

Escuela Intermedia Davidsen

Centro para las Artes
10501 Montague St | Tampa, FL 33626
(813) 558-5300

¡Bienvenido a Davidsen Middle School!

Requisitos de inscripción si su estudiante proviene de cualquier escuela privada o cualquier escuela fuera del condado de Hillsborough:

- Completar Formulario*
- Formulario de residencia estudiantil*
- Encuesta sobre el idioma del hogar*
- Cuestionario de Necesidades Especiales Académicas*
- Verificación de la dirección del padre/tutor legal mediante **dos** formas de lo siguiente:

SOLO se aceptará lo siguiente.

- Contrato de arrendamiento
- Factura eléctrica actual / Verificación del servicio
- Exención de vivienda familiar
- Original / Copia certificada del certificado de nacimiento o pasaporte
- Tarjeta de Seguro Social STUDENT
- IEP/504/ FBA/EP/ si procede
- Identificación con foto del padre / tutor
- Boleta de calificaciones o transcripción de la última escuela
- ESTADO DE FLORIDA Examen físico (CVS Minute Clínica, Atención de urgencia)
- ESTADO DE FLORIDA Registros de vacunación que muestran prueba de vacunas adecuadas

○ **O exención** médica / religiosa del Departamento de Salud de **Florida**

Todos los registros de vacunación de los estudiantes deben estar completos.

6to grado: DTP (5), Polio (4), HIB (4), MMR (2), Varicela (2), HEP B (3)

7º / 8º grado: DTP (5), Polio (4), HIB (4), MMR (2), Varicela (2), HEP B (3), TDap Booster (1)

* Incluido en el paquete de registro

Todos los estudiantes de 6º grado:

Se requiere pensamiento crítico o lectura intensiva.

Tome el volante durante el primer semestre.

La inscripción durante el 2º semestre requerirá una selección optativa.

- Explorando español, AVID, banda, coro, orquesta, computadoras

Matriculación de estudiantes de 7º y 8º grado:

Debe proporcionar prueba de vacunación TDap

Se deben hacer selecciones electivas

Todos los estudiantes de Davidsen:

Los uniformes de PE y los candados de PE se comprarán en MyPaymentsPlus

Toda la documentación de registro debe ser recibida para que la inscripción de su estudiante esté completa.

El registro tomará aproximadamente 48 horas desde que se reciben todos los documentos.

PLEASE PRINT FIRMLY

AUTHORIZATION FOR STUDENT RELEASE AND EMERGENCY INFORMATION CARD

PLEASE PRINT FIRMLY

THIS BLOCK FOR SCHOOL USE ONLY

SCHOOL YEAR	SCHOOL NAME	DISTRICT STUDENT NUMBER	ENTRY CODE
TEACHER OR HOMEROOM		GRADE	ENTRY DATE
EMERGENCY INFORMATION: This card must be completed by the parent or legal guardian. NAME OF STUDENT (LAST) _____ (JR, 2D, 3D, 4T) _____ (FIRST) _____ (MIDDLE) _____ DATE OF BIRTH MM DD YY _____			CHILD OF MILITARY FAMILY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Military Family Includes: 1) members on active duty or 2) members for 1 year following: medical discharge due to injury retirement death due to active duty injury
MAILING ADDRESS – (STREET NUMBER & NAME, CITY, ZIP CODE) _____ RESIDENTIAL ADDRESS – (IF DIFFERENT FROM MAILING ADDRESS) (STREET NO. & NAME, CITY, ZIP) (IF RURAL LOCATION, PLACE DIRECTIONS ON REVERSE) _____			
PARENT/LEGAL GUARDIAN (LAST, FIRST, INITIAL)		PARENT/LEGAL GUARDIAN (LAST, FIRST, INITIAL)	
EMPLOYER NAME		EMPLOYER NAME	
BUSINESS PHONE/EXTENSION	MOBILE NUMBER	BUSINESS PHONE/EXTENSION	MOBILE NUMBER
EMAIL		EMAIL	
RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P – PARENT O – OTHER G – LEGAL GUARDIAN S – SURROGATE A – GUARDIAN AD LITEM N – NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED	RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P – PARENT O – OTHER G – LEGAL GUARDIAN S – SURROGATE A – GUARDIAN AD LITEM N – NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED		
PERSON(S) TO CONTACT IF PARENT CANNOT BE REACHED NAME (STUDENT MAY BE RELEASED TO THIS PERSON)	DAYTIME PHONE	PERSON(S) TO CONTACT IF PARENT CANNOT BE REACHED NAME (STUDENT MAY BE RELEASED TO THIS PERSON)	DAYTIME PHONE
HOSPITAL PREFERENCE	PHYSICIAN NAME & PHONE NUMBER	DENTIST NAME & PHONE NUMBER	
CURRENT HEALTH PROBLEMS ASTHMA _____ DIABETES _____ SEIZURES _____ HEART CONDITION _____ ALLERGIES _____ OTHER _____	EXPLANATION OF HEALTH PROBLEM(S) AND/OR MEDICATION(S) STUDENT IS TAKING		
In the case of accident, serious illness, or emergency, the school may contact Emergency Management Services (EMS), 911. If EMS must transport your child, payment of fees will be assumed by the parent/legal guardian. The school will make every effort to contact the parent/legal guardian. If the school is unable to contact the parent/legal guardian, every effort will be made to notify other persons listed on the emergency card.			
I have reviewed and understand the conditions of this document and I understand that if I desire to have my child released to persons other than those listed above, I must provide a list of those persons in writing, with addresses and telephone numbers, to the principal of the school.			
<input checked="" type="checkbox"/> Signature of Parent/Legal Guardian _____			Date _____

REGISTRATION INFORMATION

Student's Social Security Number _____ - _____ - _____

Birthplace _____ City _____ State _____ Country _____

First-time Hillsborough County Student
 Yes No Did the student relocate/move to Hillsborough County from ANOTHER county, state or country within the past year?
 If yes, City _____ State _____ County _____ Country _____

(Last School attended by the Student) _____ Public _____ Private _____ Home Education (Include the dates attended and complete address information below)
 School Name _____ Dates Attended _____
 Street Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

If the student ever attended a Hillsborough County Public School, name of school _____

Home Language Survey
 Yes No Is a language other than English used in the home?
 Yes No Did the student have a first language other than English?
 Yes No Does the student most frequently speak a language other than English?
 Primary language spoken in the home by the Parent/Legal Guardian _____ Student's Native Language _____

State/Federal Mandated Information
 Yes No Is either head of household a law enforcement officer, firefighter, or judge/justice?
 Yes No Is either parent in the military, employed as a federal civilian, or residing in a housing project?
 Yes No Did your family ever travel to look for work on a farm or do paid farm labor?
 Yes No Is the student a single parent with either custody or joint custody of a minor child?
 Yes No Has the student ever been expelled, arrested resulting in a charge, or had juvenile justice actions?
 Yes No Has the student ever had any referrals to mental health services?
 Date student first entered a United States school: Month (MM) _____ / Day (DD) _____ / Year (YYYY) _____
 If foreign born, how many years has the student attended a school in the United States? _____
 Yes No Is the student of Hispanic or Latino ethnicity?
 Check all applicable races _____ American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ Black/African American
 _____ Native Hawaiian or other Pacific Islander _____ White

***** Notice *****

HCPS collects Social Security Numbers for the purposes of creating a unique numerical identification within the HCPS system and for required reporting to the Department of Education. Enrollment will not be denied to a student because the student or student's parent/legal guardian does not provide a Social Security Number.

Students with Individual Educational Plans (IEPs) have protections under Part B of the IDEA, and are entitled to a free appropriate public education. As parent/legal guardian, I give permission for the school district to release, exchange, review, and utilize my child's personally identifiable information to assist in the provision of school health services, and for this information to be disclosed to the Agency for Health Care Administration to facilitate verification of Medicaid eligibility; and/or, as applicable, to seek reimbursement from Medicaid for services provided at school. I understand that my child will continue to receive all services per his/her IEP, at no charge, whether or not I give consent. I understand that I may withdraw my consent at any time, and that my state/private benefits are not affected.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____



Formulario A

Formulario de Domicilio del Estudiante

Complete este formulario (A) si el padre/madre/tutor puede presentar verificación de domicilio con dos (2) documentos.

- Si la familia ha experimentado pérdida de vivienda, complete el Formulario B.
- Si la familia está conviviendo con otra persona o familia y no tiene ningún documento para presentar verificación de domicilio, complete el Formulario C.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número estudiantil:	Grado:
Nombre de la escuela:			
Número / Calle / Ciudad / Estado / Código postal del estudiante:			

Por favor marque uno de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	Residencia propia	<input type="checkbox"/>	Residencia alquilada
<input type="checkbox"/>	Ubicado en un hogar con licencia de adopción (<i>Update D Screen/SIS</i>)		

En la lista siguiente, por favor marque los dos (2) documentos de verificación de residencia que ha presentado a la escuela:

<input type="checkbox"/>	Licencia de conducir de Florida vigente o identificación estatal	<input type="checkbox"/>	Declaración de domicilio
<input type="checkbox"/>	Factura o un recibo del depósito de servicio de agua, gas, electricidad, teléfono o desperdicios	<input type="checkbox"/>	Servicio militar activo en transición
<input type="checkbox"/>	Contrato de alquiler	<input type="checkbox"/>	Estado de hipoteca
<input type="checkbox"/>	Recibo de alquiler	<input type="checkbox"/>	Recibo de impuestos sobre la propiedad
<input type="checkbox"/>	Exención del impuesto predial	<input type="checkbox"/>	Garantía de título de la propiedad
<input type="checkbox"/>	Carta de verificación de dirección de migrantes (Solamente los estudiantes migrantes) <i>No necesita ningún otro documento.</i>		

De conformidad con la Norma 2431 de HCPS, el estudiante que se transfiere a otra escuela, no se le garantizará la participación en el programa atlético. Para obtener información adicional, por favor comuníquese con el director asistente de administración de su escuela.

El que suscribe certifica que toda la información incluida en este formulario es correcta y que la escuela me ha provisto una copia de la Evaluación de Elegibilidad McKinney-Vento.

Bajo pena de perjurio declaro que he leído este documento y que las declaraciones aquí establecidas son verdaderas. Una persona que, en pleno conocimiento, haga una declaración falsa, es culpable de delito de perjurio por haber hecho una declaración falsa por escrito, un delito grave de tercer grado (FS 95.525).

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta	Firma del padre/madre/tutor	Fecha



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Formulario B

Formulario de Domicilio de Elegibilidad McKinney-Vento

En conformidad con la Ley Federal de Asistencia a las Personas Sin Hogar *McKinney-Vento*, la escuela matriculará inmediatamente a un estudiante elegible, ya sea la escuela de origen o la que le pertenezca según su área límite de asistencia. Las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough, mediante la asesoría de la Oficina del Programa de Educación y Alfabetización para Estudiantes Sin Hogar (*H.E.L.P.*), es responsable de remover las barreras sistémicas de educación de los niños y jóvenes que no tienen hogar.

Complete **este formulario (B)** si el estudiante ha experimentado pérdida de vivienda.

- Si la familia puede presentar prueba de domicilio con dos (2) documentos, complete el Formulario A.
- Si la familia sin hogar está conviviendo con otras personas por decisión propia, no ha tenido ninguna pérdida de vivienda, y no tiene ningún documento de domicilio, complete el Formulario C.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número estudiantil:	Grado:
Nombre de la escuela:			
Número / Calle / Ciudad / Estado / Código postal del estudiante:			

1. Marque el encasillado que indique la situación en que el estudiante está viviendo actualmente (aplica al lugar donde el estudiante durmió anoche): *(Code the HLS field on E screen/SIS)*

- Reside en un refugio de emergencia (carta de verificación del refugio), programa de vivienda transicional, o *FEMA (McKinney-Vento Code A SIS)*
- Reside en el hogar de otras personas debido a pérdida de vivienda, problema financiero, o una razón similar *(McKinney-Vento Code B SIS)*
- Reside en un automóvil, parque de casas rodantes o campamento, edificio abandonado o en otras condiciones de vivienda precarias *(McKinney-Vento Code D SIS)*
- Reside en hoteles o moteles debido a la pérdida de vivienda o falta de un lugar adecuado alterno *(McKinney-Vento Code E SIS)*

2. ¿Es el estudiante un joven no acompañado, sin la custodia física de un padre, madre o tutor legal y que cumple con la definición de *McKinney-Vento* basado en una de las situaciones de vivienda enumeradas anteriormente? *(Code the UAC field on E screen/SIS)*

- No, el estudiante no es un joven no acompañado.
- Sí, el estudiante es un joven no acompañado.

3. Razón por la que está sin hogar. ¿Qué ocasionó que el estudiante esté en esta situación de carencia de hogar? Marque uno de los siguientes: *(Code the HLCS field on E screen/SIS)*

<input type="checkbox"/> Desastre creado por individuos - Grave (Guerras, Explosiones, Incendio de casas) <i>(Code D)</i>	<input type="checkbox"/> Ejecución hipotecaria <i>(Code M)</i>	<input type="checkbox"/> Desconocida <i>(Code U)</i>
<input type="checkbox"/> Terremoto <i>(Code E)</i>	<input type="checkbox"/> Pandemia grave <i>(Code P)</i>	<input type="checkbox"/> Incendio forestal <i>(Code W)</i>
<input type="checkbox"/> Inundación <i>(Code F)</i>	<input type="checkbox"/> Tormenta tropical <i>(Code S)</i>	<input type="checkbox"/> Tornado <i>(Code T)</i>
<input type="checkbox"/> Huracán <i>(Code H)</i>	<input type="checkbox"/> Otras causas de carencia de hogar: divorcio, violencia doméstica, desalojo, desempleo, falta de vivienda asequible, enfermedad mental, problemas de salud, conflictos familiares <i>(Code N)</i>	

4. ¿Cuándo experimentó por primera vez el estudiante la pérdida de vivienda? (Mes/Año) _____

4a. ¿Cuánto tiempo vivió el estudiante en el hogar anterior? _____

5. Lista de los hijos matriculados en las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough o Charter (PreK-12) que se afectaron por esta pérdida.

Nombre	Número estudiantil	Fecha de nacimiento	ESCUELA	GRADO
1.				
2.				
3.				
4.				

De conformidad con la Norma 2431 de HCPS, el estudiante que se transfiera a otra escuela, no se le garantizará la participación en el programa atlético, aunque sea identificado como elegible para *McKinney-Vento*. Para obtener información adicional, por favor comuníquese con el director asistente de administración de su escuela o llame a la oficina de H.E.L.P. al (813) 315-4357.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído este documento y que las declaraciones aquí establecidas son verdaderas (FS 92.525). Una persona que, en pleno conocimiento, haga una declaración falsa, es culpable de delito de perjurio por haber hecho una declaración falsa por escrito, un delito grave de tercer grado.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta	Firma del padre/madre/tutor	Fecha



Formulario C

Formulario de Domicilio Compartido

Complete este formulario (C) si el padre/madre/tutor convive con otra familia y no tiene (ningún) documento de domicilio.

- Si la familia puede presentar prueba de domicilio con dos (2) documentos, complete el Formulario A.
- Si la familia ha experimentado pérdida de vivienda, complete el Formulario B.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número estudiantil:	Grado:
Nombre de la escuela:			
Número / Calle / Ciudad / Estado / Código postal del estudiante:			

Por favor, marque lo siguiente si le corresponde:

<input type="checkbox"/>	Estamos conviviendo con otra familia y no tenemos documentos de domicilio. (La familia no ha experimentado pérdida de vivienda. <i>Update B, D screens/SIS</i>)
--------------------------	---

Si usted y su familia está conviviendo con otra persona, ésta tendrá que firmar a continuación y presentar prueba de domicilio con dos (2) documentos. Este formulario es válido por un año escolar solamente y se vence al final del año escolar regular.

Confirmación: Certifico que la familia mencionada anteriormente convive conmigo en la dirección descrita en este documento.

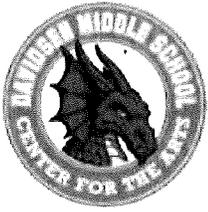
Nombre de la persona	Firma	Fecha

De conformidad con la Norma 2431 de HCPS, el estudiante que se transfiere a otra escuela, no se le garantizará la participación en el programa atlético. Para obtener información adicional, por favor comuníquese con el director asistente de administración.

El que suscribe certifica que toda la información incluida en este formulario es correcta y que la escuela me ha provisto una copia de la Evaluación de Elegibilidad *McKinney-Vento*.

Bajo pena de perjurio declaro que he leído este documento y que las declaraciones aquí establecidas son verdaderas. Una persona que, en pleno conocimiento, haga una declaración falsa, es culpable de delito de perjurio por haber hecho una declaración falsa por escrito, un delito grave de tercer grado (FS 95.525).

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta	Firma del padre/madre/tutor	Fecha



Davidson Middle School
Center for the Arts
10501 Montague St | Tampa, FL 33626

Home Language Survey

To be completed by parent or guardian

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

Student Language: _____ Parent Language: _____

Date Student first entered a United States School: ___ / ___ / ___

If foreign born, how many years has the student attended a school in the United States? _____

1. Is a language other than English used in the home? Yes / No
2. Did the student have a first language other than English? Yes / No
3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes / No

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ___ / ___ / ___

Encuesta sobre el idioma del hogar

Debe ser completado por el padre o tutor

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Grado: _____

Idioma del estudiante: _____ Idioma de los padres: _____

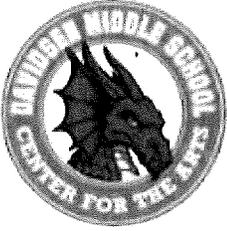
Fecha en que el estudiante ingresó por primera vez a una escuela de los Estados Unidos: ___ / ___ / ___

Si nació en el extranjero, ¿cuántos años ha asistido el estudiante a una escuela en los Estados Unidos? _____

1. ¿Algún idioma que no sea el inglés utilizado en el hogar? Sí / No
2. ¿Tenía el estudiante un primer idioma que no fuera el inglés? Sí / No
3. ¿El estudiante habla con mayor frecuencia un idioma que no sea inglés? Sí / No

Si la respuesta es "Sí" a cualquiera de estas preguntas, el estudiante debe ser evaluado para determinar su dominio del inglés.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___ / ___ / ___



Escuela Intermedia Davidsen

Calle Montague 10501

Tampa, FL 33626

(813)558-5300

Nombre _____

Lista de verificación de necesidades especiales académicas

- ¿Alguna vez se ha encontrado a su hijo elegible para los Servicios de Educación Especial?

Yes _____ No _____

- ¿Su hijo ha recibido algún servicio en una clase especial durante alguna parte del día?

Yes _____ No _____

En caso afirmativo, ¿en qué programa de educación especial estaba su hijo?

- ¿Tiene una copia del **IEP** (Plan de Educación Individual)?

Yes _____ No _____

- ¿Tiene una copia de alguno o todos los informes de evaluación?

Yes _____ No _____

- ¿Alguna vez se ha encontrado a su hijo elegible para un **Plan 504**?

Yes _____ No _____

- ¿Tiene una copia del **Plan 504** ?

Yes _____ No _____

- ¿Alguna vez se ha encontrado que su hijo es elegible para **los Programas para Superdotados**?

Yes _____ No _____

- ¿Tiene una copia del Plan de **Educación para Superdotados** ?

Yes _____ No _____



STATE OF FLORIDA
School Entry Health Exam

To Parent/Guardian: Please complete and sign Part I — Child’s Medical History. State law for school entry requires a health examination by a legally qualified professional. Additional requirements may be determined by local school districts.

(Please Print)

Form with fields: Name of Child (Last, First, Middle), Birth Date, Sex, Address (Street), School, Grade, City and ZIP Code, Home Telephone Number, Parent/Guardian (Last, First, Middle)

PART I — CHILD’S MEDICAL HISTORY

To Parent/Guardian: Please check answers to questions 1 through 8 below in the column on the left. (Please explain any “Yes” answers in the space provided below.)

- 1. Yes [] No [] Any concerns about general health (eating and sleeping habits, weight, etc.)?
2. Yes [] No [] Any other specific illness or social/emotional or behavioral problems?
3. Yes [] No [] Any allergies (food, insects, medication, etc.)?
4. Yes [] No [] Any prescription medication (daily or occasionally)?
5. Yes [] No [] Any problems with vision, hearing, or speech (glasses, contacts, ear tubes, hearing aids)?
6. Yes [] No [] Any hospitalization, operation, or major illness (specify problem)?
7. Yes [] No [] Any significant injury or accident (specify problem)?
8. Yes [] No [] Would you like to discuss anything about your child’s health with a school nurse?

To Parent/Guardian: Please explain any “Yes” answers from above.

Three horizontal lines for writing answers to the questions above.

I am the parent/guardian of the child named above. I give permission for the information on PARTS I and II of this form provided about my child to be reviewed and utilized only by the staff of this school and any school health personnel providing school health services in the district for the limited purpose of meeting my child's health and educational needs.

[X] Signature of Parent/Guardian Date

Partnership for School Readiness Recommendations for Prekindergarten and Kindergarten

To Parent/Guardian: Please obtain the services listed below in order to find any problems. Please work with your health care provider to correct or treat any problems that may reduce your child’s ability to learn in school. (These services are recommended but not required.)

Table with 2 columns: Service (Vision, Dental, Hearing) and Description. Includes fields for Date of Exam, Results of Exam, and Health Care Provider.



Name of Child (Last, First, Middle) Birth Date

PART II — MEDICAL EVALUATION

To be completed and signed by the Health Care Provider ONLY:

The child named above has had a complete history and physical exam on the following date:
(Exam must be within one year of enrollment) Month Day Year

Screening Results:

Height: Weight: BMI%: B/P: Hct/Hgb: Lead: Urinalysis:

Table with screening results for Vision (Without/With Glasses), Hearing (Right/Left), and Referred status.

- Gross dental (teeth and gums)
Head/scalp/skin
Eyes/Ears/Nose/Throat
Chest/Lungs/Heart
Abdomen
Postural assessment
Normal/Abnormal
Refer/Tx:

TB risk assessment done (Please review Targeted Testing Guidelines listed below.)

This child has the following problems that may impact the educational experience:

- Vision Hearing Speech/Language Physical Social/Behavioral Cognitive

Specify:

This child has a health condition that may require emergency action at school, e.g. seizures, allergies. Specify below.
(This form will be stored in the child's Cumulative Health Folder and may be accessed by both school and health personnel.)

Recommendations (Attach additional sheet if necessary):

(Please Check One)

- This child may participate fully in school activities including physical education.
This child may participate in school activities including physical education with the following restriction/adaptation.
(Specify reason and restriction)

Signature/Title of Health Care Provider Date Address (Please print or stamp) Name (Please print or stamp)

Tuberculosis Targeted Testing Guidelines for Health Care Providers

Tuberculosis Infection Risk:

Review the following risks and administer a Mantoux TB skin test if child is in one or more categories. The TB test is administered confidentially as part of the health examination. Do not record administration of any TB test or related information on this form.

- Recent immigrant (< 5 years), frequent visitor to TB endemic areas
Close contact to active TB case
Frequent contact with adults at high-risk for disease, HIV+, homeless, incarcerated, illicit drug user
HIV+ or have other medical conditions that increase the risk to progress from infection to disease, e.g., chronic renal failure, diabetes, hematologic or any other malignancy, weight loss > 10% of ideal body weight, on immunosuppressive medications

Active TB Disease Risk:

- Does the child exhibit signs/symptoms of tuberculosis (e.g. cough for three weeks or longer, weight loss, loss of appetite)?
If symptoms are present, work-up or refer for TB disease evaluation.

Estimado padre o tutor,

El propósito de esta hoja de trabajo es que los estudiantes indiquen una preferencia electiva para el año escolar. Los estudiantes están programados para artes del lenguaje, matemáticas, ciencias, estudios sociales, educación física y asignaturas optativas. Los estudiantes que obtengan puntajes por debajo de lo satisfactorio en las Evaluaciones de Estándares de Florida (FSA) en lectura y / o matemáticas pueden ser programados para tomar cursos intensivos de lectura y / o matemáticas en lugar de asignaturas optativas.

Los cursos electivos se ofrecen en función del interés de los estudiantes. Se hará todo lo posible para programar a los estudiantes para su primera opción. Sin embargo, si un estudiante solicita cambiar las selecciones en una fecha posterior, es posible que los asientos no estén disponibles.

La ley de Florida requiere educación física para estudiantes de secundaria. El requisito puede ser eximido cuando el estudiante está programado para tomar cursos intensivos, o el estudiante está participando en actividades físicas más allá del día escolar que cumplen o exceden el requisito obligatorio. Si desea solicitar una exención de educación física, comuníquese con el consejero de orientación de su hijo al 813-558-5300.

Opciones electivas de 7º y 8º grado:

1. Clase de arte
2. Orquesta
3. Coro
4. Vocal Jazz- (Aprobación del Maestro)
5. Banda
6. AVID- Avance a través de la Determinación Individual (AVID)
7. Danza
8. Aplicaciones informáticas en los negocios / Exploración de carreras de TI
9. Asistente Estudiantil (Aprobación del Maestro)
10. Periodismo (Aprobación docente)
11. Fundamentos de Carreras Culinarias
12. Español principiante

Opciones electivas de 8º grado solo:

1. Jazz Band- (Aprobación del Maestro)
2. Tecnología de la Información Digital: (Crédito 1.0 HS/Crédito de Bellas Artes) (Se requiere aprobación del maestro)
3. Español 1 (HS)-Un crédito de escuela secundaria
4. Nutrición y Bienestar/Principios de Alimentación (HS) (Aprobación del Maestro)

Seleccione 3 asignaturas optativas en orden de elección. Se hará todo lo posible para darle su primera opción, sin embargo, esto no siempre es posible.

Opción 1: _____

Opción 2: _____

Opción 3: _____

Opciones electivas de 7º y 8º grado:

1. **Arte:** Los estudiantes usarán muchos medios diferentes, como lápiz, marcador, pintura, arcilla y collage para crear obras de arte que son tanto de 2 como de 3 dimensiones. Los estudiantes aprenderán los Elementos del Arte y los Principios del Diseño, la Historia del Arte, la Estética del Arte y la Crítica de Arte.
2. **Orquesta:** Los estudiantes aprenderán a leer música y a tocar y cuidar un instrumento. Los estudiantes participarán en un concierto de invierno y primavera, mostrando sus logros.
3. **Coro:** Los estudiantes aprenderán cómo cantar con un tono saludable, libre y relajado, cómo equilibrar y mezclar en un conjunto coral, cómo leer música y cómo convertirse en músicos independientes.
4. **Jazz vocal:** Los estudiantes tendrán la oportunidad de cantar varios estilos de música, incluyendo pop, Broadway, Jazz, etc. Los estudiantes deben aprobar y audicionar y los estudiantes deben estar co-inscritos en una clase regular de coro.
5. **Banda:** Los estudiantes aprenderán a leer música y a tocar y cuidar un instrumento. Los estudiantes participarán en un concierto de invierno y primavera, mostrando sus logros.
6. **AVID:** Advancement Via Individual Determination (AVID) ayuda a los estudiantes a mejorar las habilidades de lectura, escritura y matemáticas que son necesarias para tener éxito en la escuela secundaria, la universidad y en sus carreras profesionales. El logro de los estudiantes será apoyado a través de la instrucción de habilidades de estudio, organización y pensamiento de nivel superior. Los estudiantes también participarán en grupos de estudio colaborativos y en la formación de equipos.
7. **Danza:** La electiva de danza incluirá un conocimiento profundo de las técnicas de ballet, moderno y jazz, así como vocabulario, historia, música, kinesiología, coreografía y otras formas de danza social (tap, africana y hip-hop). Los estudiantes deberán comprar un uniforme de baile y, además, pagar una tarifa única de \$ 25.
8. **Aplicaciones informáticas en negocios / Fundamentos de codificación:** Durante el semestre 1 mejorará sus habilidades de teclado a medida que aprende los conceptos básicos del software de Microsoft Office (Word, PowerPoint y Excel). Durante el Semestre 2 aprenderá Habilidades de Resolución de Problemas, Desarrollo Web (HTML y CSS), y cómo crear Animaciones y Juegos Interactivos (JavaScript). El tiempo de clase para ambos semestres involucra tareas basadas en proyectos y módulos de aprendizaje en línea.
9. **Asistente estudiantil:** ¡Aprenderá de forma independiente sobre lo que se necesita para elegir un campo profesional, ser contratado y mantener un trabajo! Tendrá "capacitación en el trabajo" mientras trabaja para un maestro o para el personal de la oficina. Se le pedirá que lea artículos y complete las actividades de lápiz y papel que vencen cada 2-3 semanas. Los candidatos ideales son emprendedores que tienen buenas calificaciones de conducta y aprueban todas sus clases. Debe recoger y completar una solicitud de la sala 601 o 604 para ser considerado para esta asignatura optativa.
10. **Periodismo:** Este curso está diseñado para estudiantes con un amor por la escritura, la fotografía y el diseño gráfico / maquetación. Los estudiantes se centrarán en la producción del anuario de la escuela. Se requiere una solicitud separada.
11. **Fundamentos de las carreras culinarias:** Culinaria se define como cualquier cosa relacionada con la comida o la cocina. En esta clase culinaria de primer nivel, los estudiantes serán introducidos a los conceptos básicos de la cocina, incluyendo seguridad y saneamiento, herramientas de cocina, recetas y términos, presentación de comidas, etiqueta, nutrición y habilidades profesionales. Los estudiantes trabajarán en equipo para preparar una variedad de alimentos y también aprenderán sobre carreras en la industria culinaria.
12. **Español Inicial:** ¡Hola! Este curso está diseñado como un curso introductorio para principiantes absolutos. Establecerá una base sólida y promoverá el éxito futuro en el aprendizaje del español, durante los próximos años de estudio. La introducción al español ayudará al estudiante a adquirir los fundamentos de pronunciación y gramática, vocabulario práctico, frases útiles y la capacidad de leer, escribir, escuchar y hablar español simple. La información básica relevante cubierta incluye geografía, costumbres y cultura de España y América Latina. La clase preparará al estudiante para un mayor estudio del idioma y debe inspirar interés en los viajes al extranjero, el estudio y el trabajo. Esta es una clase divertida y útil que se enseña a través de conversaciones, juegos, videoclips, música, historias, arte y presentaciones visuales. Después de completar este curso, los estudiantes podrán continuar su aprendizaje de idiomas para español 1 para obtener un crédito de escuela secundaria.

Opciones electivas de 8º grado solo:

1. **Jazz Band:** Los estudiantes tendrán la oportunidad de aprender un segundo instrumento y aprenderán varios estilos musicales que incluyen: rock, swing, funk, blues y latín. Además de los vientos, se requiere una sección rítmica, que incluye batería, bajo eléctrico, guitarra eléctrica y piano. Los estudiantes deben estar co-inscritos en una clase de banda regular.
2. **Tecnología de la información digital:** A través de este curso de crédito de un año de duración de la escuela secundaria, obtendrá un conocimiento profundo del software Microsoft Word, PowerPoint y Excel. ¡Tendrá la oportunidad de presentarse a los exámenes de certificación de la industria de Microsoft y probablemente se convertirá en MOS Certified! Gran parte del tiempo de clase se dedicará a practicar y aplicar habilidades a través de programas interactivos en línea y proyectos independientes. Los estudiantes deben ser capaces de leer con atención a los detalles, trabajar de forma independiente y estar motivados para tener éxito.
3. **Español 1:** Un curso acreditado de la escuela secundaria centrado en el desarrollo de los aspectos comunicativos y culturales asociados con el idioma español.
4. **Nutrición y bienestar / Principios de alimentos:** ¿Desea comenzar su carrera en la escuela secundaria a medida que aprende más sobre las opciones de alimentos saludables? En este curso práctico de crédito de la escuela secundaria, los estudiantes examinarán los principios de alimentos nutritivos, así como prepararán platos relacionados en la cocina. Los temas cubiertos incluirán pautas dietéticas, etiquetas de alimentos, efectos de los medios de comunicación en la imagen corporal, trastornos alimentarios, necesidades nutricionales para los atletas y beneficios del ejercicio. Los estudiantes también aprenderán la última tecnología culinaria y las tendencias relacionadas con la comida. Curso de Nutrición y Bienestar. El propósito del curso es preparar a los estudiantes para comprender los principios de la preparación de alimentos, selección y almacenamiento y selección de servicios de alimentos, aves de corral, pescado) y trabajar para crear comidas utilizando los alimentos para su uso en el aula y la cafetería. También se introducirá la cocina de diversas culturas. Las actividades de aprendizaje se proporcionan en un entorno de laboratorio utilizando la tecnología actual.

Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* desean solicitar el reembolso de ciertos servicios prestados a su hijo mediante accediendo a *Medicaid*. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la búsqueda de reembolso de *Medicaid*. El reembolso de *Medicaid* ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio permitido por *Medicaid*.

Consentimiento dado o denegado (por favor, lea, marque con una X su selección, firme y escriba la fecha al final):

Servicios del Plan Educativo Individualizado (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Reglamentos Federales Federal [CFR]).

Servicios no relacionados con el IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en virtud del Código Administrativo de Florida regla de Medicaid para los servicios basados en la escuela (Regla 59G-4.035).

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia del Estado de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento para la divulgación de información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Yo entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o lo retiro, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios requeridos necesarios para recibir una educación apropiada sin costo alguno para mi hijo de acuerdo con 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, éste se hará efectivo en la fecha de retiro y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

Los expedientes que deben entregarse o intercambiarse pueden incluir los IEP, los expedientes de evaluación y elegibilidad, los expedientes y registros de los servicios afines registros de terapia relacionada, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

La información compartida pueda que incluya el nombre de mi hijo, su fecha de nacimiento, su dirección, su principal discapacidad de educación especial (si corresponde), el número de identificación de *Medicaid* de Florida, el número de Seguro Social y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios de salud prestados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de ayuda a la comunicación, servicios de terapia física, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y del lenguaje, servicios de comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Yo entiendo y NO doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo para el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, busque el reembolso de Medicaid y cumpla con las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios brindados a mi hijo.

Información del niño(a)/Estudiante

Número del estudiante

Nombre completo (Impreso)

Fecha de nacimiento

Información del padre/tutor

Nombre (Impreso)

Firma

Fecha

MEDICAID
Programa de concordancia de escuelas certificadas
Reembolso de los servicios escolares

¿Qué es el programa de coincidencia de escuelas certificadas por Medicaid de Florida?

Desde 1997, las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* han participado en un programa de reembolso de Medicaid financiado por el gobierno federal y estatal. El programa *Florida Medicaid Certified School Match (MCSM)* ayuda a asegurar que los estudiantes con un Plan Educativo Individualizado (IEP) reciban los servicios de salud necesarios (médicos, emocionales y relacionados con el transporte) en la escuela.

El programa ayuda a los distritos escolares mediante el reembolso parcial de estos servicios médicos proporcionados a los estudiantes en la escuela.

En julio de 2020, las directrices actuales se ampliaron para incluir a los estudiantes de educación general que tienen un Plan de Atención (es decir, Plan de Atención Médica, Plan de Comportamiento, Plan 504, etc.) o la necesidad de intervención en crisis. Aunque el reembolso parcial sólo está disponible para los estudiantes que tienen derecho a Medicaid, los servicios se prestan a todos los estudiantes con un plan de atención, independientemente de su condición de elegibilidad para Medicaid.

¿Qué tipos de servicios cubre el programa MCSM?

Consejería	Intervención en caso de crisis	Enfermería
Examen de alcance para niños	Terapia Ocupacional	Manejo de casos
Terapia del habla/lenguaje	Terapia física	Evaluaciones
Educación Especial	Transportación	Evaluaciones de las pruebas de desarrollo
Orientación y movilidad	Tecnología asistencial	

¿Tiene algún costo para mí?

NO - Los servicios son provistos a los estudiantes sin ningún costo al padre/tutor.

¿Afectará a las ventajas de Medicaid de mi familia?

NO - El programa NO afecta a los servicios, fondos o límites de Medicaid de una familia. Debido a que Florida opera el programa MCSM de manera diferente a los planes de cobertura de Medicaid relacionados con la familia, el plan escolar no afecta los beneficios de Medicaid de su familia de ninguna manera.

¿Cómo utilizan las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough el dinero de reembolso recibido de Medicaid?

Los fondos recibidos de Medicaid para terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional/física, asesoramiento, servicios de enfermería y evaluaciones psicoeducativas se utilizan para apoyar los servicios estudiantiles y programas de Educación de Especial (ESE).

¿Cómo puedo contribuir a que mi distrito escolar se beneficie del programa MCSM?

La regulación federal requiere que el padre/tutor:

- Estar completamente informados sobre el programa de Concordancia Escolar Certificada de Medicaid (MCSM).
- Comprender plenamente que el consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.
- Permitir que las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* compartan la información necesaria para facturar los servicios elegibles para Medicaid incluidos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo.
- Su hijo recibirá los servicios escritos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo a expensas de las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough*, independientemente de su consentimiento para permitirnos facturar a Medicaid. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento.