

 BARTOW COUNTY SCHOOL SYSTEM <small>empowering our children's success</small>	Formulario de Registro de Estudiantes Por favor escriba claramente, comenzando con el número 1. Este formulario debe ser completado para cada niño en el hogar que se va a inscribir.	USO DE OFICINA (OFFICE USE ONLY)	
	School/Grade: _____ Student ID: _____ Date Entered: _____ Start Date: _____ Verifying Registrar: _____ Entering Registrar: _____		

USO DE OFICINA (FOR REGISTRAR USE ONLY)		
Required Documents: <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Parent ID <input type="checkbox"/> Social Security Card/Number/Objection <input type="checkbox"/> Immunization Form 3231/Religious Form 2208 <input type="checkbox"/> Form 3300 - Eye, Ear, Dental & Nutrition <input type="checkbox"/> Two Proofs of Residence: #1: _____ #2: _____ <input type="checkbox"/> Withdrawal Form/Report Card <input type="checkbox"/> High School Transcript/Discipline Report	Additional Forms: <input type="checkbox"/> Guardianship Papers (Kinship Caregiver Affidavit; Temp Guardian; Court Orders) <input type="checkbox"/> Affidavit of Residency <input type="checkbox"/> OOD/OOZ <input type="checkbox"/> Affidavit of Permission <input type="checkbox"/> McKinney-Vento Act <input type="checkbox"/> Provisional Enrollment: (Circle Below) Residence _____ Immunization _____ EEDN _____ Birth Certificate _____ Parent ID _____	Notes for Registrar:

(El Padre/Madre/Guardián Completará) SECCION 1: Informacion del Estudiante

Nombre Legal del Estudiante: _____

Numero de Seguridad Social: _____ (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculino Femenina

Direccion Fisica: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono Principal: _____ El Numero de Celular Estudiante: _____

Correo Electronico del Estudiante: _____ Lugar de nacimiento: _____

SECCION 2: Etnicidad/Raza

Es el estudiante de origen hispano/latino? Si No

*** Raza - Marque todas las que apliquen. Tiene que marcar al menos una opción .**

Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro Americano Asiatico
 Hawaiano Nativo u Otra Isla Pacifica Blanco

SECCION 3: Encuesta de Lenguaje

La página 5 de este paquete de información tendrá más detalles sobre cómo se usa la Encuesta sobre el idioma del hogar para brindar apoyo a su estudiante y su hogar, si es necesario.

¿Qué idioma entiende y habla mejor su hijo/a? _____

¿Qué idioma habla con mayor frecuencia en el hogar su hijo/a? _____

¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño/a? _____

¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar? _____

SECCION 4: Informacion sobre Educacion

Ha sido inscrito alguna vez el estudiante en las escuelas del Condado de Bartow? Si No A qué escuela y el año ? _____

Fue en Georgia la última escuela a la que asistió? Si No Que condado? _____

Si no, ha asistido el estudiante alguna vez a la escuela en Georgia? Si No Condado? _____

Antes de la escuela: Ciudad, _____ Estado: _____ En que grado estará el estudiante _____

Alguna vez ha sido retenido el estudiante? Si No En caso afirmativo, en qué grado? _____

Fecha en que entro al 9no grado: _____ Fecha de ingreso a la escuela de Estados Unidos: _____

Ha asistido el estudiante a algun programa de Pre-K? Si No Donde? _____

PROGRAMAS ESPECIALES

Ha estado el estudiante alguna vez inscrito en alguno de los siguientes programas especiales?

Actualmente Recibe Previamente Recibe Nunca ha Recibido

Cual Programa? Special Education Early Intervention (EIP) Gifted IEP Remedial ESOL
 Speech 504 RTI Other: _____

SECCION 5: Estudiante de Información Médica (Esta información es confidencial)

Condiciones Medicas: _____ Restricciones de la Dieta: _____

Alergico a que alimentos o insectos con peligro la vida : _____

Medicamentos en el hogar: _____ *Medicamentos en la escuela: _____

*Para administrar medicamentos en la escuela, el padre/tutor debe completar la forma " Asistencia con Medicamentos". El estudiante no puede transportar medicamentos para o desde la escuela. Para obtener más información, póngase en contacto con la enfermera de la escuela.

Contactos de Emergencia - Los siguientes tienen permiso para recoger a mi hijo de la escuela sin más contacto de mí o en caso de una emergencia cuando el padre/madre/tutor no se puede localizar.

Nombre: _____ Telefono: _____	Relacion con el estudiante: _____
Nombre: _____ Telefono: _____	Relacion con el estudiante: _____
Nombre: _____ Telefono: _____	Relacion con el estudiante: _____

SECCION 7: Certificaciones del Padre/Madre/Guardian

Por favor lea e inicialice las siguientes:

_____ Yo estoy autorizado a matricular a este estudiante, y comprendo en cumplimiento con OCGA 20-2-780 que al matricular al estudiante, yo soy la unica persona que le puede dar de baja, a menos que una orden de la corte applique.

_____ La direccion proveida en este formulario es la localidad fisica en la que el estudiante actualmente reside.

_____ Aviso de residencia : Para ser inscrito en las escuelas del condado de Bartow, los estudiantes deben residir a tiempo completo dentro de condado de Bartow con su padre/madre biológico(s), guardian legal(s) o tutor legal(s) y deben permanecer residentes a tiempo completo en el condado de Bartow todo el periodo de inscripción. Para el propósito de esta política, un residente se define como una persona que es un ocupante a tiempo completo de una vivienda situada en el condado de Bartow, y que, en cualquier día escolar dado, es probable que se encuentre en la dirección indicada cuando no está en el trabajo o en la escuela. Una persona que posee propiedades en el condado de Bartow, pero no reside en el condado de Bartow, no se considera un residente a los efectos de esta política. (Excepción: los estudiantes que paguen la matrícula o que sean hijo/a de un empleado del sistema escolar.)

_____ Yo he proveido el Certificado de Inmunización de Georgia (Form 3231). Si he recibido una extension, yo entiendo que debo proveer la Forma 3231 en el tiempo especificado bajo la inscripción provisional, o mi estudiante será dado de baja hasta que la provee.

_____ Este estudiante no está en suspensión, expulsado, o asignado a un programa de educación alternativa por cualquier sistema escolar o escuela. Además, el estudiante no está actualmente sujeto/a a una orden disciplinaria de ningún sistema escolar o escuela que requiere la suspensión, expulsión o asignación a un programa de educación alternativa.

_____ Entiendo que la inscripción de este estudiante es contingente, pendiente a recibir todos los expedientes disciplinarios de cualquiera de las escuelas anteriores.

_____ Yo entiendo que si este estudiante es matriculado provisionalmente en el grado _____ sin todos los documentos requeridos, al estudiante se le esta proveyendo servicios educativos basados solamente en la informacion que yo provea. Yo entiendo que pueden haber cambios en los servicios proveidos una ves el expediente de escuelas anteriores sea recibido y revisado por el personal apropiado de la escuela. Esto puede incluir, pero no limitado a, el grado, la clase, maestro/a asignado/a, tipo de escenario instructivo, y cualquier otro cambio que la administracion de la escuela vea necesario.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad revisar el manual del estudiante del sistema escolar del Condado de Bartow (que se puede encontrar en el sitio web del sistema escolar del Condado de Bartow) con mi estudiante, incluyendo el código de conducta, la política de asistencia y el código de vestimenta estudiantil. Después de revisar, entiendo que estoy obligado a devolver el formulario de confirmación proporcionado por la escuela.

_____ Información falsa puede resultar en la pérdida de elegibilidad atlética del estudiante por un año calendario.

_____ Yo entiendo que es mi responsabilidad como padre/madre/tutor legal de informar inmediatamente a la escuela de cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario, incluyendo, pero no limitado a, números de teléfono ó cambio en la custodia.

_____ En el evento de que no se me pueda contactar, yo doy mi permiso a que un representante de la escuela haga cualquier arreglo de emergencia necesario. Yo asumo la responsabilidad financiera de todos los cargos arriba. Yo entiendo que en el evento de una emergencia extrema, el doctor o facilidad médica más cercana sera utilizada.

SECCION 8: Firma del Padre/Madre/ Guardian

Mi relación con el estudiante es: Padre/Madre Mismo/Estudiante (debe tener 18 años o mas) *Guardian Legal(se necesita documentacion)
 *Persona con Orden Legal de la Corte (se requiere copia) *Otro (Kinship Caregiver Affidavit requerido) ***Los documentos legales requeridos.**

Por la presente certifico que soy residente de tiempo completo del condado de Bartow, pago la matrícula ó soy un empleado de las escuelas del condado de Bartow, y afirmo que toda la información contenida en este formulario es verdadera y precisa según entiendo.

Nombre en Letra de Molde _____	Firma _____	Fecha _____
--------------------------------	-------------	-------------



Bartow County School System
Central Registration Office
 2220 Joe Frank Harris Pkwy, Bldg B
 Cartersville, GA 30120
(770)606-5175

All education records should be forwarded to:

Email: jamie.mcclain@bartow.k12.ga.us

Email: maria.alpizar@bartow.k12.ga.us

Or Faxed to **(770)606-5180**

USO DE OFICINA (FOR REGISTRAR USE ONLY) RECORDS SHOULD INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:

<input type="checkbox"/> Withdrawal Form <input type="checkbox"/> Attendance Record <input type="checkbox"/> Report Card or Transfer Grades <input type="checkbox"/> Current Transcripts <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores	<input type="checkbox"/> Behavior Report (Required for all middle/high school students. If no behavior, that must be noted in the student record.)	<input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Social Security Card <input type="checkbox"/> Immunization Certificate (GA Form 3231 or DPH 2208) <input type="checkbox"/> Vision, Hearing, Dental & Nutrition Certificate (GA Form 3300) <input type="checkbox"/> Guardian/Custody Documents	Program Information <input type="checkbox"/> Gifted <input type="checkbox"/> ESOL <input type="checkbox"/> EIP <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> RTI Records
--	---	---	--

Special Education Records Department (If Applicable). Records should include IEP, Eligibility, Redetermination, Psychological Evaluation, Speech, etc.

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____
Información del estudiante (Madre/Padre/Tutor completará esto)

Nombre del estudiante: _____
 (Apellido) (Primer) (Segundo)

Fecha de Nacimiento: _____ **Grado:** _____

Antes de la escuela (Previous School)	USO DE OFICINA (FOR REGISTRAR USE ONLY)	
	Bartow County School of Attendance	
	Elementary Schools	Middle Schools
Escuela/School: _____	<input type="checkbox"/> Adairsville	<input type="checkbox"/> Adairsville
Dirección Física: _____	<input type="checkbox"/> Allatoona	<input type="checkbox"/> Cass
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	<input type="checkbox"/> Clear Creek	<input type="checkbox"/> Red Top
	<input type="checkbox"/> Cloverleaf	<input type="checkbox"/> Woodland
	<input type="checkbox"/> Emerson	
	<input type="checkbox"/> Euharlee	
Telefono: _____	<input type="checkbox"/> Hamilton Crossing	High Schools
	<input type="checkbox"/> Kingston	<input type="checkbox"/> Adairsville
	<input type="checkbox"/> Mission Road	<input type="checkbox"/> Cass
Fax: _____	<input type="checkbox"/> Pine Log	<input type="checkbox"/> Woodland
	<input type="checkbox"/> Taylorsville	
	<input type="checkbox"/> White	

****Please do NOT send records directly to the school.**

Divulgación de los padres de las órdenes disciplinarias actuales (Parental Disclosure of Current Disciplinary Orders):

Si No **Esta el estudiante actualmente cumpliendo una suspensión ó expulsión de alguna otra escuela?**
 (Is the student currently serving a suspension or expulsion from another school?)

Si No **Ha sido este estudiante acusado ó ha tenido información presentado en el tribunal, o ha sido este estudiante convicto ó adjudicado de haber cometido un delito grave ó cualquier acto delictivo, lo cual sería un delito grave si fuese cometido por un adulto?**
 (Has this student been indicted or had information filed in court, or has this student been convicted of or adjudicated of having committed a felony or any delinquent act which would be a felony if committed by an adult?)

En caso afirmativo , explique: (If yes, please explain:)

Firma del Padre/Madre/Guardian (Parental or Guardian Consent)

Doy mi consentimiento para que el expediente del estudiante y cualquier otra información útil sea enviado al sistema escolar del condado de Bartow. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Doy permiso para que un representante del sistema escolar del condado de Bartow obtenga una aclaración verbal de la información obtenida. (My consent is given for the student's records and all other pertinent information to be released to the Bartow County School System. All information will be kept strictly confidential. I give permission for a Bartow County School System representative to obtain verbal clarification on any information received.)

Nombre del padre/madre o tutor
 (Parent/Guardian Name-Print): _____

Firma (Parent/Guardian Signature): _____

Fecha (Date): _____

El registro educacional de un estudiante es confidencial y solamente debe ser revelado según lo permite el Acto de 1974 Acto de los Derechos y Privacidad Educativas de la Familia (FERPA), ó con el permiso escrito del padre/madre/guardian legal del estudiante, o con el permiso escrito del estudiante (si es mayor de 18 años ó asistiendo a una escuela postsecundaria). De acuerdo a la política del Departamento de Educación de Georgia, información personal identificable puede ser utilizada en hacer y mantener el lugar en programs de educación especial, si aplica, puede ser transferida a otro sistema escolar (en or fuera del estado) en el cual el estudiante planea asistir.

Encuesta de Georgia sobre el idioma en el hogar

Aviso para padres/tutores: Los sistemas escolares de Georgia están obligados a¹ recopilar sus respuestas a² las preguntas en relación con el idioma preferido para la comunicación escolar y sobre la lengua materna o que se habla en el hogar del/de la niño/a. La información de la primera pregunta se utiliza para identificar su necesidad de un intérprete o documentos traducidos. La información de las tres preguntas de la encuesta sobre el idioma en el hogar (*En inglés: Home Language Survey*) y la información adicional nos ayuda a determinar si es necesario evaluar el nivel de dominio del inglés de su hijo/a. El proceso de evaluación identificará si el/la niño/a reúne los requisitos para el término de aprendizaje de inglés y recibir servicios en nuestro programa educativo de enseñanza de inglés.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Objetivo de las preguntas	Preguntas y respuestas de los padres y tutores
<p>Preferencias de comunicación</p> <p>Esta pregunta ayuda a la escuela a proporcionarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo, si lo desea.</p> <p>Esta pregunta es solo <u>con fines informativos</u>. No se utiliza para identificar a su hijo/a para una prueba del dominio del inglés.</p>	<p>Idioma de comunicación de los padres y tutores (Favor de contestar.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué idioma prefiere recibir la comunicación escolar? <p style="text-align: center;">_____</p>
<p>Identificación de posibles aprendices de inglés</p> <p>Estas tres preguntas ayudan a las escuelas a identificar si su hijo/a debe ser evaluado/a para determinar la elegibilidad para participar en el programa educativo de enseñanza del idioma.</p> <p>Cuando la respuesta a cualquiera de estas preguntas sea un idioma distinto del inglés, las escuelas pueden verse obligadas a evaluar el nivel dominio del inglés de su hijo/a. Si responde en más de un idioma, la escuela necesitará más información antes de tomar esta decisión.</p>	<p>Encuesta sobre el idioma en el hogar (Favor de contestar.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué idioma entiende y habla <u>mejor</u> su hijo/a? _____ 2. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con <u>mayor</u> frecuencia en el hogar? _____ 3. ¿Qué idioma utilizan con <u>mayor</u> frecuencia los adultos en su hogar al hablar con el/la niño/a? _____
<p>Información adicional para familias multilingües</p> <p>Si indicó que su hijo/a y otras personas adultas en su hogar entienden y utilizan el inglés y otro(s) idioma(s), las escuelas le solicitarán que proporcione más información para decidir si se debe evaluar el dominio del inglés de su hijo/a.</p> <p>Si responde que su hijo/a entiende y utiliza el inglés con mayor frecuencia que el idioma que se habla en el hogar, o que su hijo/a entiende y utiliza tanto el inglés como el idioma que se habla en el hogar por igual, la escuela no evaluará el dominio del inglés de su hijo/a.</p>	<p>Información adicional para familias multilingües. (Elija solo una frase que mejor describa el idioma principal de su hijo/a.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi hijo/a solo entiende y utiliza el idioma que se habla en el hogar, no el inglés. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a entiende y utiliza principalmente el idioma que se habla en el hogar y un poco de inglés. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a entiende y utiliza el idioma que se habla en el hogar y el inglés por igual. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a entiende y utiliza principalmente el inglés y solo un poco del idioma que se habla en el hogar. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a entiende y utiliza solo el inglés.

Firma de los padres _____ Fecha _____

¹ Departamento de Justicia de EE. UU., División de Derechos Civiles, y Departamento de Educación de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 7 de enero de 2015, Carta Estimados Colegas (*Dear Colleague Letter*): *Aprendices de inglés y padres con dominio limitado del inglés*, p. 10.

² La encuesta del idioma que se habla en el hogar debe realizarse a los estudiantes que se matriculan por primera vez en las escuelas públicas de EE. UU.



Asistencia Escolar para Niños en Transición

Este cuestionario tiene como objetivo tratar el Acto 42 USC 11435 McKinney - Vento. Las respuestas a estas preguntas ayudan a determinar los servicios escolares a que el estudiante puede ser elegible para recibir, tales como el programa de almuerzo gratis / reducido. Esta información sólo será compartida con el personal de servicio de los estudiantes y el personal de Nutrición Escolar (en su caso) a no ser que los padres solicitan más ayuda.

NOTA : La presentación de información falsa o la falsificación de documentos es un delito bajo OCGA 16-10-20 . La información proporcionada es confidencial .

Por favor lista de todos SUS niños/as preescolares y en edad escolar que viven actualmente con usted.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO

Dirección Actual del Niño(s)

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Donde vive el estudiante en este momento? (Marque uno)

- Niño/a(s) viven con alguien que no es su padre/madre (marque uno).
- Hay una orden judicial que conceda esta persona la custodia o tutela.
- No hay una orden judicial que conceda esta persona la custodia o tutela.
- El niño/a está bajo la custodia del departamento de servicios para la familia y los niños, si es así, qué condado
- Compartiendo la vivienda de otras personas debido a (ex viviendo con amigos o familiares) debido a: (Marque uno)
- La pérdida de vivienda, problemas económicos o razones similares (Ej: desalojo , etc.) Explique: _____
- Arreglo a largo plazo de vivienda cooperativa para ahorrar dinero o por una razón similar
- Otro (Explique): _____
- En un motel , hotel, campamento o configuración similar debido a (marque uno):
- La falta de alojamiento alternativo adecuado. Explique: _____
- Un arreglo de vivienda conveniente o esperando casa o apartamento que este listo.
- Otro (Explique): _____
- En la vivienda o el arreglo de vivienda de transición (Ex: Good Neighbor Shelter, Tranquility House, Action or MUST Ministries)
- Tener una residencia nocturna primaria que es un lugar no diseñado para o normalmente utilizada como alojamiento para dormir regularmente
- En coches, parque, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias o instalación similar
- Ninguna de las anteriores

Información del Contacto para Padre/Madre/Guardian

Nombre: _____ Telefono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No
- ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias! Por favor regrese éste formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should email, always through the DOE's Portal, occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, Rose McKeehan
Phone: 470-763-1137
rmcKeehan@doe.k12.ga.us

GaDOE Region 2 MEP, Pearl Barker
Phone: 470-763-1138
PBarker@doe.k12.ga.us

Family Contacted/Attempt Date: _____

Sent to Regional Office on: _____

1562 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer





Formulario de información de salud del sistema escolar del condado de Bartow 2023-24

Nombre: _____ Grado: _____ Profesor de RH: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

El estudiante vive con: Solo la madre _____ Solo el padre _____ Ambos padres _____ Otro _____ Tutor legal _____

Padre/Tutor (1): _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor (2): _____ Teléfono: _____

Dirección de envío: _____

Cobertura de seguro de salud SÍ NO Cobertura de Medicaid SÍ NO Póliza # _____

Las respuestas a las siguientes preguntas se considerarán confidenciales.

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico por alguno de los siguientes? Encierre en un círculo "SÍ" o "NO" a continuación. Si su hijo tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes, pero actualmente no está siendo tratado por un médico, circule "HX" a continuación.

Asma	SÍ NO HX	Problemas oculares	SÍ NO HX
Inhalador necesario en la escuela?	SI NO HX	Cardiopatía	SI NO HX
Diabetes	SI NO HX	Enfermedad Renal	SI NO HX
Convulsiones	SI NO HX	Enfermedad hepática	SI NO HX
Migrañas	SI NO HX	Célula falciforme	SI NO HX
Receptor de trasplante	SI NO HX	Enfermedad de la sangre	SI NO HX
ADHA/ADD	SI NO HX	Otro	_____

1. ¿Toma su hijo algún medicamento en casa? SI NO ¿En la escuela? SÍ NO

Si es así, enumere todos los medicamentos _____

2. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento, alimento o picadura de insecto? SÍ NO ¿Utiliza epinefrina inyectable? SÍ NO

Si es así, indique el alérgeno _____

3. El nombre y número de teléfono del médico de su hijo es _____

Indique el nombre, la relación con su hijo y los números de teléfono de las personas que pueden recoger a su hijo de la escuela cuando sea necesario:

Nombre	Relación	Número de teléfono
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Si no puedo ser contactado, autorizo tratamiento de emergencia y/o transporte según sea necesario. Asumiré toda la responsabilidad de los cargos relacionados con esto.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Los siguientes formularios son solo para los estudiantes que cumplen AMBOS de los siguientes requisitos:

1. Reciven Servicios de Educación Especial según el Plan Individual de Educación (IEP) Y
2. Reciven MEDICAID.

Si tiene alguna pregunta sobre estos formularios, por favor de comunicarse con:

TANIA AMERSON,

BARTOW COUNTY SCHOOLS

SPECIAL EDUCATION DIRECTOR

PHONE: 770.606.5800.



¿Su escuela ha pedido permiso facturar a Georgia Medicaid por los servicios prestados en el IEP de su hijo?

Intervención escuela de servicios (CIS de los niños) es un programa de Georgia Medicaid. Su propósito es proporcionar reembolsos para servicios médicamente necesarios que se reciben en las escuelas y proporcionada por un sistema escolar para los estudiantes elegibles para Medicaid con un programa de Educación Individualizado (IEP).

Sistemas escolares deben obtener consentimiento por escrito de los padres antes de facturación de Medicaid. El formulario de consentimiento debe explicarse totalmente a los padres. Debe obtenerse el consentimiento por lo menos anualmente o cuando se cambian los servicios IEP. Los padres pueden retirar su consentimiento en cualquier momento informando el sistema escolar, en la escritura, que ya no desean permitir que Medicaid a ser facturados.

¿Se verá afectados los servicios IEP de mi hijo si me niego a dar el consentimiento?

Las escuelas se requieren bajo la ley federal para proporcionar una educación pública gratuita adecuada a todos los niños que son elegibles para recibir servicios. Educación especial y servicios relacionados con el que están escritas en un IEP deben proporcionarse sin costo para los padres. Negativa de los padres para permitir el acceso a los fondos de Medicaid no releva al sistema escolar de su responsabilidad para asegurar que todos los servicios de IEP se proporcionan sin costo a los padres.

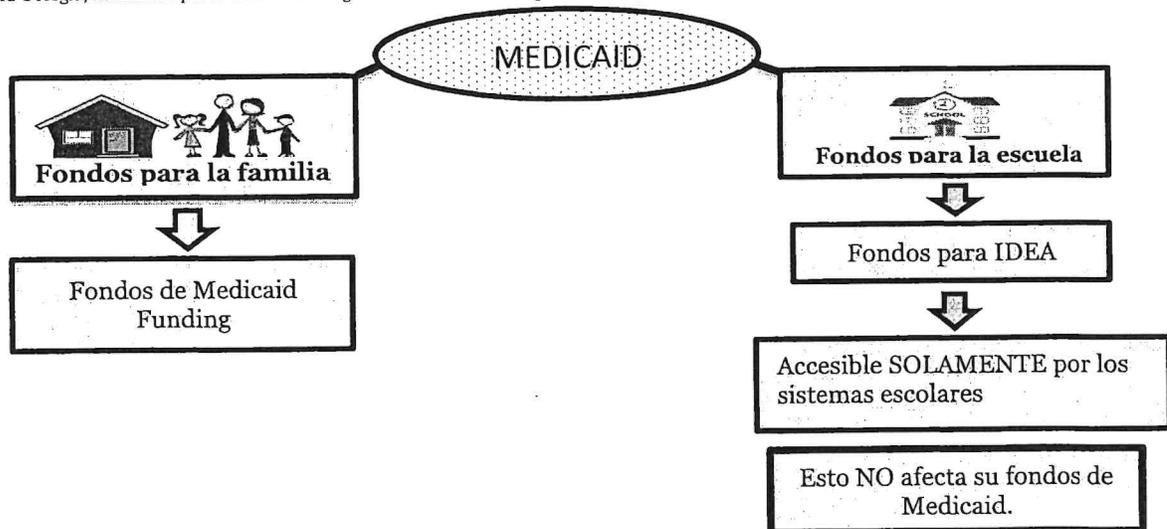
¿Voluntad dando consentimiento afectan fuera de la escuela, Medicaid cubre servicios que recibe mi hijo?

El programa CIS está separado del programa de servicio de intervención niños (CIS). CIS es el programa que fuera de la escuela de servicios tales como terapia física, ocupacional y discurso son facturados bajo. A partir del 01 de abril de 2003, los estudiantes pueden recibir servicios médicos en ambos programas sin afectar limitaciones de servicio. (Ver Manual de CIS).

Mi hijo tiene seguro privado como el principal proveedor. ¿La escuela fractura al seguro privado afectando las limitaciones del servicio y límites de por vida?

No, el sistema escolar cuenta solamente Medicaid. Medicaid es el pagador de primera instancia para IEP relacionados con los servicios de salud (603.15/CISS Manual). Tercer responsable aseguradores serán perseguidos para reembolso por Medicaid. Esto puede afectar a las limitaciones de servicio del servicio y límites de por vida provistos a través de una aseguradora privada.

Padres a Padres de Georgia ofrece una amplia gama de servicios para ayudar a los padres a abogar por sus hijos con discapacidades. Si usted tiene preguntas sobre los servicios de educación especial de su niño, llame al 800-229-2038 o visítenos en: www.parenttoparentofga.org. Padre a Padre de Georgia es el Centro de Información y Capacitación para Padres (PTI) para Georgia, financiada por la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de Estados Unidos.



POR FAVOR
IMPRIMA TODOS
LOS CAMPOS

BARTOW COUNTY SCHOOL SYSTEM
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL
PADRE/TUTOR
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MEDICAID Y PEACHCARE

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ IEP FECHA: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DR. NOMBRE (médico del estudiante): _____

DR. NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DR. DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

El reembolso por los servicios requiere que el médico de su hijo complete un formulario. Una vez que proporcione la información de contacto solicitada en este formulario de consentimiento, se enviará un documento al médico para que lo complete. Su selección y firma da o niega su permiso para que el sistema escolar brinde información pertinente relacionada con los servicios prestados en el IEP del estudiante a su médico según lo requiera Medicaid.

El sistema escolar proporciona los servicios relacionados con la salud a su hijo de acuerdo con su programa de educación individual o plan de servicio familiar individual. Se requiere que Medicaid y/o PeachCare cubran parte del costo de ciertos servicios. El Sistema Escolar no puede facturar a Medicaid/ PeachCare sin su consentimiento. Si permite que el sistema escolar facture a Medicaid o PeachCare por los servicios relacionados con la salud que su hijo recibe de acuerdo con su Programa de educación individual o Plan de servicio familiar individual, marque la casilla "Sí" y firme a continuación.

- SÍ** Autorizo al Sistema Escolar a facturar a Medicaid y/o PeachCare servicios relacionados con la salud que figuran en el IEP o IFSP de mi hijo.
- NO** No quiero Medicaid y/o PeachCare sean facturado por servicios relacionados con la salud mi hijo está recibiendo.
- Mi hijo no recibe actualmente Medicaid, sin embargo, si fuera en el futuro, le doy a BARTOW COUNTY SCHOOL SYSTEM permiso para facturar por servicios.

CONSENTIMIENTO
PARA FACTURAR
MEDICAID

Durante la emergencia médica COVID-19, el sistema escolar puede utilizar telemedicina/teleterapia para brindar servicios a su estudiante para cualquier servicio/terapia en su IEP / IFSP y usted comprende lo siguiente:

- Durante la sesión de teleterapia:
 - Los detalles de su terapia y/o servicios proporcionados se analizarán mediante el uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
 - Se le pueden tomar grabaciones de video, audio y/o fotos durante el (los) procedimiento(s) o servicio(s).
- Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la sesión de teleterapia, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Georgia se aplican a la información divulgada durante las sesiones de teleterapia.
- Se le ha informado sobre todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la teleterapia. Su profesional de la salud ha discutido con usted la información provista anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y las sesiones de teleterapia. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

- SÍ** Acepto participar en teleterapia con el propósito de evaluar y/o entregar de los servicios de mi hijo en su IEP o IFSP. *Estoy de acuerdo en mantener la privacidad de sesiones de mi hijo y, en el caso de sesiones de terapia de grupo, la privacidad de la terapia de otros estudiantes y la información que pueda obtener durante el proceso.*
- NO** No estoy de acuerdo en participar en la teleterapia.

CONSENTIMIENTO
PARA LA
TELETERAPIA

Padre/Guardian (Escriba tu nombre): _____

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

Es mi responsabilidad como padre notificar por escrito al Departamento de Educación Especial del sistema escolar si alguna vez decido retirar este consentimiento permitiendo que la escuela busque el reembolso de Medicaid/PeachCare.

NOTA: Desde el 1 de abril de 2003, el Programa de Servicios de Intervención Infantil (CIS) y el Programa de Servicios de Intervención Escolar Infantil (CISS) han sido separados. Los estudiantes pueden recibir servicios médicos en ambos programas sin afectar las limitaciones del servicio.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a: LEA Contact Info