Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre de la persona que completa este formulario*

Dirección de correo electrónico de la persona que completa este formulario (esta dirección de correo electrónico recibirá un enlace para volver a completar su formulario)*

Información del estudiante

Escuela Pathways (seleccione la ubicación):*

Nombre del estudiante (primer nombre)* (segundo nombre)*

(Apellido)*

Fecha de nacimiento:* Últimos 4 dígitos del SS#: Grado actual:

Dirección de la casa del estudiante - Calle:*

Ciudad (*): Estado (*): Código postal:*

Condado/Distrito de origen:

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

Nombre de la madre / tutor # 1* Relación padre/tutor #1

Padre/Tutor # 1 Calle*

Padre/Tutor #1 Ciudad, Estado, Código Postal:*

Teléfono celular #1

Teléfono de casa n.º 1

Teléfono de trabajo n.º 1

Correo electrónico del padre/tutor n.º 1

Padre / Tutor # 2 Nombre

Relación padre/tutor #2

Padre/Tutor # 2 Calle

Padre/Guardián. #2 Ciudad, Estado, Código Postal:

#2 Teléfono celular

#2 Teléfono de casa

#2 Teléfono del trabajo

Correo electrónico del padre/tutor n.º 2

En caso de una emergencia y no se pueda contactar a un padre/tutor, identifique a 2 personas a las que la escuela pueda contactar:

Nombre del contacto de emergencia n.º 1*

Relación*

Teléfono*

Nombre del contacto de emergencia n.º 2

Relación

Teléfono

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

El gobierno federal, que requiere que todos los estados recopilen información, ha desarrollado una forma de informar el origen étnico y la raza que incluye categorías. Estas categorías brindan una imagen más precisa de la diversidad étnica y racial de la nación. También permite identificar a los individuos en clasificaciones étnicas y raciales y en más de una categoría racial. Estas categorías son para uso en recopilaciones de datos estatales y federales que incluyen datos sobre etnicidad y raza.

Designación de etnicidad

El estudiante es HISPANO O LATINO? Las personas de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza, se consideran hispanas o latinas.*

- ◯ Sí
- ◯ No

Designación de carrera

Lea las descripciones a continuación y marque la casilla o casillas que indican la raza de este estudiante. Debe seleccionar al menos una raza, independientemente de la designación étnica. Se puede seleccionar más de una respuesta. Indique la raza del estudiante (Seleccione todas las que correspondan)*

- ☐ INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte o del Sur (incluida América Central), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- ☐ ASIÁTICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ NEGRO O AFROAMERICANO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- ☐ BLANCO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.
- ☐ HAWAIANO NATIVO U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Iniciales del padre/tutor:*

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre del médico/HMO:

Teléfono

DIRECCIÓN:

Tiene su hijo/hija seguro médico?

- Sí
- no

En caso afirmativo, ¿Asistencia médica?

- Sí
- no

Compañía de seguros médicos

política #

Enumere las alergias u otras condiciones médicas especiales:

** NOTA Si el estudiante toma algún medicamento, complete los formularios de medicamentos disponibles en https://pathwayschools.org/wp-content/uploads/2019/06/1_MedicationForm.pdf

Los funcionarios escolares pueden administrar primeros auxilios y/o llevar a su hijo al centro médico apropiado más cercano en caso de una emergencia médica. NOTA IMPORTANTE: El personal de emergencia será contactado y utilizado, según se considere necesario, en situaciones de emergencia.*

- Sí
- no

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

Consentimiento para Servicios para Adultos y Ferias/Visitas Universitarias

Autorizo a Pathways a invitar a un representante de las siguientes agencias a asistir a las reuniones del IEP y otras reuniones relacionadas con la planificación de la transición durante el año escolar (marque todas las que permita que se le invite):

- [ ] División de Servicios de Rehabilitación (DORS) - Servicios de Rehabilitación Vocacional
- [ ] Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA)
- [ ] Administración de Salud del Comportamiento (BHA)
- [ ] Departamento de Trabajo, Licencias y Regulación (DLLR) Oficina de Desarrollo de la Fuerza Laboral y Aprendizaje de Adultos

Doy permiso para que Pathways refiera a mi hijo a las siguientes agencias durante el año escolar (marque todo lo que permita para que se envíe una remisión):

- [ ] división de Servicios de Rehabilitación (DORS) - Servicios de Transición Previos al Empleo (Pre-ETS)
- [ ] División de Servicios de Rehabilitación (DORS) - Servicios de Rehabilitación Vocacional
- [ ] Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA)
- [ ] Administración de Salud del Comportamiento (BHA)
- [ ] Departamento de Trabajo, Licencias y Regulación (DLLR) Oficina de Desarrollo de la Fuerza Laboral y Aprendizaje de Adultos

Doy permiso para que mi hijo asista a ferias/visitas universitarias y para solicitar información de las universidades que asistirán a la feria universitaria:

- ( ) Sí
- ( ) no

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante*

Apellido del estudiante*

Fecha

Una vez que mi hijo/hija esté inscrito en The Pathways Schools, ***doy mi permiso para que la escuela o el personal contratado administre las evaluaciones***. El propósito de estas evaluaciones es actualizar los niveles de habilidades académicas e identificar intereses postsecundarios y metas e intereses profesionales.

Esta lista no pretende ser exhaustiva, sino brindar ejemplos de los tipos de evaluaciones que se pueden realizar.

Las evaluaciones proporcionadas pueden incluir lo siguiente:

> Batería psicoeducativa Woodcock-Johnson - Pruebas de rendimiento IV
> QRI-6 (Inventario de lectura cualitativa)
> Evaluaciones informales: Evaluaciones de matemáticas 6-8, Evaluación de matemáticas 9-12, Inventario de matemáticas en el aula K -6, Para el maestro en movimiento ..... (lectura y escritura)
> Evaluaciones de transición> Evaluación de comportamiento funcional (FBA) / Plan de intervención de comportamiento (BIP)

Entiendo que puedo recibir los resultados de las pruebas anteriores o de cualquier otra prueba y que me las expliquen. También entiendo que todos los resultados de las pruebas serán tratados con confidencialidad. Solo los padres/tutores legales, LSS y el personal de la escuela que trabajan con el estudiante o le brindan servicios tienen permitido el acceso a esta información, a menos que yo dé mi permiso por escrito.

- ◯ Sí
- ◯ No

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDIOS/FOTOGRAFÍA

Este comunicado entrará en vigencia en la fecha de la firma y se extenderá por la duración del año escolar **2026-2027** en Pathways, a menos que se revoque por escrito en cualquier momento.

Por favor marque sí o no para cada una de las siguientes declaraciones.

The Pathways Schools tiene mi permiso para tomar fotografías/videos del estudiante para uso dentro de The Pathways Schools

- Sí
- No

Imprimir/publicar fotografías o videos del estudiante CON el nombre incluido para su publicación, incluso en el sitio web, las redes sociales (p. ej., Facebook) y el boletín de The Pathways Schools

- Sí
- No

Imprimir/publicar fotografías o videos del estudiante SIN incluir el nombre para su publicación, incluso en el sitio web, las redes sociales (p. ej., Facebook) y el boletín informativo de The Pathways Schools

- Sí
- No

Imprimir/publicar trabajos estudiantiles escritos, artísticos o académicos CON el nombre incluido para su publicación, incluso en el sitio web de The Pathways Schools, redes sociales (p. ej., Facebook)

- Sí
- No

Imprimir/publicar trabajos estudiantiles escritos, artísticos o académicos SIN incluir el nombre para su publicación, incluso en el sitio web, las redes sociales (p. ej., Facebook) y el boletín informativo de The Pathways Schools

- Sí
- No

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

PERMISO PARA TRANSPORTE ESCOLAR DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

Este permiso entrará en vigencia en la fecha de la firma y se extenderá por la duración del año escolar ***2026-2027*** y ***ESY 2027***, a menos que se revoque por escrito en cualquier momento.

Doy mi permiso a The Pathways Schools, o a la(s) persona(s) que opera(n) en su nombre autorizado, para que mi hijo(a) participe y sea transportado a actividades, tales como, entre otras:

> experiencias educativas basadas en la comunidad y
> experiencias de transición, incluida la exploración laboral, visitas a sitios de capacitación vocacional, experiencias de observación laboral, trabajo voluntario y remunerado, o pasantías.

Entiendo que en cualquier momento el transporte puede ser proporcionado:

> por un miembro del personal con o sin otro miembro del personal y mi hijo
> por un miembro del personal con o sin otro estudiante
> en el vehículo de un miembro del personal; o
> en un vehículo de Pathways.

- ◯ Sí
- ◯ No
- ◯ Otra

Si "no" u "otra", por favor explique:

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Consentimiento informado para servicios de telesalud y aprendizaje a distancia - Descripción

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

Introducción

El aprendizaje a distancia y la telesalud implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los educadores y los profesionales de servicios relacionados brinden servicios con el propósito de implementar el IEP. La información intercambiada y obtenida a través del aprendizaje a distancia y telesalud puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir todo lo siguiente:
> Registros de estudiantes
> Registros médicos e imágenes
> Audio y/o video bidireccional en vivo
>Datos de salida de archivos de sonido y video

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes de los estudiantes e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados
> Acceso mejorado a los servicios al permitir que un estudiante permanezca en su hogar (o en un sitio remoto) para recibir los servicios prescritos por el IEP de un profesional de la salud a distancia/en otro(s) sitio(s).
> Continuación de los servicios prescritos por el IEP.

Posibles Riesgos
Como con cualquier servicio, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:
> La información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., resolución deficiente de las imágenes) para permitir que un médico tome decisiones apropiadas;
> Podrían ocurrir demoras en el servicio debido a deficiencias o fallas del equipo y tecnología;
> En raras ocasiones, los protocolos de seguridad pueden fallar, provocando una violación de la privacidad de la información de identificación personal

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Consentimiento informado para servicios de telesalud y educación a distancia - Consentimiento

Nombre del estudiante* Apellido del estudiante* Fecha

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:
1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información del estudiante también se aplican al aprendizaje a distancia y la telesalud, y que ninguna información obtenida en el uso del aprendizaje a distancia o la telesalud, que identifique al estudiante, se divulgará a investigadores u otros. entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que el estudiante/padre tiene derecho a retener o retirar el consentimiento para el uso del aprendizaje a distancia o telesalud en el curso de la prestación del servicio en cualquier momento, sin afectar el derecho del estudiante a servicios o tratamientos futuros.
3. Entiendo que el estudiante/padre tiene derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telesalud o aprendizaje a distancia, y puede recibir copias de esta información.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de prestación de servicios pueden estar disponibles y que el estudiante/padre puede elegir uno o más de estos en cualquier momento. El profesional puede explicar las alternativas a satisfacción del estudiante/padre.
5. Entiendo que el aprendizaje a distancia y la telesalud pueden implicar la comunicación electrónica de información de identificación personal (PII) a otros profesionales de servicios que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que el estudiante/padre puede esperar los beneficios anticipados del uso del aprendizaje a distancia o la telesalud, pero no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.

Consentimiento del estudiante/padre para el uso del aprendizaje a distancia y la telesalud (seleccione uno)

- ○ DAR CONSENTIMIENTO INFORMADO: he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con los profesionales o los asistentes que se hayan designado, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy consentimiento informado para el uso de telesalud para la implementación continua del IEP del estudiante.

- ○ NO DAR CONSENTIMIENTO INFORMADO: he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con los profesionales o los asistentes que se hayan designado, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente, no doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud para la implementación continua del IEP del estudiante.

Iniciales del padre/tutor:*

Las escuelas Pathways ~ 2026-2027
Información del estudiante y formularios de consentimiento

Nombre del estudiante*

Apellido del estudiante*

Entiendo que el Manual para padres y estudiantes de Pathways Schools y los manuales específicos del sitio están disponibles en el sitio web de The Pathways Schools en www.pathwayschools.org

Entiendo que las técnicas y acciones disciplinarias para manejar el comportamiento inapropiado descritas en el Manual para padres de Pathways Schools incluyen separación general, tiempo fuera solicitado por el estudiante, tiempo fuera dirigido por el personal, detención durante el almuerzo, servicio comunitario/escolar, intervención en la escuela, búsqueda y incautación, suspensión, ubicación alternativa y terminación o expulsión. The Pathways Schools no utiliza restricción física, exclusión o reclusión.

- ◯ Sí
- ◯ No

Escribir mi nombre aquí reconoce que toda la información y los consentimientos incluidos en estos formularios son precisos según mi leal saber y entender.*

Escriba el nombre y apellido completos

Fecha