enviar por correo electrónico | imprimir

813 Diligence Drive, Ste. 110
Newport News, VA 23606
(757) 591-4971
http://enterprise.nn.k12.va.us

Estimadas familias,

Las Escuelas Públicas de Newport News están dedicadas a la protección y seguridad de nuestros estudiantes, empleados y visitantes. Este año, el distrito escolar ha instalado un Sistema de administración de visitantes para asegurar que los individuos visitando e interactuando con nuestro campo escolar sean propiamente identificados y registrados.

En todo el distrito escolar, el nuevo sistema de administración de visitantes Raptor ha sustituido a las hojas de registro por computadora o en papel. Como parte de este nuevo sistema, todas las personas que visitan nuestra escuela deben presentar una identificación válida con fotografía al personal de la oficina. Las identificaciones aceptadas incluyen:

- Licencia de conducir de cualquier estado o tarjeta de identificación
- Identificación militar (servicio activo o retirado)
- Pasaporte

Una vez que el personal de la oficina ha escaneado la identificación suministrada, ¨Raptor¨ comprueba instantáneamente el nombre en los registros de delincuentes sexuales de todo el país. Una vez que el visitante ha sido autorizado y la entrada es aprobada, el sistema ¨Raptor¨ imprime una tarjeta de visitante con el nombre, la foto y el lugar de destino de la persona. El pase de visitante debe devolverse a la oficina principal al final de la visita.

Es importante señalar que el sistema ¨Raptor¨ sólo registra el nombre, la fecha de nacimiento y la foto del visitante para compararlos con la base de datos nacional de delincuentes sexuales registrados. No se recoge ni conserva ninguna información adicional. El sistema ¨Raptor¨ no está conectado a ninguna otra base de datos, como el Departamento de Vehículos de Motor, el departamento de policía o el Departamento de Justicia. Los usuarios de ¨Raptor¨ no pueden ver ni tener acceso a ninguna otra información sobre la identificación y los datos que se examinan no se comparten ni se transmiten.

Este nuevo procedimiento será obligatorio para todos los miembros de la familia y los visitantes. Si el propósito de su visita es firmar la salida de un estudiante antes de la hora de salida, visitar un lugar en el plantel escolar, o ser voluntario en un salón de clases, se le pedirá que siga el nuevo procedimiento.

Si no tiene una tarjeta de identificación emitida por el gobierno, aquí hay algunos recursos para ayudarle:

- Para una licencia de Conducir o tarjeta de identificación de Virginia visite su oficina local del Departamento de Vehículos de Motor (DMV) o vaya a su página de internet www.dmv.virginia.gov
- Para una identificación militar, visite www.cac.mil/uniformed-services-id-card/

Nos esforzamos por ofrecer un ambiente acogedor y cordial a nuestras familias, estudiantes y personal, a la vez que transmitimos una cultura de seguridad a la comunidad.
Gracias por su comprensión y por apoyar nuestros esfuerzos para mejorar la seguridad escolar.

COSAS QUE DEBE SABER SOBRE LA ACADEMIA ENTERPRISE

Nuestra Misión: El equipo de la Academia Enterprise es un equipo de profesionales que ofrece un programa educativo único dedicado a promover el progreso de los jóvenes. Ofrecemos un ambiente seguro y estructurado en el que los alumnos pueden tomar decisiones que producirán cambios positivos en sus vidas y les ayudarán a convertirse en un miembro activo de la sociedad y en aprendices para toda la vida.

- Todos los alumnos deben respetar las normas de conducta de la Academia Enterprise y el manual de Derechos y Responsabilidades de NNPS de acuerdo con el Código del Departamento de Educación de Virginia: **§ 22.1-279.6.** (incluido en el paquete de inscripción)
- Los alumnos participantes y sus padres deben aceptar un **contrato** que les explique nuestras expectativas; se espera que **todos** los alumnos sigan los procedimientos y las normas de la escuela.
- Todos los alumnos serán registrados por el personal de seguridad antes de reportarse a clases
- Cualquier alumno que se presente tarde, después de que el registro de la mañana haya terminado, su entrada deberá ser firmada por uno de los padres
- Los alumnos que asisten a la Academia Enterprise no pueden asistir a eventos deportivos o cualquier actividad que tengan que ver con su escuela de zona o cualquier escuela pública (los alumnos no están autorizados en otros terrenos de la escuela pública en ningún momento mientras estén matriculados en la Academia Enterprise sin el permiso escrito de los funcionarios del distrito escolar)
- La Academia Enterprise tiene un código de vestimenta requerido (incluido en el paquete de inscripción)
- Los alumnos deberán completar las tareas de la clase, los trabajos en casa, los proyectos, las evaluaciones de fin de período académico.
- Se emitirá un reporte de progreso semanal a menos que haya un día feriado o que se emitan calificaciones; el reporte provee información de su aprovechamiento actual relacionado con lo académico, hábitos de estudio y trabajo además de su comportamiento y actitud.
- Los aspectos más importantes del programa incluyen una pequeña proporción de alumnos por maestro **y** un horario estructurado.

- Todos los cursos de enseñanza y la escala de calificaciones están alineadas con las Escuelas Públicas de Newport News (NNPS) y cumplen con los requisitos estatales del SOL.
- La frecuencia de las tareas es determinada por el maestro de clase de acuerdo con las normas de NNPS.
- Los avisos de la acción disciplinaria serán entregados al alumno y todos los esfuerzos serán realizados para notificar a los padres por teléfono
- Desayunos y almuerzos serán provistos al alumno libre **de** costo. (**gratis**)
- Los alumnos elegibles al programa se encuentran en los grados 6to – 12mo
- La Academia Enterprise es un programa regional (los estudiantes asisten a las escuelas de Newport News, Hampton, Condado de York, Poquoson, y el condado de Williamsburg-James City)
- Todo el personal de la Academia Enterprise puede ser contactado al 757-591-4971 o por correo electrónico

NORMAS SOBRE EL TRABAJO DE RECUPERACIÓN: Para asegurar que la educación de su hijo no sea interrumpida, es responsabilidad de los padres y el alumno cumplir con las normas de recuperación de trabajos.

1. Llame a la oficina central al 757-591-4971 para pedir el trabajo de recuperación o estudiante puede conectarse a "CANVAS" para mantenerse al día con el trabajo de clase.
2. Es necesario avisar con 24 horas de anticipación.
3. El trabajo realizado deberá devolverse en un periodo de cinco días escolares.
4. El alumno perderá su calificación(es) si el trabajo no es recogido o devuelto dentro de cinco días.
5. En el caso de enfermedades/ausencias prolongadas, el trabajo debe ser recogido y devuelto cada cinco días.
6. Al regreso del alumno a la escuela, se requiere que el padre/alumno devuelva los libros de texto, materiales de recurso, etc.

Aviso de Asistencia Escolar: Se espera que los padres contacten la escuela el día que su alumno estará ausente al 757-591-4971 ext. 28501. ***Se requiere una nota de excusa no más tardar de cinco días del regreso a la escuela de su hijo.***

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Health Information Form/Comprehensive Physical Examination Report/Certification of Immunization

Part I – HEALTH INFORMATION FORM

State law (Ref. Code of Virginia § 22.1-270) requires that your child is immunized and receives a comprehensive physical examination before entering public kindergarten or elementary school. **The parent or guardian completes this page (Part I) of the form.** The Medical Provider completes Part II and Part III of the form. This form must be completed no earlier than one year before your child's entry into school.

Name of School: _____ Current Grade: _____

Student's Name: _____
Last First Middle

Student's Date of Birth: _____/____/_____ Sex: _____ State or Country of Birth:_____Main Language Spoken: _____

Student's Address_____ City_____ State_____ Zip Code_____

Name of Parent or Legal Guardian 1:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____ - _____-_____

Name of Parent or Legal Guardian 2:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____-_____-_____

Emergency Contact:_____Phone:_____-_____-_____Work or Cell: _____-_____-_____

Hospital Preference: _____

Child's Health Insurance: None☐ FAMIS Plus (Medicaid) ☐ FAMIS☐ Private/Commercial/ Employer Sponsored☐_____

Box 1. Pre-Existing Conditions

Condition	Yes	Comments	Condition	Yes	Comments
Allergies (food, insects, drugs, latex)			Diabetes: Type 1		
Please list **Life Threatening Allergies**:			Diabetes: Type 2		
			Insulin pump		
Allergies (seasonal)			Head injury, concussion		
Asthma or breathing conditions			Hearing conditions or deafness		
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder			Heart conditions		
Behavioral/Psych/ Social conditions			Lead poisoning		
Developmental conditions			Muscle conditions		
Bladder conditions			Seizures		
Bleeding conditions			Sickle Cell Disease (not trait)		
Bowel conditions			Speech conditions		
Cerebral Palsy			Spinal injury		
Cystic fibrosis			Surgery		
Dental Health conditions			Vision conditions		

Describe any other important health-related information about your child (☐ Feeding tube , ☐ Trach , ☐Oxygen support, ☐ Hearing aids, ☐ Dental appliance, ☐ Wheelchair, Hospitalizations, etc.):

Box 2. Medications

List all prescription, emergency, over-the-counter, and herbal medications your child takes regularly (Home/ School):

Medication Name	Dosage	Time Administered (Home/School)	Notes
1.			
2.			
3.			
4.			

Additional Medications (Name, Dose, Time Administered, Notes)

Check here if you want to discuss confidential information with the school nurse or other school authority. Yes No Please provide the following information:

	Name	Phone	Date of Last Appointment
Pediatrician/primary care provider			
Specialist			
Dentist			
Case Worker (if applicable)			

I_____(do) (do not) authorize my child's health care provider and designated provider of health care in the school setting to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form. This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting your child's school. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's health or scholastic record.

Signature of Parent or Legal Guardian:_____Date:_____/_____/_____

Signature of Interpreter: _____Date_____/_____/_____

COMMONWEALTH OF VIRGINIA
SCHOOL ENTRANCE HEALTH FORM
Part II - Certification of Immunization

Check if the student's Immunization Records are attached using a separate form signed by HCP ☐

Section I

See Section II for conditional enrollment and exemptions.

A copy of the immunization record signed or stamped by a physician or designee, registered nurse, or health department official indicating the dates of administration including month, day, and year of the required vaccines shall be acceptable in lieu of recording these dates on this form as long as the record is attached to this form. Form must be signed and dated by the Medical Provider or Health Department Official in the appropriate box. Please contact your local health department for assistance with foreign vaccine records.

Student Name: **Date of Birth :** / / **Sex:**

Race (Optional): **Ethnicity:** ☐ **Hispanic** ☐ **Non-Hispanic**

IMMUNIZATION	RECORD COMPLETE DATES (month, day, year) OF VACCINE DOSES GIVEN				
Diphtheria, Tetanus, Pertussis Vaccine (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Diphtheria, Tetanus (DT) or Tdap or Td Vaccine (given after 7 years of age)	1	2	3	4	5
Tdap Vaccine booster	1				
Poliomyelitis Vaccine (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Haemophilus influenzae Type b Vaccine (Hib conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Rotavirus Vaccine (RV) only for children < 8 months of age	1	2	3		
Pneumococcal Vaccine (PCV conjugate) only for children <60 months of age	1	2	3	4	
Varicella Vaccine	1	2	Date of Varicella Disease OR Serological Confirmation of Varicella Immunity:		
Measles, Mumps, Rubella Vaccine (MMR vaccine)	1	2			
Measles Vaccine (Rubeola)	1	2	Serological Confirmation of Measles Immunity:		
Rubella Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Rubella Immunity:		
Mumps Vaccine	1	2	Serological Confirmation of Mumps Immunity:		
Hepatitis **B** Vaccine (HBV) ☐ Merck adult formulation used	1	2	3	4	
Hepatitis **A** Vaccine	1	2			
Meningococcal **ACWY** Vaccine	1	2			
Meningococcal **B** Vaccine	1	2	3		
Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	1	2	3		
Influenza (Yearly)	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5
Other	1	2	3	4	5

Certification of Immunization

I certify that this child is **ADEQUATELY OR AGE APPROPRIATELY IMMUNIZED** in accordance with the MINIMUM requirements for attending school, child care or preschool prescribed by the State Board of Health's *Regulations for the Immunization of School Children* (Reference Section III).

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____**Date (*Mo., Day, Yr.*):** 12 /___/____

Section II
Conditional Enrollment and Exemptions

Complete the medical exemption or conditional enrollment section as appropriate to include signature and date. This section must be attached to Part I Health Information (to be filled out and signed by parent).

Student's Name: _____ Date of Birth: |____|____|_____|
Parent or Legal Guardian Name: _____
Parent or Legal Guardian Name: _____
Phone Number: _____

MEDICAL EXEMPTION: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (ii), I certify that administration of the vaccine(s) designated below would be detrimental to this student's health. The vaccine(s) is (are) specifically contraindicated because (please specify):

_____

_____

_____

DTP/DTaP/Tdap :[____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[_____]; RV:[_____]; Measles :[_____];

Mumps:[____]; Rubella :[____]; VAR:[_____]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[_____]; HBV:[____]

This contraindication is permanent: [ ], or temporary [ ] and expected to preclude immunizations until: Date (*Mo., Day, Yr.*): |_____|_____|_____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____Date (*Mo., Day, Yr.*):___/___/___

RELIGIOUS EXEMPTION: The *Code of Virginia* allows a child an exemption from receiving immunizations required for school attendance if the student or the student's parent/guardian submits an affidavit to the school's admitting official stating that the administration of immunizing agents conflicts with the student's religious tenets or practices. Any student entering school must submit this affidavit on a CERTIFICATE OF RELIGIOUS EXEMPTION (Form CRE-1), which may be obtained at any local health department, school division superintendent's office or local department of social services. Ref. *Code of Virginia* § 22.1-271.2, C (i).

CONDITIONAL ENROLLMENT: As specified in the *Code of Virginia* § 22.1-271.2, B, I certify that this child has received at least one dose of each of the vaccines required by the State Board of Health for attending school and that this child has a plan for the completion of his/her requirements within the next 90 calendar days. Next immunization due on_____.

Signature of Medical Provider or Health Department Official:_____Date (*Mo., Day, Yr.*):|___|___|___|

Section III Requirements

For Minimum Immunization Requirements for Entry into School and Day Care, consult the Division of Immunization web site at http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization

Children shall be immunized in accordance with the Immunization Schedule developed and published by the Centers for Disease Control (CDC), Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American Academy of Family Physicians (AAFP), otherwise known as ACIP recommendations (Ref. *Code of Virginia* § 32.1-46(a)).
(Requirements are subject to change.)

Part III -- COMPREHENSIVE PHYSICAL EXAMINATION REPORT

A qualified licensed physician, nurse practitioner, or physician assistant must complete Part III. The exam must be done no longer than one year before entry into kindergarten or elementary school (Ref. Code of Virginia § 22.1-270). Instructions for completing this form can be found at www.vahealth.org/schoolhealth.

Student's Name: _____ Date of Birth:_____/_____/_____Sex: M F

Health Assessment

Date of Assessment: ____/____/_____

Weight:_____lbs. Height:_____ft._____in.

Body Mass Index (BMI):_____BP_____

❑ Age / gender appropriate history completed

❑ Anticipatory guidance provided

Physical Examination

1 = Within normal 2 = Abnormal finding 3 = Referred for evaluation or treatment

	1	2	3		1	2	3		1	2	3	
HEENT				Neurological				Skin				
Lungs				Abdomen				Genital				
Heart				Extremities				Urinary				

Tuberculosis Screening

Check the box that applies:

☐ No risk for TB infection identified	☐ No symptoms compatible with active TB disease	☐ Risk for TB infection or symptoms identified

Test for TB Infection: TST IGRA Date: TST Reading mm TST/IGRA Result: ☐ Negative ☐ Positive

CXR required if positive test for TB infection or TB symptoms. CXR Date:_____ ☐ Normal ☐ Abnormal

EPSDT Screens Required for Head Start – include specific results and date:

Blood Lead:_____ Hct/Hgb _____

Developmental Screen

Assessed for:	*Assessment Method:*	*Within normal*	*Concern identified:*	*Referred for Evaluation*
Emotional/Social				
Problem Solving				
Language/Communication				
Fine Motor Skills				
Gross Motor Skills				

Hearing Screen

❑ Screened at 20dB: Indicate Pass (P) or Refer (R) in each box.

❑ Screened by OAE (Otoacoustic Emissions): ☐ Pass ☐ Referred

	1000	2000	4000
R			
L			

☐ Referred to Audiologist/ENT ☐ **Unable to test – needs rescreen**

☐ Permanent Hearing Loss Previously identified: ☐ Left ☐ Right

☐ Hearing aid or another assistive device

Vision Screen

☐ With Corrective Lenses (Check if yes)

Stereopsis ☐ Pass ☐ Fail				☐ Not tested
Distance	Both	R	L	Test used:
	20/	20/	20/	

☐ Pass ☐ Referred to eye doctor ☐ **Unable to test-needs rescreen**

Dental Screen

☐ Problems Identified: Referred for Treatment

☐ No Problem: Referred for prevention

☐ No Referral: Already receiving dental care

☐ **Unable to perform**

Recommendations to (Pre) School, Child Care, or Early Intervention Personnel

Summary of Findings (check one):

☐ Well child; no conditions identified of concern to school program activities

Conditions identified that are important to schooling or physical activity (complete sections below and/or explain here):

_____

____**Allergy:** ☐ food:_____ ☐ insect:_____ ☐ medicine:_____ ☐ other:_____

Type of allergic reaction: ☐ *anaphylaxis* ☐ *local reaction* *Response required:* ☐ *none* ☐ *epinephrine auto-injector* ☐ other::_____

____In**dividualized Health Care Plan needed** (e.g., asthma, diabetes, seizure disorder, severe allergy, etc)

____**Restricted Activity Specify:** :_____

____**Developmental Evaluation** ☐ Has IEP ☐ Further evaluation needed for: _____

____**Medication.** Child takes medicine for specific health condition(s). ☐ Medication must be given and/or available at school.

____**Special Diet Specify:** _____

____**Special Needs Specify:**_____

Other Comments:_____

Health Care Professional's Certification (Write legibly or stamp) ☐ **By checking this box, I certify with an electronic signature that all of the information entered above is accurate (enter name and date on signature and date lines below).**

Name:_____ **Signature/Date:**_____

Practice/Clinic Name: _____ **Address:**_____

Phone:_____-_____-_____ **Fax:** _____-_____-_____ **Email:**_____

NEWPORT NEWS PUBLIC SCHOOLS

Departamento de Servicios de Salud

12465 Warwick Boulevard, Newport News, VA 23606 teléfono: 757-591-4646 Fax: 757-595-2017

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Fecha:_____Escuela:_____ #de estudiante: _____

Nombre del estudiante:_____fecha de nacimiento: _____

Última escuela pública de Newport News que asistió:_____año: _____

¿Tiene su hijo algún problema crónico o médico (alergias, asma, diabetes, migrañas, etc.)? Si es así, por favor indique: ___

_____

_____

¿Está bajo el cuidado de un proveedor médico para estos u otros problemas médicos? _____

_____

¿Toma su hijo algún medicamento y necesita llevarlo o tenerlo disponible en la escuela (como inhalador para el asma, epinefrina, Ritalin)? Si es así, por favor, enumere_____

_____

_____

Para que cualquier medicamento (recetado y/o sin receta) sea administrado en la escuela, usted debe proporcionar una receta médica actualizada. Las órdenes deben ser renovadas al principio de cada año escolar. Es importante que la enfermera de la escuela sepa qué medicamentos toma su hijo en caso de emergencia.

_____ _____

Firma del Padre/tutor legal **#de teléfono donde puede ser usted localizado**

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela si su hijo tiene algún problema médico que necesite atención durante el horario escolar o que pueda afectar a su habilidad de aprendizaje.

RESUMEN DE LAS EVALUACIONES PARA LA MATRÍCULA INICIAL

Habla/Lenguaje/Voz		
FECHA:_____	**ADMINISTRADOR DE LA EVALUACIÓN:**_____	
APROVADO:_____	**FRACASADO:**_____	
Habilidades motoras finas/gruesas		
UBICACIÓN DE LA EVALUACIÓN:_____	**ADMINISTRADOR DE LA EVALUCACIÓN:**_____	
FM - APROVADO:_____	**FRACASADO:**_____	**FECHA:**_____
GM - APROVADO:_____	**FRACASADO:**_____	**FECHA:**_____

Información adicional sobre la salud disponible electrónicamente en el Sistema de Información del Estudiante

- Medicamentos/órdenes de tratamiento
- Registros Clínicos
- Exámenes de salud

Tarjetas de Salud de Estudiantes - eliminadas el 07/01/2014 y mantenidas en la Parte I del Expediente Educativo del Estudiante.

813 Diligence Drive, Ste. 110
Newport News, VA 23606
(757) 591-4971
http://enterprise.nn.k12.va.us

Estimados padres/tutores,

La Academia Enterprise ofrece varias actividades e incentivos a lo largo del año escolar. También, tenemos varios oradores invitados, voluntarios y mentores que trabajan con los estudiantes. Los estudiantes de la Academia Enterprise pueden ganar incentivos basados en su asistencia, conducta positiva y/o el mejoramiento académico. Los incentivos pueden incluir golosinas como patatas fritas, refrescos, pizza y helado. Cualquier comportamiento inapropiado, falta de asistencia a la escuela o bajas calificaciones pueden descalificar a los estudiantes de participar en las actividades de incentivos.

Su firma en el formulario permitirá que su hijo participe en las actividades con alimentos y/o cualquier alimento. Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con nosotros en el número de teléfono arriba indicado.

Atentamente,

Equipo de Liderazgo de la Academia Enterprise

Doy permiso a mi hijo/a, _____ para participar en las diferentes actividades e incentivos, así como para trabajar con los mentores y voluntarios.

Enumere todas las alergias de su estudiante: _____

_____

Firma del padre/tutor fecha

Marque una:

☐ optar por **NO** participar en ninguna de las actividades

☐ optar por no participar en actividades **en especifico**

Por favor especifique: _____

Información Adicional

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____

1. Nombre: _____

   Número de teléfono: _____
   ____Oficial de probatoria ____Trabajador social ____consejero de apoyo
   ____Consejería en el hogar ____Amigo/familiar

2. Nombre: _____

   Número de teléfono: _____
   ____Oficial de probatoria ____Trabajador social ____consejero de apoyo
   ____Consejería a domicilio ____Amigo/familiar

3. Nombre: _____

   Número de teléfono: _____
   ____Oficial de probatoria ____Trabajador social ____consejero de apoyo
   ____Consejería a domicilio ____Amigo/familiar

4. Nombre: _____

   Número de teléfono: _____
   ____Oficial de probatoria ____Trabajador social ____consejero de apoyo
   ____Consejería a domicilio ____Amigo/familiar

Autorizo a las personas nombradas anteriormente a conversar con mi hijo, a obtener los registros académicos y a que lo transporten si es necesario.

_____

Firma del padre Fecha