padre

Firma del Estudiante

Política para el Uso Aceptable del Internet en ECEDAO-EGC

A padres y estudiantes:

El Departamento de Educación entiende que los beneficios educativos que provee el acceso a Internet sobrepasan cualquier desventaja que pueda existir. Es responsabilidad de los encargados de los estudiantes establecer las pautas y la supervisión del acceso a la misma. A este fin, el Departamento de Educación patrocina y respeta el derecho de cada familia a decidir si solicita o no el acceso a la misma.

El uso de Internet es un privilegio y no un derecho. Se informa a los estudiantes y sus encargados que el acceso a Internet en las escuelas tiene una misión educativa. El Departamento de Educación no se hace responsable por:

- a) El contenido de la información obtenida por el estudiante fuera del Sistema Educativo de Puerto Rico.
- b) Ninguna consecuencia por la interrupción o cambios en el servicio, aunque el mismo esté bajo el control del Departamento de Educación.
- c) Ningún gasto ni daño causado por la manera en que el estudiante escoge utilizar el acceso.
- d) La privacidad del correo electrónico.

El siguiente formulario debe ser leído y firmado por usted/es y su hijo/a

Al firmar este consentimiento yo, _____, encargado de _____ de grado _____ estoy totalmente de acuerdo con los siguientes derechos y deberes de mi hijo(a):

- a) Limitaré mi uso de las telecomunicaciones en la ECEDAO a objetivos educativos establecidos por mi(s) maestro(s).
- b) Tendré acceso y enviaré exclusivamente información legal, moralmente aceptable, apropiada y ética.
- c) Seguiré las reglas de etiqueta que incluye el lenguaje apropiado y respuestas de cortesía.
- d) Utilizaré lenguaje que no resulte abusivo de forma alguna (sobrenombres y las palabras soeces, etc.)
- e) Mantendré sin divulgar mi dirección residencial, teléfono, e información personal con otro usuario para cualquier propósito.
- f) Entiendo que la información recibida es propiedad privada, a menos que se especifique lo contrario.
- g) Utilizaré adecuadamente la información recibida sin plagiar la misma.
- h) Utilizaré solamente mi número de cuenta, sin permitir que sea utilizado por otro usuario.
- i) Mantendré en secreto mi contraseña (password), sin compartirla con otro usuario.
- j) Respetaré el sistema de seguridad interno, sin intentar sobrepasarlo y de hacerlo, entiendo que perderé inmediatamente el privilegio de usar el Internet.
- k) Utilizaré adecuadamente estos servicios sin interferir con el acceso, el servicio, o equipo de otro usuario. Dicha interferencia incluye la distribución no solicitada de anuncios, propaganda de virus de computadora y entradas no autorizadas a otras computadoras.
- l) Sólo imprimiré el material que se me autorice.
- m) Utilizaré el acceso a las telecomunicaciones para comunicaciones legítimas sin transmitir amenazas, material obsceno o para hostigar.

Yo, _____ (estudiante) al firmar este consentimiento entiendo que estoy de acuerdo en que el Departamento de Educación no se hace responsable si participo de algunas actividades impropias mencionadas anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con las telecomunicaciones en el salón de clases y biblioteca. Certifico que he leído las reglas y entiendo que cualquier infracción cancelará mi privilegio de ser usuario y que puede resultar en otras medidas disciplinarias. Entiendo que este acceso es exclusivamente para propósitos educativos y está restringido a las materias escolares.

Firma del Estudiante

Firma del Encargado

INFORME DE CONDICION FÍSICA 2019-2020

Estudiante:				
_____		_____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento: día _____ / mes _____ / año _____	Deporte:

Instrucciones: Conteste las preguntas marcando Si ó No con . De contestar afirmativamente, explique.

Preguntas	Si	No
¿Ha tenido alguna enfermedad desde su último examen físico? ¿Cuál? _____		
¿Padece de alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? _____		
¿Ha estado hospitalizado? Razón _____		
¿Toma medicamento recetado? ¿Cuál? _____		
¿Toma suplementos o vitaminas? ¿Cuál? _____		
¿Ha tomado medicamentos para mejorar su rendimiento?		
¿Se ha desmayado durante o después del ejercicio?		
¿Ha sentido mareos durante o después del ejercicio?		
¿Ha tenido dolor de pecho durante o después del ejercicio?		
¿Ha tenido el ritmo del corazón acelerado o latidos fuera del ritmo normal?		
¿Se le ha diagnosticado soplo del corazón?		
¿Algún familiar cercano ha muerto del corazón?		
¿Algún familiar cercano menor de 50 años padece de enfermedades cardiacas?		
¿Le ha negado o restringido la participación en deportes por algún problema del corazón?		
¿Ha tenido adormecimiento y hormigueo en brazos, manos, piernas o pies?		
Usa algún equipo o aditamento para su deporte (Ej. rodilleras, cuellera, retenedor de dientes o audífonos) Mencione: _____		
¿Usted tose, sibila (pito en el pecho) o tiene problemas al respirar durante o después de actividad física?		
¿Ha tenido alguna vez un nervio pinchado?		
¿Ha tenido esguince (rotura de ligamentos)?		
¿Padece de Asma?		
¿Ha sufrido fractura de algún hueso?		

Preguntas	Si	No
¿Ha tenido alguna lesión?		
¿Padece de alguna alergia? (Ej. al polen, medicamentos, comidas o picadas de insectos)		
¿Es alérgico algún medicamento o alimento? Mencione: _____		
¿Padece de alergias por temporadas que requiera tratamiento médico?		
¿Toma medicamentos sin receta? ¿Cuál? _____		
¿Ha tenido la presión sanguínea alta o colesterol alto?		
¿Ha tenido alguna infección viral severa? (Ej. miocarditis, mononucleosis) en los últimos meses		
¿Tiene al presente algún problema en la piel? (Ej. picor, urticaria, acné, verrugas, hongos)		
¿Ha tenido alguna vez una lesión o golpe fuerte en la cabeza?		
¿Ha sido noqueado?		
¿Ha estado inconsciente?		
¿Alguna vez ha perdido la memoria?		
¿Ha tenido alguna vez convulsiones?		
¿Tiene o ha tenido dolores de cabeza frecuentes o severos?		
¿Ha sufrido algún desmayo o cualquier otro síntoma relacionado a exposición al calor durante el ejercicio?		
¿Ha sufrido algún episodio de calambre, durante el ejercicio?		
¿Ha tenido o tiene algún problema con los ojos o con la visión?		
¿Usa espejuelos, lentes de contacto o protectores de ojos?		
¿Quieres bajar o subir de peso?		
¿Alguna vez ha tomado medicamentos para ayudarle a perder o ganar peso?		
¿Te sientes con estrés?		
¿Ha tenido inflamación después de una lesión?		

¿Ha tenido problemas con dolor o hinchazón de músculos, tendones, huesos o articulaciones? Si contestó SI, marque en cuál

cabeza codo cadera brazo cuello rodilla muñeca muslo
 mano espalda pie pecho tobillo hombro dedo pantorrilla
 antebrazo

Solamente Fémimas:

¿Cuándo fue su primer período menstrual? _____
 ¿Cuándo fue su más reciente período menstrual? _____
 ¿Cuánto tiempo tarda comúnmente desde el comienzo de un período al comienzo del otro? _____
 ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____
 ¿Cuánto fue el tiempo más largo entre período en el último año? _____

Yo certifico que en mi mayor conocimiento, las contestaciones a las preguntas completadas arriba son y correctas?

Firma del Atleta

Firma del Padre o Tutor

**DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR
ESTUDIO SOCIOECONOMICO
AÑO ESCOLAR 2019-2020**

Región Educativa: Caguas Distrito: Guayama Municipio: Salinas

Escuela: Eugenio Guerra Cruz - Especializada en Deportes Código: 57281

Nivel: Secundario Grado: 7 8 9 10 11 12

Nombre del Estudiante: _____

Número de Estudiante (SIE): _____

Nombre del Padre o Encargado: _____

Ocupación: _____

Ingreso Anual: _____

Nombre de la Madre: _____

Ocupación: _____

Ingreso Anual: _____

Otros Miembros: _____

Ocupación: _____

Ingreso Anual: _____

Total Ingreso Anual Familiar:

\$

Total Miembros de la Familia: _____

Certifico Correcto: _____
Firma del Padre o Encargado

Fecha: _____

Firma del Director



ANEJO 2

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Cuestionario Sobre el Idioma Usado en el Hogar
(Home Language Survey)

Región (Region): _____ Fecha (Date): _____ Distrito (District): _____	
Año Escolar (School Year): _____ Código de escuela (School Code): _____	
Nombre de la escuela (School Name): _____	
Nombre del estudiante (Student's Name): _____	
Seguro Social (Social Security): _____ Grado (Grade): _____ Edad (Age): _____ Sexo (Gender): _____	
País de Nacimiento (Country of Birth): _____	
Programa de Educación Especial (Special Education Program): Sí (Yes) _____ No (No) _____	
Especifique tipo de servicio (Specify type of service): _____	
País de procedencia (Country of origin): _____	
Inmigrante (Immigrant): Sí (Yes) _____ No (No) _____ Años en Puerto Rico (Years in Puerto Rico): _____	
Escuela de Procedencia (School of Origin): _____	
Idioma principal hablado por el estudiante en la escuela: A. español B. inglés C. otro (especifique): _____	Main language spoken by the student in school: A. Spanish B. English C. other (specify): _____
Idioma principal hablado por el estudiante en el hogar: A. español B. inglés C. otro (especifique): _____	Main language spoken by the student at home: A. Spanish B. English C. other (specify): _____
Idioma principal del padre, madre o encargado: A. español B. inglés C. otro (especifique): _____	Main language spoken by parent or guardian: A. Spanish B. English C. other (specify): _____
Si es inmigrante, indique años en Puerto Rico: A. un año o menos en Puerto Rico B. un año a tres años en Puerto Rico C. tres años o más en Puerto Rico	If you are immigrant indicate years in Puerto Rico: A. A year or less in Puerto Rico B. One to three years in Puerto Rico C. Three years or more in Puerto Rico
Grupo étnico al que pertenece: A. indio americano o nativo de Alaska B. asiático o de las islas del Pacífico C. negro no hispano D. hispano E. blanco no hispano	Ethnic group: A. Native American or Alaska Native B. Asian or of the Islands of the Pacific C. NonHispanic Black D. Hispanic E. NonHispanic White

 Firma de la madre, padre o encargado
 Parent or guardian's signature

 Fecha (Date)

AUTORIZACIONES para SADCE AÑO ESCOLAR 2019-2020

Estudiante: _____, _____			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección Residencial:			
Dirección Postal:			
Zona postal _____			
Teléfono Residencial :	Celular:	Número y persona a llamar en caso de emergencia:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento: día _____ / mes _____ / año _____
Plan Médico:		No. Póliza Plan:	Médico de cabecera:

Instrucciones: Favor iniciar en el recuadro aquellas servicios que usted autoriza

<u>Servicios de la Enfermera de Salud Deportiva</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a la enfermera de SADCE a realizar las evaluaciones, tratamientos y/o procedimientos correspondientes para la promoción, prevención y cuidado relacionado al estado de mi salud.	

<u>Administrar medicamentos por parte de la Enfermera</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a la enfermera de SADCE a administrar a mi hijo(a) el medicamento que sea necesario dependiendo de su condición.	
<i>Hall</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Maalox o Mylanta</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Benadryl líquido</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>Tums</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Pepto Bismol</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Tylenol/Panadol (acetaminophen)</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<u>Servicios médicos de emergencia</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a SADCE a realizar las evaluaciones, tratamientos y procedimientos correspondientes incluyendo suturas menores en caso de emergencia para la promoción, prevención y cuidado relacionado al estado de salud de mi hijo/a. Con el propósito de aumentar los conocimientos en el campo de la medicina deportiva, consiento se utilice la información del expediente clínico para estudios de investigación científica. Entiendo que esta información es totalmente confidencial y será utilizada anónimamente, lo cual implica que no podrá ser utilizada por ninguna entidad que no sea SADCE. Reconozco que las evaluaciones, tratamientos y procedimientos en la medicina no son exactas y que no se puede ofrecer una garantía absoluta de la capacidad física para participar y/o competir en actividades deportivas sin que ocurra(n) alguna(s) complicaciones médicas y/o problemas de salud.	

<u>Servicios del Centro de Salud Deportiva y Ciencias del Ejercicio (SADCE)</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a SADCE a realizar las evaluaciones, tratamientos y procedimientos correspondientes incluyendo suturas menores en caso de emergencia para la promoción, prevención y cuidado relacionado al estado de salud de mi hijo/a. Con el propósito de aumentar los conocimientos en el campo de la medicina deportiva, consiento se utilice la información del expediente clínico para estudios de investigación científica. Entiendo que esta información es totalmente confidencial y será utilizada anónimamente, lo cual implica que no podrá ser utilizada por ninguna entidad que no sea SADCE. Reconozco que las evaluaciones, tratamientos y procedimientos en la medicina no son exactas y que no se puede ofrecer una garantía absoluta de la capacidad física para participar y/o competir en actividades deportivas sin que ocurra(n) alguna(s) complicaciones médicas y/o problemas de salud.	

<u>Intervención quirúrgica y/o cualquier otro tratamiento médico</u>	<i>Iniciales</i>
Autoriza a que se le practique cualquier intervención quirúrgica o se le administre cualquier clase de medicamento, anestesia y/o tratamiento que de acuerdo con la opinión del personal médico se estime necesario a mi hijo/a.	

<u>Evaluaciones</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a que sometan a mi hijo/a a evaluaciones sociales, médicas, fisiológicas, de aptitud física, prueba de lactato y de destrezas deportivas necesarias requeridas por ECEDAO o SADCE.	

<u>Prueba de dopaje aleatorio</u>	<i>Iniciales</i>
Autorizo a la Unidad de Salud y Ciencias del Ejercicio del Albergue Olímpico (SADCE) a realizar pruebas de dopaje a mi hijo (a) aleatorias antes o después de competencias o en el momento que se entienda sean necesarias. Seré responsable del pago de la misma.	

Firma del padre, madre y/o encargado _____

Fecha (día /mes/ año) _____

Información médica del estudiante P1-2 Año escolar 2019-2020

Nombre del Estudiante: _____	Sexo: ___F___ M	
Edad: _____	Grado/Grupo _____	Maestro de Salón Hogar: _____
Distrito: <u>Guayama</u> Municipio: <u>Salinas</u> Escuela: <u>Eugenio Guerra Cruz – Especializada en deportes A.O.</u>		
Dirección: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del Padre, madre o encargado: _____		
Trabajo: _____ Personas contacto por cualquier emergencia _____		
Plan Médico: Privado: ___ Gobierno: ___ No Plan: ___		

Favor de hacer una (X) en las condiciones de salud que tiene su hijo(a) y si tiene tratamiento para la condición indicada por usted.

Condiciones de visión: (usa espejuelos/lentes de contacto) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otra condición: especifique _____ Tratamiento para condiciones de visión: especifique _____
Condiciones de audición: Usa, _____ un audífono _____ dos audífonos Otra condición del oído _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Padece de infecciones frecuentes de oído _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento para condiciones de oído: especifique _____
Condiciones de las vías respiratorias: Asma Fecha del diagnóstico _____ Último episodio (fecha) de asma _____ Tratamiento (especifique) _____
Condiciones dermatológicas (piel): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento para condiciones dermatológicas _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Condiciones dentales: Caries _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento para condiciones dentales _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del habla: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibe tratamiento para problemas del habla por Educación Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ortopedia _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento para condiciones de ortopedia _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continuación: **Información médica del estudiante P1-2**

Condiciones de tiroides: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento (especifique) _____
Epilepsia: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de epilepsia _____ Tratamiento para Epilepsia: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicamentos para Epilepsia _____
Condiciones emocionales: Fecha del diagnóstico _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Está registrado en Educación Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento (especifique) _____
Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo I (insulina) <input type="checkbox"/> Tipo 2 (pastillas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipoglucémico con Tratamiento Fecha del diagnóstico _____
Especifique otras condiciones de salud _____ Tratamiento _____

Otra Información

Dieta especial en el comedor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Tipo de dieta: _____
El estudiante tiene dieta especial en el comedor _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuál es el diagnóstico _____

CONSENTIMIENTO PARA LAS “CLÍNICAS DE SALUD”

Marque con una (X) si autoriza o no autoriza

Por la presente _____ **autorizo** o _____ **no autorizo** a la enfermera escolar a llevar a cabo procedimiento de examen físico, el cual consiste en:

- | | | |
|------------------------------------|---|----------------------|
| - El cotejo del peso y la estatura | - El cernimiento de agudeza visual | - Inspección general |
| - La prueba de audición | - Toma de signos vitales (presión arterial y pulso) | |
| - Prueba de orina (tirilla) | - Revisión de tarjeta de vacunas | |

La enfermera escolar realiza una entrevista individual. Cada procedimiento a llevarse a cabo cumplirá con las medidas de privacidad y el derecho a la confidencialidad, lo cual comprende el divulgar información a terceros cuando no medie su autorización expresa, por escrito, al respecto.

Por la presente certifico que he analizado y comprendido la información contenida en documentos enviados por el Programa de Enfermería Escolar relacionados con el Historial de Salud.

Certifico que he recibido la carta explicativa dirigida a padres/tutores o custodios y esta autoriza para que la enfermera escolar realice el procedimiento de examen físico y entrevista a mi hijo(a) y a mi entender que los mismos no conllevan riesgo a la salud del menor y que cumplirá con los parámetros de confidencialidad y privacidad correspondientes.

Nombre y Firma del Padre, Madre, Tutor o Encargado

Fecha

Formulario para presentar en Instituciones de Servicios Médicos

Nombre: _____ Deporte: _____

Grado: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Nombre del Padre: _____

Ocupación: _____ Teléfono Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____

Ocupación: _____ Teléfono Trabajo: _____

Teléfonos de emergencia: _____

Relación con el estudiante: _____

PADECIMIENTOS

Marque Sí o No

Asma _____ Miopía _____ Migraña _____ Otros Indique _____

Alergias a medicamentos o picaduras

Penicilina _____ Aspirina _____ Picadura de Abejas _____

Otros Indique _____

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad?

_____ Sí _____ No Mencione: _____

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?

_____ Sí _____ No Mencione: _____

En el caso de las niñas, ¿le da dolor menstrual?

_____ Sí _____ No _____ Moderado _____ Fuerte que no puede controlarlo

¿Toma algún medicamento para aliviar el dolor? Mencione _____

¿Toma su hijo(a) algún medicamento controlado? Mencione _____

¿Es su hijo(a) participante de la tarjeta de la Reforma de Salud? _____ Sí _____ No