

Para obtener una solicitud completa con Escuela De Victoria, se deben enviar los siguientes elementos.

- Solicitud de Escuela De Victoria (adjunta)
  - Formulario de reconocimiento de estudiantes y padres
  - Copia del acta de nacimiento del estudiante
  - Fotocopia de la identificación de los padres (licencia de conducir)
- 

**Escuela De Victoria**

Bld. Fremont 281, Benito Juárez, 83554  
Puerto Peñasco, Son., Puerto Peñasco, México

**Información de Estudiante | Escuela De Victoria**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Etnia \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Madre Legal/Guardián Legal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Padre Legal/Guardián Legal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

El estudiante reside con (si no es madre / padre) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Custodia legal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

**Los Contactos de Emergencia si son Diferentes de las Personas Mencionadas anteriormente.**

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizado Para Recoger \_\_\_\_\_

Autorizado Para Recoger \_\_\_\_\_

Psiquiatra \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_

Administrador de Casos \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Está su hijo bajo la atención de un médico (incluido un psiquiátrico) por una inquietud específica? En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes? (Marque con un círculo): Ansiedad, Depresión, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de Oposición Desafiante, ADD / ADHD, Otro: \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Su hijo ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, indique la (s) fecha (s), la (s) ubicación (es) y los motivos de la hospitalización: \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Alguna vez su hijo ha mostrado agresión hacia sí mismo o hacia los demás? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Se utilizan estrategias o incentivos en el hogar que mejor ayuden a su hijo a controlar su comportamiento? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Su hijo duerme adecuadamente por la noche? \_\_\_\_\_

**Si No** ¿Tiene un defensor? Si es así ¿Quién? \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

¿Qué actividades disfruta su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué talentos disfruta su hijo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

**Si No** Trastorno convulsivo o convulsiones frecuentes (epilepsia) Frecuencia: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma: \_\_\_\_\_

Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_ Edad al inicio: \_\_\_\_\_

**Si No** Diabetes Tipo 1 \_\_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_\_ Fecha diagnosed: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma : \_\_\_\_\_

*\* Si se administra en la escuela, el padre / tutor debe proporcionar medicamentos y materiales.*

**Si No** Asma

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma: \_\_\_\_\_

*\* Si se administra en la escuela, el padre / tutor debe proporcionar medicamentos y materiales.*

**Si No** Corazón, sangre o presión arterial alta.

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

**Si No** Infecciones crónicas de oído o garganta

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

**Si No** Dolores de cabeza o migrañas frecuentes

**Si No** Lesiones en la cabeza o accidentes / traumatismos graves de cualquier tipo

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

**Si No** La discapacidad auditiva

Grado de pérdida: \_\_\_\_\_ Utiliza audífonos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Si No** Discapacidad visual

Grado de deterioro: \_\_\_\_\_ Utiliza anteojos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Estoy de acuerdo en informar a Escuela De Victoria de cualquier cambio en las condiciones médicas y / o medicamentos o dosis de mi hijo. Entiendo que los cambios en los medicamentos pueden afectar seriamente el comportamiento de mi hijo en la escuela. Entiendo que esta información se puede compartir con otro personal de la escuela según sea necesario para ayudar a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro para mi hijo.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

**Nombre del Medicamento y Dosis que se Toma en la Escuela**

Nombre del Medicamento	Razón de la medicación	Tiempo para dar en la Escuela

*Este medicamento debe ser proporcionado por un padre o tutor y debe estar en el envase de prescripción original con el nombre del medicamento, la cantidad que debe administrarse, la hora a la que debe administrarse y el nombre del médico.*

**Medicamentos que se Toman en Casa**

Nombre del Medicamento	Razón de la medicación	Tiempo para dar en la Casa

**Si No Alergias**

En caso afirmativo, describa:

Comida \_\_\_\_\_  
 Insectos \_\_\_\_\_  
 Ambiental \_\_\_\_\_  
 Animales \_\_\_\_\_  
 Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Cualquier otro \_\_\_\_\_

**Si No Lápiz EPI**

Doy al personal de Escuela De Victoria la autoridad para usar un EPI-Pen si lo consideran necesario.

\_\_\_\_\_ (Inicial del padre / tutor legal)

**Doy permiso para que Escuela De Victoria se comuniqué con el médico de mi hijo:**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

*Doy permiso a los empleados de Escuela De Victoria para que administren los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela. Estoy de acuerdo en informar a Escuela De Victoria de cualquier cambio en las condiciones médicas y / o medicamentos o dosis de mi hijo. Entiendo que los cambios en los medicamentos pueden afectar seriamente el comportamiento de mi hijo en la escuela. Entiendo que esta información se puede compartir con otro personal de la escuela según sea necesario para ayudar a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro para mi hijo.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre legal / Tutor legal**

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

## Acuerdo para el uso de Tecnología por Parte de los Estudiantes | Escuela De Victoria

---

La Escuela De Victoria se esforzará por hacer cumplir todas las reglas relacionadas con el acceso de los estudiantes a Internet mediante el uso de la tecnología. La escuela también hará todo lo posible para mantener a todos los estudiantes a salvo de información y / o contacto inapropiado mientras usan la tecnología. Cada estudiante es responsable de su propio comportamiento y será responsable. Se requerirá que los padres tomen una decisión sobre si permitir o no que su hijo tenga acceso a Internet. Todas las partes conocen las consecuencias de un comportamiento inapropiado o violaciones de las reglas.

Como padre / tutor de este niño, he leído el Acuerdo de padre / estudiante para el uso de la tecnología de Escuela De Victoria por parte de los estudiantes y la Política de uso apropiado para el acceso de los estudiantes a Internet.

- Reconozco que es imposible que la escuela restrinja el acceso a todo el material objetable, y no haré responsable a Escuela De Victoria por los materiales adquiridos o los contactos realizados en Internet.
- Entiendo que los estudiantes pueden tener acceso a información inapropiada, y si mi hijo tiene acceso a esta información, no haré responsable a Escuela De Victoria por ningún daño que pueda causar.
- Entiendo que cualquier conducta de mi hijo que esté en conflicto con estas responsabilidades es inapropiada, y dicha conducta puede resultar en la terminación de todo acceso a la tecnología de Escuela De Victoria, incluido Internet, así como en una posible acción disciplinaria.
- Le he explicado estas responsabilidades a mi hijo y hablé de las posibles consecuencias de un comportamiento inapropiado.
- Doy permiso a la Escuela De victoria para proporcionar acceso a Internet a mi hijo.

Acepto pagar cualquier costo de reparación del hardware y / o software que mi hijo pueda dañar por mal uso. Les pedimos a los padres que nos ayuden a capacitar a los estudiantes para que nos ayuden a cuidar este costoso equipo. Nuestro deseo es proporcionar los mejores recursos disponibles.

---

**Firma del padre legal / Tutor legal**

---

**Fecha**

---

**Firma del padre legal / Tutor legal**

---

**Fecha**

El personal de Escuela De Victoria se esfuerza por lograr la excelencia al proporcionar programas educativos de la más alta calidad para todos los estudiantes. Hacemos todo lo posible para proporcionar un entorno saludable, positivo y seguro que promueve lo académico, las habilidades para la vida, las habilidades sociales y el comportamiento positivo. Usamos una variedad de técnicas de intervención de comportamiento y prevención de crisis (CPI) para garantizar que el cuidado, el bienestar, la seguridad y la protección de todos los estudiantes, el personal y otras personas en el entorno educativo es una prioridad máxima.

La intervención física sólo se utilizará como último recurso cuando consideremos que un niño se está poniendo a sí mismo o a otros en peligro inmediato. La Escuela De Victoria no utiliza "salas de reclusión" como una forma de intervención. Sin embargo, el personal de Escuela De Victoria puede llevar a un estudiante a caminar para calmarse o proporcionar un área alternativa fuera de la clase para mantener la dignidad y la privacidad del estudiante y para mantener la seguridad de sus compañeros.

El personal de Escuela De Victoria está capacitado en el uso de intervenciones físicas, así como en estrategias de desescalamiento. Las intervenciones físicas pueden ser tan sutiles como una señal física y tan restrictivas como una sujeción terapéutica. El personal de Escuela De Victoria está capacitado en retenciones terapéuticas y es supervisado por un capacitador de intervención de prevención de crisis. El personal está completamente capacitado cada año y se proporciona no menos de dos actualizaciones durante el año escolar.

Cuando se produce una suspensión terapéutica, el miembro principal del personal que respondió documentará el incidente en un formulario de informe terapéutico. Los padres o tutores serán informados ese día a través del registro de comunicación diario, correo electrónico, llamada telefónica o reunión en persona. Los padres pueden solicitar una copia del informe del incidente en cualquier momento. Todos los incidentes se rastrean para que podamos construir un patrón de comportamiento para establecer diferentes técnicas para evitar que el comportamiento ocurra en el futuro, para determinar si un niño puede necesitar apoyo adicional en el aula y para establecer comportamientos de reemplazo que se puedan enseñar.

**Consentimiento para intervenciones de prevención de crisis y / o retenciones terapéuticas**

Entiendo y acepto las condiciones anteriores, y otorgó permiso para que el personal de Escuela De Victoria utilice Intervenciones de prevención de crisis y / o retenciones terapéuticas. Además, me pondré en contacto con Escuela De Victoria si tengo alguna pregunta sobre intervenciones conductuales, intervenciones de prevención de crisis o retenciones terapéuticas. Reconozco que la firma de un padre / tutor legal es suficiente para estos permisos.

---

**Firma del padre legal / Tutor legal**

---

**Fecha**

---

**Firma del padre legal / Tutor legal**

---

**Fecha**