



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN



#todo por los niños



ESCUELA ESPECIALIZADA EN CINEMATOGRAFÍA
CACIQUE AGÜEYBANÁ SECUNDARIA
DISTRITO DE BAYAMÓN

Año Escolar 2018-2019

DOCUMENTOS RE-MATRÍCULA

Física: Urb. Sierra Bayamón, Calle 16 Final Bayamón, P.R. 00960 | **Postal:** PMB 598 P.O. Box 607071, Bayamón P.R. 00960-7071
Web: cinecacique.com | **Email:** caciquesecundaria@gmail.com | **Email:** d70078@de.pr.gov | **Tel.** 787-780-9709 | 787-786-964 | **Fax:** 787-798-8275

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

SOLICITUD DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE A LOS RECLUTADORES MILITARES

La Ley Federal FERPA (Family Educational Rights and Privacy Act) requiere que el Departamento de Educación obtenga, por escrito, una solicitud de exclusión ("opt-out") firmada por el estudiante, el padre, madre o encargado, de modo que no se divulgue la información personal identificable tomada de los expedientes escolares de los estudiantes a los reclutadores militares.

AVISO IMPORTANTE

*Esta información no se proveerá a las autoridades militares cuando así lo indiquen por escrito el estudiante, el padre, la madre o el encargado. **NO ES OBLIGATORIO** autorizar la divulgación de la información personal identificable. La ley expresamente reconoce el derecho del estudiante, del padre, madre o encargado a ser excluido de la lista que se entregue a los reclutadores militares cuando así lo soliciten ("opt-out"). Al no autorizar la divulgación de la información personal identificable del estudiante no se afecta ninguno de los derechos como estudiante del sistema público de educación. Ahora bien, si no se expresa por escrito la negativa a divulgar la información, se entenderá que se ha brindado el consentimiento a que se divulgue la información.*

Los estudiantes, aún aquellos que son menores de edad, pueden firmar esta solicitud para evitar que su información personal identificable sea divulgada, según opinión emitida por el Secretario de Justicia el 27 de octubre de 2005.

NOTA: SI USTED NO CONTESTA O NO ENTREGA FIRMADA ESTA SOLICITUD DE EXCLUSIÓN EN LA FECHA REQUERIDA, LA ESCUELA PODRÁ DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE DE SU HIJO O HIJA A LOS RECLUTADORES MILITARES.

Yo _____, ____ estudiante/ ____ padre/ ____ madre/ ____ tutor,
_____ del _____ grado en la

(Nombre del Estudiante si el padre, madre o tutor completa esta solicitud)

Escuela Especializada en Cinematografía Cacique Agüeybaná Secundaria del Distrito Escolar de Bayamón:

_____ Autorizo al Director de la Escuela a ofrecer la información a los Reclutadores Militares.

_____ No autorizo al Director de la Escuela a ofrecer la información a los Reclutadores Militares.

Nombre del estudiante: _____

Dirección postal del estudiante: _____

Teléfono: _____



DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Nombre del estudiante: _____

Número de SIE del estudiante: _____ Grado: _____

Región educativa: **BAYAMÓN** Distrito escolar: **BAYAMÓN**
ESCUELA ESPECIALIZADA EN CINEMATOGRAFÍA CACIQUE AGÜEYBANÁ SECUNDARIA (70078)

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR 2018-2019

Nombre del padre o encargado: _____

Ocupación del padre o encargado: _____

Ingreso anual del padre o encargado: _____ (A)

Nombre de la madre o encargada: _____

Ocupación de la madre o encargada: _____

Ingreso anual de la madre o encargada: _____ (B)

Otros miembros: _____

Ocupaciones de los otros miembros: _____

Ingreso anual de los otros miembros: _____ (C)

Total ingreso anual familiar: $A+B+C=$ _____

Total miembros de la familia: _____

Firma del padre, madre o encargado: _____

Firma maestro salón hogar: _____

Firma del director escolar: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE ESTUDIANTES EN HORARIO ESCOLAR Y ENTREGA DE DOCUMENTOS

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Fecha: _____

Autorizo a las siguientes personas a gestionar la salida de mi hijo/a del plantel escolar:

Nombre

Teléfono

Autorizo a las siguientes personas a representarme durante el recogido de documentos, reuniones con maestros u otro personal escolar, en caso de que por razones de trabajo o enfermedad no pueda asistir a la escuela.

Nombre

Teléfono

*Como padre, madreo encargado me comprometo a actualizar este documentos de ocurrir algún cambio.

Nombre del padre, madre o encargado

Firma



CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOS Y VIDEOS DEL ESTUDIANTE

Yo autorizo a la **Escuela Especializada en Cinematografía Cacique Agüeybaná Secundaria (EECCAS)** a utilizar mi imagen para fines educativos.

Entiendo que no recibiré compensación alguna por mi aparición. La **EECCAS** tendrá dominio total del producto y el derecho a utilizar mi nombre, semejanza, además de material biográfico con fines de publicidad del producto.

La **EECCAS** podrá:

1. Fotografiarme y grabar mi voz, y semejanza, para propósitos de producción; ya sea película, *videotape*, cinta magnética, digital, entre otras;
2. Duplicar copias de las fotografías y grabaciones hechas;
3. Utilizar mi nombre y semejanza con propósitos educativos, promoción o mercadeo de la venta o intercambio de las fotografías, grabaciones y alguna copia duplicada.

Entiendo que el producto final le pertenece a la **EECCAS** y que no habrá ningún tipo de restricción con la cantidad de veces que mi nombre y semejanza se pueda utilizar (festivales, muestras, entre otros).

Yo relevo y consiento que no tengo, y no reclamaré tener, bajo este contrato u otro, ningún derecho, *copyright*, títulos o interés de cualquier naturaleza en algún *film* bajo la producción de la **EECCAS** en el que yo aparezca; incluyendo guiones, títulos, *copyright*, ideas, nombres, tesis y/u otras características e incidentes en cualquier producción de **EECCAS**, sus sucesores, agentes, licencias y clientes.

Además, otorgo relevo a **EECCAS**, sus asociados, sucesores y empleados, de cualquier tipo de demanda por daño, difamación, calumnia, invasión de la privacidad o alguna otra demanda basada en el uso del material antes presentado.

Este relevo está hecho de mí por mi parte, mis herederos, ejecutivos, administradores y empleados y debe ser gobernado por las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Fecha

Firma del estudiante

Firma del padre, madre o encargado

Firma del Director Escolar



INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE P1-2

Nombre del estudiante: _____ Sexo: ☐ F ☐ M
 Edad: _____ Grado/Grupo: _____ Maestro de salón hogar: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono madre o padre: _____
 Trabajo: _____ Persona contacto de emergencia: _____
 Plan médico: ☐ Gobierno ☐ Privado ☐ No plan | Distrito: **BAYAMÓN** Municipio: **BAYAMÓN**
ESCUELA ESPECIALIZADA EN CINEMATOGRAFÍA CACIQUE AGÜEYBANÁ SECUNDARIA

Favor de hacer un (X) en las condiciones de salud que tiene su hijo y si tiene tratamiento para las condición que indica.

Condiciones de visión: (Usa espejuelos/lentes de contacto) ☐ Sí ☐ No
 Otra condición (especifique): _____
 Tratamiento para condiciones de visión (especifique): _____

Condiciones de audición: Usa: ☐ un audífono ☐ dos audífonos
 Otra condición del oído: ☐ Sí ☐ No Especifique: _____
 Padece de infecciones frecuente de oído: ☐ Sí ☐ No Especifique: _____
 Tratamiento para condiciones de oído (especifique): _____

Condiciones de las vías respiratorias: ASMA
 Fecha del diagnóstico: _____ Último episodio (fecha) de asma: _____
 Tratamiento para la condición de las vías respiratorias (especifique): _____

Condiciones dermatológicas (piel): ☐ Sí ☐ No
 Tratamiento para la condición dermatológica: ☐ Sí ☐ No

Condiciones dentales: CRIES ☐ Sí ☐ No
 Tratamiento para la condición dental: ☐ Sí ☐ No

Problemas del habla: ☐ Sí ☐ No
 Recibe tratamiento para problemas del habla por Educación Especial ☐ Sí ☐ No

Ortopedia: ☐ Sí ☐ No
 Tratamiento para la condición de ortopedia: ☐ Sí ☐ No

Epilepsia: ☐ Sí ☐ No
 Tipo de epilepsia: _____
 Tratamiento para la epilepsia: ☐ Sí ☐ No
 Medicamentos para la epilepsia: _____



CONTINUACIÓN | INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE P1-2

Condición de tiroides: ____ Sí ____ No

Tratamiento para condición de tiroides (especifique): _____

Diabetes: ____ Tipo I (Insulina) ____ Tipo II (pastillas)

____ Hipoglucémico con tratamiento Fecha del diagnóstico: _____

Especifique otras condiciones de salud: _____

Tratamiento: _____

OTRA INFORMACIÓN

El estudiante está registrado en Educación Especial: ____ Sí ____ No

Cuál es el diagnóstico registrado: _____

CONSENTIMIENTO PARA LAS “CLÍNICAS DE SALUD”

Marque con una (X) si autoriza o no autoriza

Por la presente ____ **autorizo**, ____ **no autorizo** a la enfermera escolar y a la auxiliar de salud a llevar a cabo el procedimiento de examen físico, el cual consiste en:

- ✓ El cotejo del peso y la estatura
- ✓ la evaluación de agudeza visual
- ✓ la prueba de audición
- ✓ toma de signos vitales (presión arterial y pulso)
- ✓ prueba de orina (tirilla) para identificar proteína, sangre, azúcar, nitrito o sodio
- ✓ revisión de tarjeta de vacunas
- ✓ inspección general

La enfermera escolar realiza una entrevista individual. Cada procedimiento cumplirá con las medidas de privacidad y el derecho a la confidencialidad, lo cual comprende no divulgar información a terceros cuando no medie su autorización expresa por escrito al respecto.

Por la presente, certifico que he analizado y comprendido la información contenida en los documentos enviados por el Programa de enfermería Escolar relacionados al Historial de Salud.

Certifico que he recibido la carta explicativa dirigida a padres/tutores o custodios y esta autorización para que la enfermera escolar realice el procedimiento de examen físico y entrevista a mi hijo. Entiendo que los mismos no conllevan riesgo a la salud del menor y que se cumplirá con los parámetros de confidencialidad y privacidad correspondientes.

Nombre y firma del padre, madre, tutor o encargado

Fecha