

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

COTEJO DE DOCUMENTOS READMISION  
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:

- Obtener una nota de A o B en fase deportiva.
- Mantener un promedio de 2.00 ó más. En este promedio sólo se considerarán los cursos tomados en la escuela durante el año escolar. No aplican cursos tomados en verano.
- No incurrir en faltas al reglamento, (Tener menos de diez (10) deméritos)

**Sólo se recibirán solicitudes completadas en todas sus partes y acompañadas con las 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	Estudio Socioeconómico		
10	Autorización para SADCE		
11-12	Información médica del estudiante - P1-2		
13	Formulario para presentar en instituciones de Servicios Médicos		
	Dos (2) fotos recientes 2 x 2		
	Vacunas al día.		
	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)		

N/A

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? \_\_\_\_\_

<b>Marcar con un X si es estudiante recibe servicios:</b>	
• ___ Educación Especial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Condición: _____
• ___ Servicios Relacionados	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Condición: _____
• ___ Sección 504	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Condición: _____
¿Recibe servicios de terapia? Habla <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Otro _____	

<b>Información de familiares que no viva con usted que podamos contactar en caso de emergencia</b>	
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

## CONSENTIMIENTO AÑO ESCOLAR 2019-2020

**Estudiante:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  

Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre
Inicial

**Deporte** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para autorización a otras personas a recoger a mi hijo/a**

Autorizo a las siguientes personas a buscar a mi hijo/a en el horario estipulado o en salida irregular. Entiendo que dichas personas deben presentar una tarjeta de identificación con foto al presentarse a recoger al estudiante.

*No* se permitirá la salida con ninguna persona que no tenga autorización por escrito.

*No* se aceptará a menores de 21 años, novios/as o familiares de éstos a recoger a los estudiantes.

**☞ No se aceptan llamadas telefónicas para autorizar salidas bajo ninguna circunstancia.**

<i>Nombre</i>	<i>Relación con el/la estudiante</i>	<i>Teléfono</i>

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, madre y/o encargado

\_\_\_\_\_  
 Fecha (dia /mes/ año)

## AUTORIZACIONES AÑO ESCOLAR 2019-2020

<b>Estudiante:</b>				<b>Deporte:</b>	
_____	_____	_____	_____		
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;"><b><u>Servicios de la Enfermería Escolar</u></b></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;"><b><u>Administrar medicamentos por parte de Enfermería</u></b></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;"><b><u>Servicios de Trabajo Social y Consejería Profesional</u></b></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;"><b><u>Servicios médicos de emergencia</u></b></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;"><b><u>Servicios del Centro de Salud Deportiva y Ciencias del Ejercicio (SADCE)</u></b></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 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;"><b><u>Intervención quirúrgica y/o cualquier otro tratamiento médico</u></b></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;"><b><u>Prueba de dopaje aleatorio</u></b></p> <p>Autorizo a la Unidad de Salud Deportiva 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.</p>	<i>Iniciales</i>
---	------------------

<p style="text-align: center;"><b><u>Evaluaciones de Servicios por agencias con alianzas y otras instituciones</u></b></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;"><b><u>Videos y/o fotos</u></b></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;"><b><u>Registros</u></b></p> <p>Autorizo a los Asistentes de Servicio al Estudiante (Proctors), guardianes, 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;"><b><u>Actividades extracurriculares y deportivas</u></b></p> <p>Autorizo a que mi hijo/a participe de actividades extracurriculares como obras, charlas educativas, orientaciones de intereses vocacionales, excursiones. Así como actividades deportiva 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 2015-2016. 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](http://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. Respalдарé 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"> <li>✓ Ayuda limpieza en residencia</li> <li>✓ Acompañar estudiantes en salidas fuera del plantel</li> <li>✓ Arreglos menores</li> <li>✓ Ayuda al comedor escolar, biblioteca u otras áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pintura</li> <li>✓ Jardinera</li> <li>✓ Registro de Estudiantes (Días de entrada y salida)</li> <li>✓ Apoyo en competencias deportivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientaciones, charlas o demostraciones</li> <li>✓ Redacción de propuestas para búsqueda de auspicios y oportunidades para la escuela</li> <li>✓ Asistencia en la oficina</li> <li>✓ Tutorías (apoyo los miércoles)</li> </ul>
--	--	---

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 sobrepasa 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



**DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: ESTUDIO SOCIOECONOMICO (Anejo 2)**  
**AÑO ESCOLAR 2019-2020**

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

Número del SIE del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Oficina Regional Educativa: Caguas Municipio escolar: Salinas

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

Nivel de la escuela: Secundario

**DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR 2019-2020**

Nombre del padre o encargado:

Ocupación del padre o encargado:

Ingreso Anual\*del padre o encargado: A: \$

Nombre del madre o encargada:

Ocupación del madre o encargada:

Ingreso Anual\*del madre o encargado: B: \$

Otros miembros:

Ocupación de otros miembros:

Ingreso Anual\*de los otros miembros: C: \$

\*\* Total Ingreso Anual Familiar A+ B + C = \$

\*\*\* Total Miembros de la Familia

Firma del padre, madre y/o encargado: \_\_\_\_\_

Firma maestro de salón hogar: \_\_\_\_\_

Firma de director de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota:

**A los Padres, Madres o Encargados:**

\*Para la definición de Ingreso Anual Familiar refiérase al Memo Explicativo o la Carta a los Padres, Madres o Encargado.

**Al personal de la escuela:**

\*\* Todo Ingreso Anual Familiar – Esta cantidad se anotará en el SIE (*School Max*) en el campo de Ingreso Familiar.

## AUTORIZACIONES PARA SADCE AÑO ESCOLAR 2019-2020

<b>Estudiante:</b>				<b>Deporte:</b>	
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;"><b><u>Servicios médicos de emergencia</u></b></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;"><b><u>Servicios del Centro de Salud Deportiva y Ciencias del Ejercicio (SADCE)</u></b></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 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;"><b><u>Intervención quirúrgica y/o cualquier otro tratamiento médico</u></b></p> <p>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.</p>	<i>Iniciales</i>
--	------------------

<p style="text-align: center;"><b><u>Prueba de dopaje aleatorio</u></b></p> <p>Autorizo a la Unidad de Salud Deportiva 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.</p>	<i>Iniciales</i>
---	------------------

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre y/o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha (día /mes/ año)

FORM EE 01  
Rev. Enero/15

### 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 en el Albergue Olímpico (ECEDAO).</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.**

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

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

CONSENTIMIENTO PARA LAS “CLÍNICAS DE SALUD”

**Marque con una (X) si autoriza o no autoriza**

Por la presente \_\_\_\_\_ **Autorizo** \_\_\_\_\_ **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 No divulgar información a terceros cuando no medie su autorización expresa por escrito, al respecto.

\_\_\_\_\_  
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?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Mencione: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Mencione: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ 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