



Center Independent School District

Superintendent, Dr. Brian Morris

Dear Parent/Guardian:

When enrolling your child at Center ISD, the campus will need several documents provided by you to complete the enrollment process.

Please bring the following documents with you to the campus when you go to enroll.

If you have any questions, please feel free to ask.

Documents Needed For Enrollment

- ☐ Center ISD Registration Packet (filled out)
 - ☐ Withdrawal Form From Previous School
 - ☐ Residency Form from Administration
 - ☐ Birth Certificate (Certified Copy)
 - ☐ Student's Social Security Card
 - ☐ Student's Residency Card (outside the country)
 - ☐ Current Immunization Records
 - ☐ Parent/Guardian Picture ID Card or Driver's License
-

Querido Padre/Guardian:

Al inscribir a su hijo(a) en Center ISD, el campus necesitará varios documentos proporcionados por usted para completar el proceso de inscripción.

Por favor traiga los siguientes documentos a la el campus cuando vaya a registrarlos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en consultarnos.

Documentos Neseiarios para La Inscripción

- ☐ Paquete de Registro de Center ISD (completado)
- ☐ Formulario de Retiro de la Escuela Anterior
- ☐ Forma de Residencia de la Administración
- ☐ Acta de Nacimiento (copia certificada)
- ☐ Tarjeta de Seguro Social del Estudiante
- ☐ Tarjeta de Residencia del Estudiante (fuera del país)
- ☐ Registros de Inmunización actuales
- ☐ Identificación con Foto de los Padres o Licencia de Conducir

**CENTER INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**

107 PR 605/P.O. Drawer 1689

Center, Texas 75935

STUDENT ENROLLMENT FORM**SCHOOL YEAR/AÑO ESCOLAR****CAMPUS/CAMPO ESCOLAR****2022-2023****STUDENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PLEASE PRINT/POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE**

GRADE/GRADO	STUDENT NAME/NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	LAST/APELLIDO	FIRST/PRIMER NOMBRE	INITIAL/INICIAL	GENERATION/GENERACIÓN
RESIDENTIAL ADDRESS(911)/DIRECCION RESIDENCIAL		MAILING ADDRESS/DIRECCION DE CORRESPONDENCIA		
HOME PHONE/TELÉFONO	GENDER/GÉNERO	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH/CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	
	☐ MALE/MASCULINO ☐ FEMALE/FEMENINO			
RACE/RAZA	☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Americano africano, no de origen hispano ☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico ☐ Blanco	TRANSPORTATION HOME Bus/Camion # _____ Parent PickUp ☐ Yes ☐ No Recogido Por Padres ☐ Sí ☐ No	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION/INFORMACION DE PADRES O GUARDIANES**PRIMARY CONTACT/NAME/NOMBRE DEL CONTACTO PRIMARIO**

FIRST NAME/PRIMER NOMBRE		LAST NAME/APELLIDO	
RESIDENTIAL (911) ADDRESS/DIRECCIÓN RESIDENCIAL		PLACE OF EMPLOYMENT/ LUGAR DE EMPLEO	WORK PHONE/ TELÉFONO DE TRABAJO
HOME PHONE/ TELÉFONO DE CASA	CELL PHONE/ NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS/DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

SECONDARY CONTACT/NAME/NOMBRE DEL CONTACTO SECUNDARIO

FIRST NAME/PRIMER NOMBRE		LAST NAME/APELLIDO	
RESIDENTIAL (911) ADDRESS/DIRECCIÓN RESIDENCIAL		PLACE OF EMPLOYMENT/ LUGAR DE EMPLEO	WORK PHONE/ TELÉFONO DE TRABAJO
HOME PHONE/TELÉFONO DE CASA	CELL PHONE/NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS/DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

IS STUDENT IN CONSERVATORSHIP OF THE DEPARTMENT OF FAMILY AND PROTECTIVE SERVICES (FOSTER CARE)?
ESTA EL ESTUDIANTE BAJO LA TUTELA DEL MINISTERIO DE FAMILIA Y SERVICIOS DE PROTECCION (HOGAR DE CRIANZA)?

☐ YES/SÍ
☐ NO

SCHOOL/PROGRAM INFORMATION/INFORMACION DE PROGRAMA/ESCUELA

HAS STUDENT PREVIOUSLY ATTENDED
CENTER SCHOOLS/¿HA ASISTIDO EL
ESTUDIANTE A ESCUELAS DE CENTER?

YEAR/AÑO

DATE FIRST ENROLLED
IN U.S. SCHOOLS/CUÁL ES LA FECHA
ORIGINAL DE MATRICULACION EN
LOS E.U.A.?

CITY/CIUDAD

STATE/ESTADO

☐ YES/SÍ ☐ NO

LIST LAST SCHOOL
ATTENDED/NOMBRE LAS
ÚLTIMAS ESCUELAS
ASISTIDAS

ADDRESS/DIRECCIÓN DE
ESCUELA

YEAR/AÑO

CITY/CIUDAD

STATE/ESTADO

ZIP CODE/
CÓDIGO
POSTAL

IS THE STUDENT/ WAS STUDENT ENROLLED IN SPECIAL
PROGRAMS/HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE A PROGRAMAS
ESPECIALIES?

☐ YES/SÍ ☐ NO SPECIAL EDUCATION/LA EDUCACIÓN ESPECIAL
☐ YES/SÍ ☐ NO BILINGUAL- ESL/BILINGÜE - ESL
☐ YES/SÍ ☐ NO GIFTED AND TALENTED/PROGRAMA TALENTOSO
☐ YES/SÍ ☐ NO 504 PROGRAM/PROGRAMA DE 504
☐ YES/SÍ ☐ NO OTHER/OTRO _____

IS THE STUDENT A DEPENDENT OF A: 1) ACTIVE DUTY MILITARY OR, 2) ACTIVATED/MOBILIZED TEXAS NATIONAL GUARD OR
RESERVE; MEMBER WHO IS CURRENTLY ON ACTIVE DUTY OR WHO WERE INJURED OR KILLED WHILE SERVING O ACTIVE
DUTY?

☐ YES/SÍ
☐ NO

ES EL ESTUDIANTE DE UN: 1) MILITAR EN SERVICIO ACTIVO, O, 2) ACTIVADO / MOVILIZADO GUARDIA NACIONAL DE TEJAS O
LA RESERVA; QUIEN SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO O QUE FUERON HERIDOS O MATADOS MIENTRAS ESTABA EN
SERVICIO ACTIVO?

NAMES OF OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOUSEHOLD/NOMBRES DE OTROS ESTUDIANTES QUE VIVAN EN LA CASA

Name/Nombre

Age/Edad

Grade/Grado

School Attending/Escuela

PRINT PERSON NAME ENROLLING STUDENT/NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL ESTUDIANTE EN LETRA DE MOLDE

PERSON ENROLLING STUDENTS SIGNATURE/FIRMA DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL ESTUDIANTE

DATE/FECHA

RELATIONSHIP TO STUDENT/RELACION AL ESTUDIANTE

☐ Father/Padre

☐ Mother/Madre

☐ Other/Otro _____

EMERGENCY AND CONTACT LIST

2022-2023

The following persons have the authority for school contact and emergency purposes. These contacts are also used to release this student to exit the campus.

STUDENT NAME _____ **D.O.B** _____

1) FULL NAME _____ **Relationship** _____

Address _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

Home Phone _____ **Work Phone** _____

Cell Phone _____ **Other Phone** _____

2) FULL NAME _____ **Relationship** _____

Address _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

Home Phone _____ **Work Phone** _____

Cell Phone _____ **Other Phone** _____

3) FULL NAME _____ **Relationship** _____

Address _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

Home Phone _____ **Work Phone** _____

Cell Phone _____ **Other Phone** _____

Signature _____ **Relationship** _____

LISTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

2022-2023

La escuela tiene la autoridad de comunicarse con las siguientes personas en casos de comunicación escolar y en casos de emergencias. Estas personas también pueden recoger al estudiante de la escuela.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

1) NOMBRE COMPLETO _____ Relación _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono del Trabajo _____

Celular Teléfono _____ Otro Teléfono _____

2) NOMBRE COMPLETO _____ Relación _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono del Trabajo _____

Celular Teléfono _____ Otro Teléfono _____

3) NOMBRE COMPLETO _____ Relación _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono del Trabajo _____

Celular Teléfono _____ Otro Teléfono _____

Firma _____ Relación _____

Student Name

School/Campus

NOTICE TO PARENTS

Acknowledgment of Electronic Distribution of Student Handbook 2022-2023 School year

The Center ISD Student Handbook and Student Code of Conduct book are available on the district web site (www.centerisd.org). Paper copies are available upon request at your child's school office.

My child and I:

- ☐ have access to a copy of the Center ISD Handbook and the Student Code of Conduct for 2021-2022 online; or
- ☐ do not have access to the internet and request a paper copy of the Center ISD Handbook and Student Code of Conduct for 2022-2023.

DIRECTORY INFORMATION

Certain information about District students is considered directory information and will be released to anyone who follows the procedures for requesting the information unless the parent or guardian objects to the release of the directory information about the student. Center ISD has designated the following information as directory information: 1) student's name 2) address, 3) telephone number, 4) date and place of birth 5) grade level, 6) student recognition activities.

If you do not want Center ISD to disclose directory information from your child's education records, you must notify the District in writing within ten school days of my child's first day of instruction for this school.

Yes	No	Internet Use/Publishing to the World Wide Web – Student Pictures
		My child has permission to have filtered internet access
		Allow publishing of my child's photo on the school website and local newspapers
		Allow publishing of my child's school work, honor roll and attendance listings on the school website or newspaper.
		Allow publishing of my child's photo in the yearbook and campus newspaper

Parent Name (print)

Parent Signature

Date

Nombre del Estudiante

Campus/Campos Escolar

Aviso a los Padres de Familia

Reconocimiento de la Distribución Electrónica del Manual de Estudiante Año Escolar 2022-2023

El Manual de Estudiante y el Código de Conducta del Estudiante del distrito independiente escolar de Center están disponibles en la página de internet del distrito (www.centerisd.org). También puede pedir una copia en la oficina de la escuela de su hijo(a).

Mi hijo(a) y Yo:

- ☐ tenemos acceso a una copia del manual de estudiante de Center ISD y el código de conducta del estudiante del 2022-2023 por internet; o
- ☐ no tenemos acceso a la Internet y pedimos una copia del manual de estudiante de Center ISD y del código de conducta del estudiante del 2022-2023

INFORMACION DE DIRECTORIO

Cierta información de los estudiantes del Distrito es considerada información de directorio y puede ser compartida con cualquier persona que siga el procedimiento para pedir la información excepto si los padres o guardianes se oponen a la compartición de información del estudiante. El distrito independiente escolar de Center ha designado la siguiente información como información de directorio: 1) el nombre del estudiante 2) su dirección 3) número de teléfono 4) fecha y lugar de nacimiento 5) grado escolar, 6) actividades de reconocimiento del estudiante.

Si usted no quiere que Center ISD comparta la información de directorio proporcionada en los records educativos de su hijo(a), usted debe de avisarle por escrito al Distrito no más de 10 días después del primer día de instrucción del estudiante en esta escuela.

Si	No	Uso de la internet / Publicaciones en la Red Mundial – Fotos de los Estudiantes
		Mi hijo(a) tiene permiso de usar la Internet que ha sido filtrado
		Permito la publicación de la foto de mi hijo(a) en la red escolar y en los periódicos locales
		Permito la publicación del trabajo de mi hijo(a) y que lo nombren en las listas de honor y asistencia en la red escolar y el periódico
		Permito la publicación de la foto de mi hijo (a) en el anuario y el periódico del campus

Nombre del Padre

Firma

Fecha

Center Independent School District

Student Residency Questionnaire

This form helps determine the services the student may be able to receive under the McKinney-Vento Act (42 U.S.C.11435). Answers to this residency form are private and will be shared with District staff only to the extent necessary to provide services. Because this information is not maintained in your child's permanent school record, it must be collected each school year. Please answer fully and honestly to assist school staff in appropriately enrolling your child.

Student Name _____ DOB _____ ☐ M ☐ F
School _____ Grade _____ Student ID # _____

Is your current address a temporary living arrangement? ☐ Yes ☐ No

Is your temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship? ☐ Yes ☐ No

If you answered "YES" to the above questions, please complete the section below, sign and return this form.

If you answered "NO", please skip to section below, sign and return this form.

The student lives:

- ☐ In a shelter ☐ In a motel/hotel ☐ In a car or RV ☐ At a campsite ☐ In transitional housing
☐ Temporarily with another family in a house, mobile home or apartment (how long _____)
☐ At another location

The student sleeps in the above because of a natural disaster:

- ☐ Flood ☐ Tornado ☐ Wildfire ☐ Hurricane Name of Hurricane _____
☐ Other (please describe) _____
☐ Date the natural disaster took place _____
☐ Where the natural disaster took place (including the name of the County) _____

The student lives with:

- ☐ One or both parents ☐ A legal guardian ☐ Friend(s)
☐ An adult who is not the student's legal guardian ☐ Alone with no adults

I am:

- ☐ The parent of the above named student ☐ The legal guardian of the above named student
☐ An adult who is not a legal guardian to the above named student ☐ A student living separate and apart

Parent/Guardian Names: _____

Telephone _____ Cell/Other _____ Email _____

Address of Temporary Residency _____

Mailing Address (if different from current residence) _____

Last School Attended when Permanently Housed _____ School Year _____

Most Recent School Attended _____ School Year _____

Student's Ethnicity ☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino

Student's Race ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black/African-American

☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ White

Presenting a false record or falsifying records is a criminal offense punishable by up to 10 years and \$5,000. Texas Penal Code §37.10. A person who enrolls a child under false documents may be liable for the cost of tuition or other costs, which may exceed \$5,000. Texas Education Code §25.002(3)(d).

I have read and understand the information provide above. I understand that if any of the responses given on this form are found to be false, I will be subject to criminal, civil and administrative penalties. I declare under penalty of perjury under the laws of this state that the information provided here is true and correct and of my own personal knowledge.

Parent Signature _____ Print Name _____ Date _____

For District Use Only

A copy of this form is to be sent to Jennifer Guillory, Special Programs Director, if any question is answered YES. A copy of this form is to be included in the student's cumulative folder.

I certify that the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Signature of McKinney-Vento Liaison _____ Print Name _____ Date _____

Distrito Escolar Independiente del Center

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Este formulario ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede recibir bajo la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Las respuestas de esta forma de residencia son privadas y serán compartidas con el personal del Distrito sólo en la medida necesaria para proporcionar servicios. Debido a que esta información no se mantiene en el expediente escolar permanente de su hijo(a), debe ser recolectada cada año escolar. Por favor, responda completamente y honestamente para ayudar al personal de la escuela a matricular adecuadamente a su hijo(a).

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ ☐ M ☐ F
Escuela _____ Grado _____ Numero de ID del Estudiante _____

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? ☐ Sí ☐ No

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa o dificultades económicas? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a las preguntas anterior, complete la sección siguiente, firme y de vuelta este formulario.

Si respondió "NO", vaya a la sección siguiente, firme y devuelva este formulario.

El Estudiante vive:

- ☐ En un albergue ☐ En un motel/hotel ☐ En un carro o RV ☐ En una tienda de campaña ☐ In transitional housing
☐ Temporalmente viviendo con otra familia en una casa, trailla o apartamento (por cuanto tiempo _____)
☐ En algún otro lugar

El Estudiante vive aquí a causa de un desastre natural:

- ☐ Flood ☐ Tornado ☐ Inciendio ☐ Huracán Nombre del Huracán _____
☐ Otro (por favor describa) _____
☐ Fecha cuando ocurrió el desastre: _____
☐ Donde ocurrió el desastre, (incluyendo el nombre del condado) _____

El Estudiante vive con:

- ☐ Uno o los dos padres ☐ Un tutor legal ☐ Amigo(a)
☐ Un Adulto (a) que no es el tutor legal del estudiante ☐ Con otros Adultos

Yo soy:

- ☐ El padre del estudiante mencionado arriba ☐ El tutor del estudiante mencionado arriba
☐ El adulto que no es el tutor legal del estudiante mencionado arriba ☐ Estudiante que vive separado y aparte

Nombres de Padres o Tutor _____

Numero de Teléfono _____ Celular/Otro _____ Correo Electrónico _____

Direction Temporada _____

Dirección Postal (si es diferente de la residencial) _____

La ultima escuela que asistió _____ Ano Escolar _____

Escuela más recenté que atendido _____ Ano Escolar _____

Etnicidad del Estudiante ☐ Hispano/Latino ☐ Not Hispano/Latino

Raza del Estudiante ☐ Indo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Africano-Americano

☐ Nativo de Hawái/Otros Islas del Pacifico ☐ Blanco

Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito penal punible con hasta 10 años y \$ 5,000. Código Penal de Texas §37.10. Una persona que inscribe a un niño(a) bajo documentos falsos puede ser responsable por el costo de la matrícula u otros costos, que puede exceder \$ 5,000. Código de Educación de Texas §25.002 (3) (d).

He leído y entiendo la información proporcionada arriba. Entiendo que si alguna de las respuestas dadas en este formulario son falsas, estare sujeto a penalidades criminales, civiles y administrativas. Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de este estado que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal.

Firma del Padre/Tutor _____ Imprimir Nombre _____ Fecha _____

Sólo para uso del distrito

Una copia de este formulario debe ser enviada a Jennifer Guillory, Directora de Programas Especiales, si alguna pregunta es contestada Sí. Una copia de este formulario debe ser incluida en la carpeta acumulativa del estudiante.

Certifico que el estudiante arriba mencionado califica para el Programa de Nutrición Infantil bajo las provisiones de la Ley McKinney-Vento.

Firma del Enlace McKinney-Vento _____ Imprimir Nombre _____ Fecha _____



Center Independent School District FAMILY SURVEY 2022-2023

Dear Parents,

Your child may be eligible for educational services through the Migrant Education Program. For more information, call: (936) 598-7291.

1. Have you moved within the last 3 years? ☐ Yes ☐ No
2. If yes, have you moved in order to do temporary or seasonal work? ☐ Yes ☐ No

Type of work (check all that apply)

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ chickens | ☐ moves to work in the summer | ☐ dairy | ☐ eggs |
| ☐ plant nurseries | ☐ picking fruits or vegetables | ☐ farming | ☐ fencing |
| ☐ ranching | ☐ meat processing | ☐ canneries | ☐ lumber |

If you answered "yes" to both questions above, CISD Director of Special Programs may contact you to find out whether your child is eligible for additional educational services. Please provide the following information:

Name of Child _____

Date of Birth _____ Grade _____

Parent/Guardian Name _____

Telephone Number _____ Best time to contact you _____



Distrito Independiente Escolar de Center ENCUESTA FAMILIAR 2022-2023

Queridos Padres,

Su hijo (a) puede ser elegible para recibir servicios escolares proporcionados por el Programa Educacional Migrante. Para más información, llame al (936) 598-7291.

1. Usted se ha movido en los últimos 3 años? ☐ Sí ☐ No
2. Si es sí, usted se ha movido de hacer trabajo temporal o estacional? ☐ Sí ☐ No

Tipo de trabajo (marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| ☐ pollos | ☐ movidas para trabajar en el verano | ☐ trabajo lácteo | ☐ huevos |
| ☐ viveros de plantas | ☐ cosecha de frutas o verduras | ☐ agricultura | ☐ cercas |
| ☐ rancho | ☐ procesamiento de carne | ☐ conservas | ☐ maderas |

Nombre del niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Nombre del padre o tutor _____

Número de teléfono _____ Mejor tiempo para contactar _____

Center Independent School District

HOME LANGUAGE SURVEY-19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(Home Language Survey ONLY administered during initial enrollment in Texas public schools)

To be completed by parent or guardian for students enrolling in pre-kindergarten* through grade 8 (or by student in grades 9-12): The State of Texas requires that the following information be completed for each student who enrolls in a Texas public school for the first time. It is the responsibility of the parent or guardian, not the school, to provide the language information requested by the answers below.

* Pre-kindergarten includes any student enrolling in a 3 - or 4 - year old school program.

Dear Parent or Guardian:

To determine if your child meets eligibility for identification as an English learner and would benefit from bilingual education or English as a second language (ESL) program services, please answer the two questions below.

If either of your responses indicates the normal use of a language other than English, then the school district must conduct an assessment to determine how well your child communicates in English. This assessment information will be used to determine if bilingual education or ESL program services are appropriate and to inform instructional recommendations. If you have questions about the purpose and use of the Home Language Survey, or you would like assistance in completing the form, please contact your school/district personnel.

For more information on the process that must be followed, please visit the following document:
<https://www.txel.org/media/p22bsjuc/english-learner-identification-reclassification-flowchart.pdf>

This survey shall be kept in each student's permanent record folder.

Name of Student: _____ Student ID#: _____

Address: _____

Telephone #: _____ Campus: _____

NOTE: PLEASE INDICATE ONLY ONE LANGUAGE PER RESPONSE.

1. What language is used in the child's home **most of the time**? _____
2. What language does your child use **most of the time**? _____

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Student if Grades 9-12

Date

Note: If you believe you made an error when completing this Home Language Survey, you may request a correction, only if: 1) your child has not yet been assessed for English proficiency, and 2) corrections are made within two calendar weeks of your child's enrollment date.

Center Independent School District

Encuesta sobre el idioma usado en el hogar 19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(La encuesta sobre el idioma usado en el hogar administrado SOLAMENTE durante la matriculación inicial en escuelas públicas en Texas)

Debe de completarse por el padre o tutor para estudiantes que se inscriba desde pre-kinder* hasta el octavo grado: (O por el estudiante inscrito en grados del 9-12): El estado de Texas requiere que la siguiente información sea completada para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

* Pre-kinder incluye cualquier estudiante matriculado en programas para niños de 3 o 4 años de edad

Querido padre o tutor:

Para determinar si su hij(a) cumple los requisitos para la identificación como aprendiz de inglés y se beneficiaría de los servicios de educación bilingüe o del programa de los servicios de educación bilingüe o del programa de inglés como segundo idioma (ESL), responda las dos preguntas a continuación.

Si alguna de sus respuestas indica el uso normal de un idioma que no sea el inglés, entonces el distrito escolar debe realizar una evaluación para determinar qué tan bien se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información de evaluación se utilizará para determinar si la educación bilingüe o los servicios del programa de ESL son apropiados y para informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso de la Encuesta sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito.

Para obtener más información sobre el proceso que debe seguir, por favor visite el siguiente documento:
<https://www.txel.org/media/p22bsjuc/english-learner-identification-reclassification-flowchart.pdf>

Esta encuesta se deberá archivar en el expediente permanente del estudiante.

Nombre del Estudiante: _____ ID#: _____

Dirección: _____

Telefono #: _____ Escuela: _____

NOTA: INDIQUE SOLO UN IDIOMA POR RESPUESTA.

1. Que idioma se usa en el hogar del niño(a) **la mayor parte del tiempo?**

2. Que idioma usa el niño(a) **la mayor parte del tiempo?**

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del estudiante si está en los grados 9-12

Fecha

NOTA: Si cree que cometió un error al completar esta encuesta sobre el idioma usado en el hogar, puede solicitar una corrección, solo si: 1) su hijo/(a) aún no han sido evaluado para el dominio del inglés; y 2) su solicitud de corrección se realiza dentro de las dos semanas calendario posterior a la fecha de inscripción de su hijo(a).

TB Questionnaire
(Students New to the District)

Name of Child _____ Date of Birth _____

Organization administering questionnaire _____ Date _____

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child.

Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats.

A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't Know
TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or has your child had any of these symptoms or problems? or has your child been around anyone sick with TB?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks? If so, specify which country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes ☐ (if yes, specify date ____/____/____) No ☐
 Has your child ever had a positive TB skin test? Yes ☐ (if yes, specify date ____/____/____) No ☐

FOR SCHOOL/HEALTHCARE PROVIDER USE ONLY

PPD administered: Yes ☐ No ☐

If yes, Date administered ____/____/____ Date read ____/____/____ Result of PPD test _____ mm response

Type of service provider (i.e. school, Health Steps, other clinics) _____

PPD provider _____ signature _____ printed name _____

Provider phone number _____

City _____ County _____

If positive, referral to healthcare provider Yes ____ No ____

If yes, name of provider _____

Cuestionario de Tuberculosis
(Estudiante Nuevo en El Distrito)

Nombre del niño o niña _____ Fecha de nacimiento _____

Organización _____ Fecha _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países. _____			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculina recientemente? Sí ☐ (si sí, especifique la fecha ____/____) No ☐

¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí ☐ (si sí, especifique la fecha ____/____) No ☐

SOLAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA O DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS

¿Se administró PPD? Sí ☐ No ☐

Si sí, Fecha en que fue administrada ____ / ____ / ____ Fecha de lectura ____ / ____ / ____ Resultado de la prueba ____ mm

Tipo de proveedor de servicio (ej.: escuela, Health Steps, otras clínicas) _____

Administrador de PPD _____
 firma nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del administrador de PPD _____

Ciudad _____ Condado _____

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí ☐ No ☐

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica, etc.) _____

Texas Education Agency

Texas Public School Student/Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866).*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- ☐ Hispanic/Latino - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- ☐ Not Hispanic/Latino

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- ☐ American Indian or Alaska Native - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- ☐ Asian - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- ☐ Black or African American - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- ☐ White - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Student/Staff Name (please print)

Parent/Guardian/Staff Signature

Student/Staff Identification Number

Date

This space is reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in the student's permanent folder.

Ethnicity – Choose Only One:

- ☐ Hispanic/Latino
- ☐ Not Hispanic/Latino

Race – Choose One or More:

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ White

Observer Signature

Campus and Date

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estado Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estado Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la personal Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ Hispano/Latino – Una persona de origen Cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- ☐ No Hispano/Latino

Parte 2. Raza: ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo American Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- ☐ Asiático – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ Negro o África – Americano – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- ☐ Nativo de Hawái u otras islas del pacifico – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- ☐ Blanco – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)/(Miembro de personal)

Numero de Identificación del Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space is reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in the student's permanent folder.

Ethnicity – Choose Only One:

- ☐ Hispanic/Latino
- ☐ Not Hispanic/Latino

Race – Choose One or More:

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ White

Observer Signature

Campus and Date



Center Independent School District Health Services
Student Health Information and Over The Counter Medication Consent

School Year
2022-2023

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Grade/Teacher: _____

Please indicate if your child has any of the following conditions – it is your responsibility to inform the school. If your child **REQUIRES OR MAY REQUIRE** treatment while at school, please contact the nurse's office and complete a Health Plan for your child as soon as possible.

☐ Asthma

☐ Allergy at risk for anaphylaxis: Allergy to: _____

☐ Seizures

☐ Diabetes: Type 1 _____

☐ Diabetes: Type 2 _____

☐ Other condition requiring treatment at school: _____

Any other health conditions you would like the Campus Nurse/staff to be aware of: _____

Allergies (non-life threatening) _____

Please list all medication(s) your child takes at home: _____

If your child will need to take prescription medication at school, you must contact the Campus Nurse to complete the paperwork

Please list the medication(s) your child will need to take at school: _____

Over the counter medication consent ** PLEASE COMPLETE******

Please **INITIAL ONE** of the following:

☐ **YES**, I give permission for the school nurse or trained personnel to administer first aid medications, over the counter medications **LISTED ON THE BACK OF THIS FORM** and emergency medications to my child with discretion as ordered by the District's Medical Director.

☐ **NO**, I do not give permission to the school nurse or trained personnel to administer **ANY** first aid medications, over the counter medications **without contacting me first**.

☐ I give permission for the school nurse or trained personnel to apply topical first aid medications, over the counter medications, emergency medications to my child with discretion as ordered by the District's Medical Director **EXCEPT FOR THE FOLLOWING MEDICATIONS** (please list): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

CISD Medication Guidelines Regarding Medication To Be Taken At School or School Related Events

In order to comply with the Texas Education Agency's recommendations and Local School Board Policy, the procedures below will be followed for administration of medication to a student.

- **All medication to be given to a student on a routine or as-needed basis must be kept in the Nurse's Office* and brought to the school in its ORIGINAL, LABELED container.** Center ISD is unable to store any medication over the summer, and will dispose of all medication left after the last day of school. ***EMERGENCY medications for asthma, anaphylaxis, and diabetes may be carried by the student on his/her person with parent, physician AND nurse authorization.**
- **Prescription medication** must be labeled with the pharmacy prescription label including the student's name, date, dosage, expiration date, directions for use, and prescribing physician. No more than one month's supply of medication shall be brought in at one time. All prescription medication to be given for a time period GREATER THAN 10 DAYS WILL REQUIRE A PHYSICIAN'S SIGNATURE.
- **Non-prescription (over-the-counter/OTC) medication** must be in the original container with an expiration date noted. OTC medications may be left in the clinic during the entire school year with a signed authorization form. However, OTC medications will be given according to the label on the package unless otherwise directed by a physician. OTC medications will not be given more than five (5) consecutive days without a physician's signature.

PLEASE READ CAREFULLY

CISD CANNOT GIVE ANY MEDICATION WITHOUT PARENTAL CONSENT. You have the option on the front of this document to select whether or not you wish for the school nurse or trained personnel to administer the medications for **MINOR** injuries or ailments as listed below without contacting you first. In the event of an emergency, injury, or an acute illness, CISD designees will always use their judgement and contact you if needed. ***For any medication not listed on this form that your student may need to take at school or school related events, written parent/physician authorization MUST be on file. This includes inhalers and any other "as needed" or emergency medication.**

CISD Standing Orders for First Aid, Over-the-Counter Medications and Emergency Medications

1. **Vaseline:** Applied to chapped lips
2. **Antiseptic Wound Cleanser:** To cleanse a wound
3. **Triple Antibiotic Ointment (i.e. Neosporin):** applied topically to skin for wounds with potential for infection
4. **Hydrocortisone Cream:** Applied to areas of skin inflammation
5. **Anti-Itch Cream (i.e., Benadryl):** to areas of skin for itching, rashes, mild allergic skin reactions
6. **Hydrogen Peroxide:** to clean infected or purulent or infected wounds, not fresh cuts
7. **Alcohol:** applied to cleanse skin as needed
8. **Ice Pack:** applied to sprained ankle or wrist, bumps and/or insect stings to ease discomfort
9. **Caladryl/Calamine Lotion:** applied to skin for itching or rashes (i.e., insect stings, poison oak)
10. **Aloe Vera Gel:** applied to skin for itching or discomfort associated with rashes, burns
11. **Sting Kill:** applied to skin for insect bites or stings
12. **Orajel:** for tooth or gum aching
13. **Burn Cream/Spray/Gel:** applied to minor burns
14. **Sterile Isotonic Eye Solution:** to flush eye for eye irritations
15. **Artificial Tears Eye Drops:** for temporary relief of itching, dry eyes
16. **Cough Drops:** used as needed for cough/sore throat
17. **Chloraseptic Throat Spray:** sprayed into the throat as needed for cough/sore throat
18. **Acetaminophen (Tylenol):** administered for headache, minor pain and/or temperature of 100° F and above
19. **Ibuprofen (i.e., Advil, Motrin):** administered for headache, minor pain and/or temperature of 100° F and above
20. **TUMS:** for stomach ache (if student has no fever and is not ill appearing)
21. **Pepto Bismol:** for stomach ache (if student has no fever and is not ill appearing)
22. **Benadryl:** to be given for mild allergic reactions – MAY CAUSE DROWSINESS
23. **Claritin or Zyrtec:** to be given for signs of allergic Rhinitis or "Hay fever" (runny nose, itchy watery eyes, sneezing "stuffy" nose)
24. **Midol:** for relief of menstrual cramps
25. **Oral Glucose Gel:** to be given for students with symptomatic low blood sugar on an emergency basis
26. **Oxygen:** may be administered to a student for a life threatening breathing condition or respiratory distress on an emergency basis
27. **Albuterol:** may be administered to a student who appears to be in respiratory distress or showing signs of an acute asthma attack on an emergency basis.
28. **Epinephrine:** may be administered to a student for a life threatening allergic reaction on an emergency basis.

Fever Guidelines: As a directive, parents/guardians will be notified to pick up students with a temperature of 100° F or above. Students must be fever free (below 100° F) for 24 hours WITHOUT medication in order to return to school.



Center Independent School District Health Services
Información de Salud del Estudiante y Consentimiento para Medicamentos

School Year
2022-2023

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

Si su hijo tiene alguno de las siguientes condiciones, es su responsabilidad de informarle a la escuela. Si su hijo **REQUIERE O PUEDE REQUERIR** tratamiento mientras está en la escuela, comuníquese con la enfermería y complete un Plan de salud para su hijo lo antes posible.

☐ Problemas respiratorios/asma

☐ P Alergia en riesgo de anafilaxia: alergia a: _____

☐ Convulsiones/epilepsia

☐ Diabetes: Tipo I _____

☐ Diabetes: Tipo II _____

☐ Otra condición que requiere tratamiento en la escuela _____

Proporcione detalles adicionales sobre las condiciones de salud que tiene su hijo(a) que pueden requerir servicios de enfermería durante el día escolar _____

Alergias (que no ponen en peligro la vida): _____

Anote todos los medicamentos que su hijo(a) toma en casa: _____

***Si su hijo necesitará tomar medicamentos recetados en la escuela, debe comunicarse con la enfermera del campus para completar el papeleo, ***

Por favor escriba los medicamento (s) que su hijo tendrá que tomar en la escuela: _____

Consentimiento para medicamentos sin receta ** POR FAVOR COMPLETE ******

Por favor inicial **UNO** de los siguientes

Por favor inicial **UNO** de los siguientes:

SI, doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para administrar medicamentos auxilios, medicamentos de venta libre **ANUNCIADO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO**, y los medicamentos de emergencia a mi hijo(a) con discreción según lo ordene el Director Médico del distrito.

NO, no doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para administrar **CUALQUIER** medicamentos de primeros auxilios, de venta libre o de emergencia **sin contactarme primero**.

Doy permiso a la enfermera de la escuela o al personal capacitado para aplicar medicamentos tópicos de primeros auxilios, medicamentos de venta sin receta y medicamentos de emergencia a mi hijo(a) con discreción según lo ordene el Director Médico del distrito, **EXCEPTO LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS** (por favor indique): _____

Firma Del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

GUIA DE MEDICAMENTOS DE CISD CON RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMARAN EN LA ESCUELA O EVENTOS RELACIONADOS CON LA ESCUELA

Para cumplir con las recomendaciones de la Agencia de Educación de Texas y la Política de la Junta Escolar Local, se seguirán los siguientes procedimientos para la administración de medicamentos a un estudiante.

- **Todos los medicamentos** que se administren a un estudiante de forma rutinaria o según sea necesario se deben guardar en la oficina de la enfermera* y se deben llevar a escuela en su envase **ORIGINAL, ETIQUETADO**. Center ISD no puede almacenar ningún medicamento durante el verano y desechara todos los medicamentos que queden después del último día de clases. Los medicamentos deben ser administrados por el personal de Center ISD SOLAMENTE si es imposible que los medicamentos se administren en el hogar en un horario que no se el horario escolar. El estudiante puede llevar medicamentos de ***EMERGENCIA** para el asma, la anafilaxis y la diabetes en su persona con la autorización de los padres, el médico Y la enfermera.
- **Prescripción médica** debe estar etiquetado con la etiqueta de la receta de la farmacia, incluido el nombre del estudiante, la fecha, la dosis, la fecha de vencimiento, las instrucciones de uso y el médico que la receto. No se podrá traer más de un mes de medicamentos al mismo tiempo. Todos los medicamentos recetados se administraron por un periodo de tiempo MAYOR DE 10 DAIAS REQUERIRAN LA FIRMA DE UN MEDICO.
- **El medicamento sin receta (de venta libre /OTC)** debe estar en el envase original con la fecha de vencimiento indicado. Los medicamentos de venta libre se pueden dejar con la enfermera durante todo el año escolar con un formulario de autorización firmado. Sin embargo, los medicamentos de venta libre se administran de acuerdo con la etiqueta del paquete, a menos que un médico indique lo contrario. Los medicamentos de venta libre no se administran durante más de 5 días consecutivos sin la firma de un médico.

PORFAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

CISD NO PUEDE DAR NINGUN MEDICAMENTO SIN CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES. En este documento tiene la opción de seleccionar si desea o no que la enfermera de la escuela o el personal capacitado administren los medicamentos para las lesiones o dolencias Menores que se enumeran a continuación sin comunicarse primero don usted. En caso de una emergencia, una lesión o una enfermedad aguda, las personas designadas por CISD siempre usaran su criterio y se comunicaran con usted si es necesario. Para cualquier medicamento que no esté incluido en este formulario y que su estudiante debe tomar en la escuela o eventos relacionados con la escuela, autorización por escrito del padre/médico DEBE estar en el archivo. **Esto incluye los inhaladores y cualquier otro medicamento "según sea necesario" o de emergencia.**

Ordenes permanentes de CISD para medicamentos de primeros auxilios, de venta libre y medicamentos de emergencia

1. **Vaselina:** aplicada a los labios agrietados.
2. **Limpiador antiséptico de heridas:** para limpiar heridas
3. **Ungüento antibiótico triple (i.e. Neosporin):** se aplica tocante en la piel para las heridas con posibilidad de infección.
4. **Crema de hidrocortisona:** aplicada en áreas de inflamación de la piel.
5. **Crema anti-picazón (i.e. Benadryl):** en áreas de la piel para la picazón, erupciones cutáneas6. , reacciones alérgicas leves de la piel.
6. **Peróxido de hidrogeno:** para limpiar heridas infectadas o purulentas o no heridas frescos.
7. **Alcohol:** aplicado para limpiar la piel según sea necesario.
8. **Bolsa de hielo:** se aplica en el tobillo o muñeca torcida, golpes y /o picaduras de insectos para aliviar la molestia.
9. **Caladryl/loción de calamina:** aplica a la piel para el piquetes o erupciones (i. e. Picaduras de insectos, el roble venenoso)
10. **Gel de aloe vera:** aplicado en la piel para la picazón o las molestias asociadas con erupciones, quemaduras.
11. **Sting Kill:** aplicado a la piel para picaduras de insectos o picaduras
12. **Orajel:** para dolor de dientes o encías
13. **Crema/aerosol/gel para quemaduras:** aplicado a quemaduras menores.
14. **Solución isotónica estéril para los ojos:** para enjuagar los ojos para irritaciones oculares.
15. **Lágrimas artificiales para los ojos:** para el alivio temporal de los ojos secos y con picazón.
16. **Para la tos:** se usan según sea necesario para la tos/dolor de garganta.
17. **Aerosol clora séptico para la garganta:** se rocía en la garganta según sea necesario para la tos/ dolor de garganta.
18. **Acetaminofén (Tylenol):** se administra para el dolor de cabeza, dolor leve y /o temperatura de 100 o más.
19. **Ibuprofeno (i.e. Advil, Motrin):** se administra para el dolor de cabeza, dolor leve y lo temperatura de 100 o más.
20. **Tums:** para el dolor de estómago (si el estudiante no tiene fiebre y no aparece mal)
21. **Pepto Bismol:** para el dolor de estómago (si el estudiante no tiene fiebre y no tiene mal apariencia)
22. **Benadryl:** debe administrarse para las reacciones alérgicas leves, PUEDE CAUSAR MAREOS
23. **Claritin o Zyrtec:** deben administrar para síntomas de rinitis alérgica o fiebre del heno(secreción nasal, ojos llorosos que pican, estornudos, nariz tapada)
24. **Midol:** para el alivio de los cólicos menstruales
25. **Gel de glucosa oral :** se administra a los estudiantes con un nivel bajo de azúcar en la sangre sintomático en caso de emergencia
26. **Oxigeno:** se puede administras a un estudiante para una afección respiratoria o dificultad respiratoria potencialmente mortal en caso de emergencia
27. **Albuterol:** se puede administrar a un estudiante para una infección respiratoria o dificultad respiratoria potencialmente mortal en caso de una emergencia.
28. **Epinephrine:** se puede administrar epinefrina a un estudiante para reacción alérgica potencialmente mortal o en caso de una emergencia.

Guías para la Fiebre: Como directiva, se notificara a los padres/tutores para recoger a los estudiantes con una temperatura de 100° F o arriba. Los estudiantes deben tener (menos de 100° F) durante 24 horas sin fiebre para poder regresar a la escuela.



Center Independent School District Health Services
Authorization to Secure Emergency Medical Treatment of a Student

School Year
2022-2023

Student's Name (print): _____

Date of Birth: _____ Grade: _____

Name of Parent or Guardian: _____

Address: _____

Work Phone Number: _____

Home Phone Number: _____

Mobile Phone Number: _____

LOCAL PERSON TO CONTACT IF PARENT OR GUARDIAN CANNOT BE REACHED

Name: _____

Phone Number: _____

Relationship to student: _____

STUDENT'S PHYSICIAN OR OTHER PREFERRED HEALTHCARE PROVIDER

Name: _____ Phone Number: _____

STUDENT'S DENTIST

Name: _____ Phone Number: _____

Medications or drugs to which the student has had an allergic or adverse reaction: _____

I hereby authorize the Superintendent of Center Independent School District or a designated representative to secure any and all emergency medical care and treatment for _____ (student's name) for acute illness suffered, injury sustained, or other situation requiring emergency medical treatment while at school or participating in school-related activities. I prefer that emergency treatment be secured at _____ (name of preferred medical facility).

The District may use another licensed hospital, clinic, or medical facility, if necessary, with the following exceptions: _____

I understand that the cost of services provided by ambulance, private physician, clinic, hospital, or dentist remains the responsibility of the parent or guardian and will not be assumed by the District or any of its officers or employees.

Check One:

☐ I do have medical insurance coverage on my child with _____

☐ I do not have medical insurance coverage on my child.

Parent's or Guardian's Signature

Date

**Center Independent School District Health Services***Autorización para asegurar el tratamiento médico de emergencia de un estudiante*School Year**2022-2023**

Nombre del estudiante (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono del trabajo: _____

Numero de teléfono de casa: _____

Numero de teléfono móvil: _____

PERSONA DE CONTACTO LOCAL SI EL PADRE O TUTOR NO PUEDE PER CONTACTADO

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____

Relación con el estudiante: _____

EL MEDICO DEL ESTUDIANTE U OTRO PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA PREFERIDO

Nombre: _____ Teléfono: _____

DENTISTA DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Teléfono: _____

Medicamentos o medicamentos a los cuales el estudiante ha tenido una reacción alérgica o adversa:

Por la presente autorizo al Superintendente del Distrito Escolar Independiente del Center o un representante designado para asegurar cualquier y toda la atención médica de emergencia y el tratamiento para _____ (nombre del estudiante) por enfermedad aguda sufrida, lesión u otra situación que requiera tratamiento médico de emergencia mientras este en la escuela o participando en actividades relacionadas con la escuela. Prefiero que el tratamiento de emergencia se obtenga en _____ (nombre del centro médico preferido).

El Distrito puede usar otro hospital, clínica o centro médico con licencia, si es necesario, con las siguientes excepciones:

Entiendo que el costo de los servicios prestados por ambulancia, médico privado, clínica, hospital o dentista sigue siendo responsabilidad del padre o tutor y no será asumido por el Distrito ni por ninguno de sus funcionarios o empleados.

Marque Uno:

☐ Tengo cobertura de seguro médico para mi hijo(a) con _____☐ No tengo cobertura de seguro médico para mi hijo(a).

Firma del padre o tutor

Fecha

**Las copias de esta autorización pueden presentarse a la oficina de admisiones de un hospital o clínica o a un médico o dentista. Otra distribución ocurrirá solo dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia.



Center Independent School District Health Services

Pre-Screening Information Letter to Parents

Dear Parent/Guardian:

Texas law requires that Hearing, Vision and Spinal screenings be conducted on students several times throughout their academic career.

Why is screening important?

Hearing: the ability to communicate effectively impacts the well-being of a child, in terms of education, physical and social development. Early identification and intervention is critical in supporting speech/language development and full participation in the learning process. Even mild hearing losses may be educationally and medical significant.

Vision: vision problems are common amongst school-aged children and adolescents. If vision problems are not detected and treated early, they can lead to permanent vision loss and learning difficulties. When a child has an undiagnosed vision problem, it is much harder for them to succeed in school, sports, social situations and basic life skills.

Texas Department of State Health Services (DSHS) requires vision and hearing screening the following students:

- Children 4 years old or older enrolled in any facility for the first time
- Children enrolled in Pre-K and Kindergarten (children who turn 4 after September 1 are exempt until the following September)
- Children enrolled in 1st, 3rd, 5th and 7th grades

Spinal: this screening detects possible orthopedic problems, such as scoliosis. Scoliosis is a curvature of the spine. Early detection and treatment may result in avoidance of surgical correction **DSHS** requires girls age 10 and 12 to be screened and boys ages 13 or 14 be screened. CISD will send home notification prior to the spinal screenings.

How will the results be shared?

If your child passes the screening, you will not be notified by the school nurse. If you wish to know your child's results, you are welcome to contact the school nurse. If your child does not pass the screening, the school nurse will contact you and give you a copy of your child's results as well as a referral to a healthcare provider for further evaluation.

Please note that school screenings provides only a snapshot of how your child performs on the day of the screening(s) are administered and is not a substitute for a complete exam.

You have the right to opt out of the school screening program because of religious beliefs. To qualify for the exemption, the student or minor student's parent or guardian must submit on or before the day of the screening, an affidavit stating the objections to the screenings.

Parents and guardians may opt out of the school spinal screening by submitting a report of a spinal screening done by a licensed healthcare provider in the State of Texas.

According to the Texas Administrative Code Chapter 37 Subchapter C Rule 37.25: except for children enrolled in pre-kindergarten, kindergarten or first grade, a facility shall exempt any child from vision and/or hearing screening as required by paragraphs (1)–(3) of this subsection if the child's parent, managing conservator, or legal guardian, or the individual under the scenarios described at Texas Family Code §32.003, submits a record to the facility showing that a professional examination was properly conducted during the grade year in question or during the previous year. The record must be submitted to the facility during the grade year in which the screening would otherwise be required.

Please contact me with any questions about the school screening programs.

Lindsay Montario, RN
CISD RN Coordinator
CHS School Nurse
Phone Number: (936) 598-6173 ext 2212
Fax Number: (936) 598-1527
lindsay.montario@centerisd.org



Distrito Escolar Independiente de Center Servicios de Salud

Carta de información previa a la evaluación para padres

Estimado Padre/Tutor:

La ley exige que las evaluaciones de audición, visión y final se realicen en los estudiantes varias veces a lo largo de su carrera académica.

¿Por qué es importante la detección?

Audición: la capacidad de comunicarse efectivamente afecta el bienestar de un niño(a), en términos de educación, desarrollo físico y social. La identificación e intervención temprana es fundamental para apoyar el desarrollo del habla/lenguaje y la participación plena en el proceso de aprendizaje. Incluso las pérdidas auditivas leves pueden ser educativas y medicamente significativas.

Visión: los problemas de visión son comunes entre los niños en edad escolar y los adolescentes. Si los problemas de la vista no se detectan y tratan a tiempo, pueden llevar a la pérdida permanente de la visión y dificultades de aprendizaje. Cuando un niño(a) tiene un problema de visión no diagnosticado, es mucho más difícil para el tener éxito en la escuela, los deportes, las situaciones sociales y las habilidades básicas de la vida.

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas requiere exámenes de visión y audición a los siguientes estudiantes:

- Niños de 4 años o más se inscribieron en cualquier instalación por primera vez
- Niños inscritos en Pre-K y Kindergarten (los niños(as) que cumplan 4 años después del 1 de Septiembre están exentos hasta el siguiente Septiembre)
- Niños inscritos en 1º, 3º, 5º y 7º grados

Espinal: esta prueba detecta posibles problemas ortopédicos, como la escoliosis. La escoliosis es una curvatura de la columna vertebral. La detección y el tratamiento tempranos pueden evitar la corrección quirúrgica. **El DSHS de Texas** requiere que las niñas de 10 y 12 años sean examinadas, y los niños de 13 o 14 años sean examinados. CISD enviara una notificación a casa antes de los exámenes de la columna vertebral.

Como se compartirán los resultados?

Si su hijo(a) pasa la prueba, la enfermera de la escuela no lo notificará. Si desea conocer los resultados de la prueba de detección de su hijo(a), puede ponerse en contacto con la enfermera de la escuela. Si su hijo(a) no pasa la prueba de detección, la enfermera de la escuela se comunicará con usted y le entregará una copia de los resultados de su hijo(a), así como una referencia a un proveedor de atención médica para una evaluación adicional.

Tenga en cuenta que la evaluación de la escuela solo proporciona una instantánea de cómo se desempeña su hijo(a) el día en que es administrada la evaluación y no es un sustituto de un examen completo.

Usted tiene el derecho de optar por no participar en el programa de evaluación de la escuela debido a creencias religiosas. Para calificar para la exención, el padre o tutor del estudiante o estudiante menor de edad debe presentar una declaración jurada en o antes del día de la presentación de una declaración jurada que indique las objeciones a las evaluaciones.

Los padres y tutores pueden optar por no someterse a la evaluación de la columna vertebral de la escuela mediante la presentación de un informe de evaluación de la columna vertebral realizado por un proveedor de atención médica con licencia en el estado de Texas.

De acuerdo con el Código Administrativo de Texas Chapter 37 Sub capítulo C Regulación 37.25: Excepto para los niños inscritos en pre kínder, Kinder o primer grado, las instalaciones eximirán a todos los niños de exámenes de la vista y/o audición según lo exigen los párrafos (1) –(3) de esta subsección si el padre del niño(a), el administrador administrativo, el tutor legal o la persona en los escenarios descritos en el Código de familia de Texas §32.003, envían un registro a la instalación que demuestre que se realizó un examen profesional durante el año escolar en cuestión o durante el año anterior. El registro debe enviarse a la instalación durante el año de calificación en el que requeriría la evaluación.

Por favor, póngase en contacto conmigo con cualquier pregunta que tenga acerca de los programas de detección de la escuela.

Lindsay Montario, RN
Coordinador de CISD RN
CHS enfermera de la escuela
Phone Number: (936) 598-6173 ext 2212
Fax Number: (936) 598-1527
lindsay.montario@centerisd.org

CENTER INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

2022-2023 Standard (Multi-Child) Application for Free and Reduced-Price School Meals

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn:

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

Step 1: Definition of Household Member: *anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related.* Children in Foster care: children who meet the definition of Homeless, Migrant, or Runaway or who participate in Head Start are eligible for free meals. Please read the directions for more information.

A. List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.

List each child's name.

Optional: Student ID Number

First Name	MI	Last Name	Yes	No	Grade	Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway
1.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

B. Participation in a Categorical Program

- If every child listed in Step 1 is a participant any one of the following programs—Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway, skip Step 2 and complete Step 3.
- SNAP, TANF, or FDPIR: Do any Household Members (including you) currently participate in SNAP, TANF, and/or FDPIR? If No, complete Steps 2 and 3. If Yes to SNAP/TANF > Write the Eligibility Determination Group (EDG) number in this space _____, skip Step 2, and complete Step 3. If Yes to FDPIR, check this box ☐ skip Step 2, and complete Step 3.

Step 2: Please read the directions for more information for the following questions.

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member: XXX-XX-____ Check if no SSN ☐

B. Income for Adult Household Members (Include yourself, but not children. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total income (without deductions) for each source in whole dollars only. Indicate the frequency of income: W=Weekly, E=Every 2 Weeks, T=Twice per Month, M=Monthly, A=Annually. If they do not receive income from any source, write '0.' If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Pensions/Retirement/Social Security/Supplemental Security Income

Adult's First/Last Name

(Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2C.)

Public Assistance/ Child Support/ Alimony

(Enter Amount) (Enter Amount) (Enter Amount)

Frequency

(Circle One)

Frequency

(Circle One)

All Other

(Enter Amount)

Frequency

(Circle One)

1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Income for Children in the Household (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.

	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

D. Total Household Members (Count all children & adults living in the household) _____

Step 3: Please read the directions for more information on signing this form.

Provide Contact Information and Adult Signature. Return this application to insert mailing address, fax number, email, and/or return to your child's school.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Street Address/Apt #

City

State

Zip

Daytime Phone and Email (Optional)

Printed Name of Adult Household Member Signing the Form

Signature of Adult Household Member Signing the Form

Today's Date

May 13, 2022

Step 1: Additional Names

A. List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12. If more spaces are needed, use the Additional Household Member Sheet on the back.

List each child's name.

First Name	MI	Last Name	Student Attends School in District?		Grade	Optional: Student ID Number	Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway
			Yes	No							
5.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
6.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
7.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
8.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
9.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐

Step 2: Additional Names

B. Income for Adult Household Members (Include Yourself, But Not Children)

Adult's First/Last Name (Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2D.)	Work Earnings (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Public Assistance/ Child Support/ Alimony (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Pensions/Retirement/ Social Security/Supplemental Security Income (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	All Other (Enter Amount)	Frequency (Circle One)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Income for Children in the Household (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household.)

Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.

	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.

Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12		Date Received:
Household Size: _____ Total Income: _____ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Annually ☐	Categorical Determination: ☐	
Reviewing/Determining Official's Signature/Date	Eligibility: Free ☐ Reduced ☐ Denied ☐	
Confirming Official's Signature/Date		