

Escuelas Públicas de Río Rancho
Programa de Después y Antes de la Escuela S.A.F.E.

Estimados Padres y Tutores:

El distrito de las escuelas de Río Rancho es afortunado en poder ofrecer a su niño(s) el Programa de Estudiantes que Logran Excelencia (S.A.F.E.) el Programa de Antes y Después de la Escuela durante el año escolar 2009-2010. Actualmente el programa se ofrece en todas las diez escuelas primarias. El programa enfatizará en la ayuda para el aprendizaje del estudiante, varias actividades, ayuda a las familias y la participación en general de la comunidad.

Este programa es parte del Departamento de Servicios al Estudiante de las Escuelas Públicas de Río Rancho. Tonna Burgos, Directora Ejecutiva del Departamento de Servicios al Estudiante supervisará el programa. La Superintendente Dra. Sue Cleveland y el Superintendente Asociado Carl Leppelman han expresado un fuerte apoyo para programas adicionales que puedan acrecentar el desarrollo en general de todos los niños en nuestro distrito escolar en el plan de estudios y áreas sociales.

Por medio de los esfuerzos de nuestro Programa de Antes y Después de la Escuela, S.A.F.E., continuaremos prestando atención a las áreas académicas y sociales, así como a la seguridad de nuestros niños de edad escolar antes y después de la escuela. Continuaremos proporcionando ideas innovadoras que le asistan a usted y a sus niños con oportunidades de acrecentar el desarrollo en general y el éxito académico.

Por favor comuníquese con el personal administrativo del programa S.A.F.E. acerca de sus preocupaciones e ideas futuras con respecto a nuestros programas. Gracias y nuestros mejores deseos para un gran año escolar 2009-2010.

Respetuosamente,

Rey Cordova
Administrador del Programa
Programa para Antes y Después de la Escuela, S.A.F.E.
Escuelas Públicas de Río Rancho
(505) 896-0667 Extensión 209

ESCUELAS PÚBLICAS DE RIO RANCHO
FORMULARIO DE MATRÍCULA PARA EL PROGRAMA S.A.F.E.
2009-2010

(Favor de Imprimir)

Los estudiantes se están matriculando para: Antes/ Después de la Escuela Antes de la Escuela Solamente
 Solamente Después de la Escuela Solamente los Miércoles

Nombre de la escuela: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (1er NIÑO)

Apellido Nombre

Domicilio Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Varón ___ Mujer ___ Grado ___ Maestro _____

¿Tiene este niño algún tipo de condición médica, física, o mental? ___Sí ___No

¿Este niño tiene que tomar medicamento con receta? ___Sí ___No

Si contesto afirmativamente a dos de estas preguntas, usted **DEBE** llenar el Formulario de Información Médica, el Formulario de Autorización para Administrar Medicamentos (Para Medicamentos que no son para el Asma) y/o el Formulario de Medicamentos para el Asma.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (2do NIÑO)

Apellido Nombre

Domicilio Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Varón ___ Mujer ___ Grado ___ Maestro _____

¿Tiene este niño algún tipo de condición médica, física, o mental? ___Sí ___No

¿Este niño tiene que tomar medicamento con receta? ___Sí ___No

Si contesto afirmativamente a dos de estas preguntas, usted **DEBE** llenar el Formulario de Información Médica, el Formulario de Autorización para Administrar Medicamentos (Para Medicamentos que no son para el Asma) y/o el Formulario de Medicamentos para el Asma.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (3er NIÑO)

Apellido Nombre

Domicilio Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Varón ___ Mujer ___ Grado ___ Maestro _____

¿Tiene este niño algún tipo de condición médica, física, o mental? ___Sí ___No

¿Este niño tiene que tomar medicamento con receta? ___Sí ___No

Si contesto afirmativamente a dos de estas preguntas, usted **DEBE** llenar el Formulario de Información Médica, el Formulario de Autorización para Administrar Medicamentos (Para Medicamentos que no son para el Asma) y/o el Formulario de Medicamentos para el Asma.

(CONTINÚA AL REVERSO)

Escuelas Públicas de Río Rancho

Información para los Padres acerca del Programa S.A.F.E.

Todos los formularios de matrícula y formularios de autorización para dar información **DEBEN** llenarse antes de que se le permita al niño atender el Programa S.A.F.E. de Antes y Después de la Escuela.

Es responsabilidad del padre/tutor de poner al corriente cualquier cambio concerniente a la información de su niño (s) (Ej. Cambios de domicilio/teléfono, información médica, información de contacto en caso de emergencia, etc.) Por favor comuníquese con el supervisor del programa S.A.F.E. en cada escuela para que a través del año ponga al corriente la información relacionada con su niño.

El personal debe saludar a todos los padres/tutores y a los niños que atiendan los Programas de Antes y Después de la Escuela. Hasta que el personal del Programa S.A.F.E. se familiarize con los padres/tutores, se les puede pedir que proporcione identificación cuando recoja a su niño (s).

Para la seguridad de cada niño, así como para la protección del personal del Programa S.A.F.E., se requiere a los padre/tutores seguir los procedimientos mencionados. En cada escuela que tenga el Programa S.A.F.E. se colocará una hoja de asistencia cerca de la puerta u otro lugar accesible para la conveniencia del padre/tutor.

IMPORTANTE

Debido a la significativa cantidad de estudiantes en nuestra lista de espera para matricularse, si su niño (os) no atiende el Programa S.A.F.E. por un período continuo de cuatro semanas (sin previa notificación por escrito al Supervisor del Sitio), su niño (s) perderá su lugar para permitir a otro estudiante inscribirse en nuestro programa S.A.F.E.

PROCEDIMIENTO PARA FIRMAR AL ENTRAR:

SU NIÑO (S) NO PUEDE FIRMAR AL ENTRAR AL PROGRAMA SIN UN PADRE/TUTOR QUE LO (S) ACOMPAÑE. Los Padres/Tutores deben firmar por cada niño(s) que entre al Programa S.A.F.E. usando la hoja de asistencia proporcionada en cada escuela que tenga el Programa S.A.F.E. Si existen circunstancias extenuantes acerca de este procedimiento, los padres/tutores deben comunicarse con el Supervisor del Sitio o con el Administrador del Programa S.A.F.E. para tomar medidas alternativas. Si un padre repetidamente no firma por su niño (s) al entrar al programa, se le llamará al administrador del Programa S.A.F.E.

Para el Programa de Después de la Escuela, el personal de la escuela y el personal de S.A.F.E. tienen la responsabilidad de asegurarse de que su niño (s) llegue al área del programa y firme cada día. El personal de S.A.F.E. se comunicará con el personal de la escuela para asegurarse que los padres llamen y den aviso de faltas al programa.

PROCEDIMIENTO PARA FIRMAR AL SALIR:

SU NIÑO (S) NO PUEDE FIRMAR AL SALIR DEL PROGRAMA S.A.F.E. SIN UN PADRE/TUTOR QUE LO ACOMPAÑE. Los Padres/Tutores deben firmar por cada niño (s) que salga del Programa de S.A.F.E. usando la hoja de asistencia proporcionada en cada escuela del Programa S.A.F.E. Si existen circunstancias extenuantes acerca de este procedimiento, los padres/tutores deben comunicarse con el Supervisor del Sitio o con el Administrador del Programa S.A.F.E. para cambiar de planes. Si un padre repetidamente no firma por su niño (s) al salir del programa, se le llamará al administrador del Programa S.A.F.E.

NO SE DEJARÁ SALIR A SU NIÑO(S) CON NINGUNA PERSONA QUE NO ESTE AUTORIZADA EN EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN. La única circunstancia bajo la cual se dejará salir a su niño con una persona que no esta autorizada es si el padre/tutor proporciona autorización por escrito. Si el Supervisor del Sitio ha tenido contacto por teléfono con alguien que este autorizado y el padre/tutor lo ha verificado verbalmente, entonces el Administrador del Programa S.A.F.E. puede tomar la decisión de dejar salir al estudiante.

(CONTINÚA AL REVERSO)

Si algún miembro del personal del Programa S.A.F.E. no reconoce a alguien que venga a recoger a su niño(s), el Supervisor del Sitio revisará la forma de inscripción del niño (s) y pedirá identificación a la persona que intenta recoger a su niño. Si la Identificación iguala el nombre de una persona autorizada para recoger a su niño(s), se le dejará salir al niño con esa persona. Si no están en la lista de autorización para recoger al niño (os), no se le dejará salir al niño con esa persona.

En el caso de que un oficial que hace cumplir la ley o un empleado del Departamento de Servicios Humanos pida acceso a su niño (s), el Supervisor del Sitio debe pedirle ver su foto de identificación y placa oficial. En todos los casos, el Supervisor del Sitio debe llamar al Administrador del Programa S.A.F.E. y notificarle de la llegada de esta persona y de todo lo que esta pasando. Si hay cualquier duda sobre la autenticidad de los documentos de identificación, el Supervisor del Sitio debe buscar la asistencia inmediata del Administrador del Programa S.A.F.E. y/u oficiales que hacen cumplir la ley.

El Supervisor del Sitio deberá tomar nota de quien **NO** esta autorizado para recoger a su niño (s) y hablar acerca de las circunstancias con el padre/tutor. Los posibles problemas que pueden presentarse por los acuerdos de custodia necesitarán ser tomados en cuenta y discutidos con el Administrador del Programa S.A.F.E.

Se les cobrará por niño a los padres/tutores una cuota de \$10.00 por cada quince minutos que lleguen tarde a recoger a su niño (s), empezando a las 6:00 p.m.

REEMBOLSOS

Si usted retira a su niño del programa S.A.F.E. es posible que se haga una revisión de las condiciones del retiro para un posible reembolso. Dar un reembolso se determinará de acuerdo a cada caso. El proceso de los reembolsos llevará de cuatro a seis semanas.

SOSPECHA DE ABUSO INFANTIL:

De acuerdo con la ley del estado de Nuevo Mexico, cualquier persona que de información acerca de un presunto incidente se presume que actúa de buena fe y es inmune de cualquier responsabilidad criminal o civil.

Cualquier empleado del Programa S.A.F.E. o empleado de la oficina que sepa o sospeche que abuso físico, emocional sexual, psicológico o negligencia le ha sido causado a un niño, debe reportar tal información inmediatamente al Supervisor del Sitio o al Administrador del Programa S.A.F.E.

NORMA PARA CLIMA INCLEMENTE:

El Programa de Antes y Después de la Escuela seguirá todos los retardos y cierres de escuelas en nuestro distrito asignados por mandato de las Escuelas Públicas de Río Rancho. En el caso de haber un retardo en el horario de las escuelas debido a clima inclemente, la porción del Programa Antes de la Escuela **NO** operará, pero operará normalmente durante la porción del Programa Después de la Escuela. En caso de que la escuela cierre temprano debido a clima inclemente, la escuela notificará a los padres que recojan a sus niños y el Programa de S.A.F.E. no operará cuando la escuela cancele. Esta norma es un mandato para que la seguridad de nuestro personal no sea puesta en peligro debido a las condiciones peligrosas para conducir. En caso de que la escuela cancele, **NINGUNO** de los dos programas Antes y Después de la escuela operará.

**Escuelas Públicas de Río Rancho
Programa de Después y Antes de la Escuela S.A.F.E.
Formulario de Información Médica**

Año Escolar 2009-2010

Nombre Del Estudiante: _____ **Fecha De Nacimiento:** ____/____/____ **Grado:** _____

Por favor indique si el estudiante ha tenido o está actualmente bajo tratamiento para cualquier de las siguientes enfermedades (proporcione el año o la edad en que ocurrió el problema):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (indique todo lo que se aplica)
<input type="checkbox"/> Estacionales <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Picadura de Abeja
<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Oído/Audición
<input type="checkbox"/> Salud Mental
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Problema del Corazón
(tipo) _____

<input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo) _____
<input type="checkbox"/> Hospitalizado por una enfermedad grave, cirugía
o por accidentes

<input type="checkbox"/> A mi conocimiento mi niño no tiene ningún problema de salud | <input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Debilidad a Parálisis Muscular
<input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre
<input type="checkbox"/> Presión Alta
<input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas
<input type="checkbox"/> Abuso de Substancia
<input type="checkbox"/> Reacción a medicamentos o
inyecciones
<input type="checkbox"/> Necesita terapia antibiótica antes del
tratamiento dental ¿por qué? _____

<input type="checkbox"/> Medicamentos a largo plazo
favor de nombrarlos _____
<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud no
mencionados |
|---|---|

Información acerca del contacto de emergencia de otra persona que no sea el padre o tutor:

Nombre	Relación	1er Teléfono	2do Teléfono

Información del seguro

Seguro del Estudiante (primario) _____ Nombre del Suscriptor _____ # de Identificación _____

En caso de una emergencia que involucre a mi niño Y NO SE PUEDAN COMUNICAR CONMIGO, doy por este medio consentimiento para transportar a mi niño a que se le proporcione asistencia medica al proveedor de asistencia medica/hospital siguiente, y autorizo a estos proveedores y hospital de dar el cuidado médico y de salud que sea razonable y acostumbrado y que se juzgue necesario:

Médico/Enfermero Titulado/ o Asistente de Médico _____ # de Teléfono _____

Dentista _____ # de Teléfono _____ Hospital _____ # de Teléfono _____

Si por alguna razón, NI YO NI LOS PROVEEDORES DE ASISTENCIA MÉDICA ARRIBA MENCIONADOS O EI HOSPITAL PODEMOS SER CONTACTADOS, autorizo transporte apropiado y asistencia médica de mi niño A CUALQUIER proveedor apropiado de asistencia médica, hospital o facilidad médica. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos de que otro médico/dentista también este de acuerdo en que es necesaria.

Nada en esta sección será interpretado para imponer responsabilidad a un oficial de la escuela o empleado de la escuela quién, en buena fe, procure cumplir con la sección. Entiendo que seré financieramente responsable de todos los gastos del cuidado de emergencia.

Autorizo al personal de las escuelas S.A.F.E. a comunicarse con los proveedores médicos de mi niño arriba mencionado en relación con el cuidado médico de mi niño. Entiendo que la información en esta forma será compartida con el personal apropiado solamente según sea necesario.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Nombre del Estudiante _____	Fecha _____
Grado _____	Fecha de Nacimiento _____

Escuelas Públicas De Rio Rancho

Programa Después de la Escuela S.A.F.E.

Forma de Medicamento para el Asma

Un formulario por medicamento

Lo siguiente debe ser llenado por un Proveedor de Cuidado Médico

Diagnóstico del Estudiante (Por favor trace un circulo alrededor de uno de los siguientes)

Código ICD-9 _____

Asma Intermitente Suave Asma Persistente Suave Asma Persistente Moderada Asma Persistente Severa
 Otro _____

Alergias _____

Provocadores del Asma del Estudiante _____

Medicamento _____ Dosis _____ Vía _____ Hora _____

Instrucciones Especiales _____

¿Usted desea que este medicamento sea tomado antes de actividad física? SI NO

¿Puede el estudiante cargar su propio MDI? SI NO

¿El estudiante utiliza un proyectador de flujo máximo? SI NO ¿Cuál es su mejor medida personal? _____

*****Empleados de RRPS aconsejan el uso de los espaciadores para todos los inhaladores de dosis de proyección medida*****

Complete por favor las tres zonas del plan de acción dadas abajo.

Zona Verde

Esta bien: Ninguna tos o silbido en el pecho, duerme durante la noche sin síntomas, puede ir a la escuela y jugar. Flujo Máximo es 80-100% de su mejor medida personal _____.

Medicamento diario como de costumbre (véase órdenes dadas arriba)

Zona Amarilla

Cualquier de los síntomas siguientes: primera muestra de un resfrío, tos, silbido en el pecho suave, pecho apretado, tos, silbido en el pecho por la noche o problemas al respirar. Flujo Máximo 50-80% de su mejor medida personal _____

Tome la siguientes medidas

Avisar al padre si no hay mejoría.

Zona Roja

El asma es peor: Cuando el medicamento no esta surtiendo efecto, la respiración es fuerte y rápida, la nariz se ensancha para respirar, se ven las costillas durante la inspiración. El estudiante está teniendo dificultad en hablar. Flujo Máximo es menos de 50% de mejor medida personal o _____

Tome la siguiente medida

Avisar al Padre

Avisar al Médico

Si no hay mejoría llame al 911.

Firma del médico _____ Teléfono _____

Nombre impreso del médico _____ Fecha _____

Declaración del Padre/Tutor

- Yo/Nosotros el padre(s) tutor(es) abajo firmantes de _____ creo/creemos que el/ella esta capacitado para cargar y administrarse su propia dosis medida del inhalador en el tiempo apropiado y de la manera apropiada. Yo/Nosotros doy/damos permiso para que el/ella lo haga.
- Yo/Nosotros el padre(s) tutor(es) abajo firmantes de _____, solicito (amos) que un empleado de la escuela ayude al estudiante con la autoadministración del medicamento indicado según las instrucciones del médico. Yo/Nosotros estamos de acuerdo en proporcionar el medicamento recetado necesario en un envase correctamente etiquetado, proporcionar el medicamento de reemplazo según sea necesario, y Yo/Nosotros estamos de acuerdo en notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si el médico o el medicamento recetado se cambia.
- Para los estudiantes que tienen una discapacidad que los prevenga de la autoadministración:** Yo/Nosotros, los abajo firmantes padre(s)/tutor(es) de _____, pido/pedimos que un empleado de la escuela S.A.F.E. administre al estudiante el medicamento indicado arriba, de acuerdo a las instrucciones médicas. Yo/nosotros estamos de acuerdo en proporcionar el medicamento necesario y estamos de acuerdo en notificar inmediatamente a los empleados de la escuela si el médico o el medicamento recetado se cambian.

Firma del Padre/Tutor _____

Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____

Fecha _____

Celular _____

