



**Verificación del recibo del  
Manual en Línea Para Padres  
y  
Paquete de firmas del  
Manual Para Padres**

Por favor, lea el manual en línea, complete y firme **las primeras 7 páginas**. Luego sáquenlos y entrégueselo a la oficina de la escuela dentro de la primera semana del comienzo de clases.



## *Distrito Escolar de Live Oak*

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

### Lista de Verificación

<b>Nombre del estudiante</b>	
<b>Grado</b>	

<b>En este paquete de firmas - todo requerido por todas las familias</b>
--------------------------------------------------------------------------

	Tarjeta de emergencia del Estudiante <i>(SE REQUIEREN al menos 2 contactos de emergencia además de los padres)</i>
	Autorizaciones de los Padres - consentimiento de foto y video & Acuerdo de ParentSquare
	Cuestionario de Servicio al Estudiante
	Formulario de Consentimiento para Consejería e Información de Salud Protegida
	Historial de Salud: Actualización Anual del Estudiante
	Acuerdo de computadora portátil para padres y estudiantes - para el uso de Chromebooks en la escuela

<b>En el manual - páginas basadas en el manual en línea 2024-2025 (<a href="http://www.losd.ca">www.losd.ca</a>)</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	California Healthy Kids Survey ~ Page 28
	Aviso anual a los padres 2024-2025 - Página 85
	Compacto del Título I - Página 42
	Asistencia Escolar - Página 5
	FERPA - Página 48
	Política de tareas - Página 33

**Reconozco que el manual para padres y tutores está disponible en el sitio web del distrito y soy responsable de leerlo. Si necesito una copia, puedo solicitarla en la escuela de mi hijo.**

Nombre del Padre / Guardián

Firma del Padre / Guardián

Fecha



## *Distrito Escolar de Live Oak*

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

### **Tarjeta de Emergencia del Estudiante**

**Por favor escriba claramente. En una emergencia, necesitamos poder leer esto.**

<b>Apellido del Estudiante</b>	<b>Nombre del Estudiante</b>
Grado: _____ Identidad de Género: M F X	<i>Nombre Preferido del Estudiante:</i>
Fecha de Nacimiento:	
Dirección de la casa	Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)
Ciudad/Código Postal	Ciudad donde recibe su correo
Celular del estudiante	Estado donde recibe su correo
Idioma hablado en el hogar:	Código Postal

**¿Con quién vive el estudiante?**   Ambos padres    Madre    Padre    Guardián

Información del Padre / Guardián (1)	Información de la Madre / Guardián (2)
Nombre	Nombre
Relación	Relación
Correo electrónico	Correo electrónico
Dirección de la casa	Dirección de la casa
Teléfono celular	Teléfono celular
Empleador	Empleador
Teléfono del trabajo	Teléfono del trabajo



## Distrito Escolar de Live Oak

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

**Sólo las personas nombradas a continuación tienen mi permiso para autorizar servicios médicos o quirúrgicos para mi hijo/a o para recoger a mi hijo/a en caso de enfermedad o emergencia. *Proporcione al menos 2 personas que no sean padres/cuidadores.***

Contactos de emergencia (1) REQUERIDO	Contactos de emergencia (2) REQUERIDO
Nombre	Nombre
Relación	Relación
Teléfono durante el día/celular	Teléfono durante el día/celular
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Contactos de emergencia (3)	Contactos de emergencia (4)
Nombre	Nombre
Relación	Relación
Teléfono durante el día/celular	Teléfono durante el día/celular
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad

Salud / Información de Emergencia: ¿Su hijo/a tiene alguna condición médica? <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	
ADHD <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Condición del corazón <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/>	
Otro:	Descripción:
¿Su estudiante toma medicación diaria en casa? <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Medicación:	
¿Su estudiante toma medicación diaria en la escuela? <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> Medicación:	
Médico:	Número de teléfono del Médico:
¿Su familia está cubierta por un seguro de salud? <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	
<b>USO EN LA OFICINA - NO FIRME: Autorización de liberación en caso de desastre</b>	
En caso de un desastre o una emergencia importante, como un terremoto, LOSD está autorizado a entregar a mi hijo a un contacto de emergencia adulto que se menciona en el orden anterior.	
Para ser completado durante una emergencia real: <b>Estudiante liberado a</b>	
Nombre del contacto de emergencia	Firma del contacto de emergencia
	Fecha/Hora
Firma del personal _____	



## Distrito Escolar de Live Oak

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

### Autorizaciones de los Padres

Nombre del estudiante	Grado			
<b>Consentimiento y Liberación para el uso de fotos, videos o voz</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;"><b>SÍ</b></td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;"><b>SÍ</b> <i>Solo internamente (anuncios, Parent Square y anuario únicamente)</i></td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;"><b>NO</b></td> </tr> </table>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b> <i>Solo internamente (anuncios, Parent Square y anuario únicamente)</i>	<b>NO</b>
<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b> <i>Solo internamente (anuncios, Parent Square y anuario únicamente)</i>	<b>NO</b>		
<p>Por la presente otorgo permiso al Distrito Escolar de Live Oak para usar fotos, videos o voz en cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Publicaciones basadas en la web, redes sociales, anuncios impresos, eblast de organizaciones, etc.</li> </ul> <p><b><i>(Esto no incluye ParentSquare ya que es una plataforma segura que no está abierta a miembros que no sean miembros de LOSD)</i></b></p> <p>Por la presente afirmo que dicha divulgación al Distrito Escolar de Live Oak no constituye ninguna forma de compensación, incluidas las regalías que surjan de las fotografías, para mi beneficio. Entiendo y acepto que las fotografías en posesión del Distrito Escolar de Live Oak pasarán a ser propiedad del cedido. Sin embargo, el uso y publicación de las fotografías se ajustará a mis derechos como sujeto de dichas fotografías. Por la presente renuncio a mi derecho de inspeccionar o aprobar las fotografías en las que aparece mi imagen. Por la presente eximo de responsabilidad, libero y libero para siempre al Distrito Escolar de Live Oak de todos los reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio, tenga o pueda tener en razón de esta autorización.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

#### ParentSquare - Plataforma de comunicación del distrito

El distrito utilizará ParentSquare como la plataforma de comunicación SEGURA del distrito. Solo los dos tutores en el expediente del estudiante tendrán acceso a él.

ParentSquare elimina las barreras de comunicación para facilitar que las familias trabajen con su escuela.

- Mensajes de texto, correo electrónico, aplicación o voz
- Traducción bidireccional automática en más de 100 idiomas
- Herramientas de verificación y corrección de contactos
- Inscripciones integradas, formularios, citas, asistencia, directorio y más

Permitirá a los padres comunicarse, durante el horario laboral, con el personal/maestro de su escuela.

Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha



# Distrito Escolar de Live Oak

Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.

**Pat Sanchez**  
Superintendente

## Cuestionario de Servicios al Estudiante

La información proporcionada en este formulario es confidencial y es necesaria para ayudar al Distrito Escolar de Live Oak para identificar a los estudiantes que califican bajo la Ley McKinney-Vento. Gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario.

Nombre del Estudiante		Fecha de Nacimiento	
Nombre de Escuela		Grado	
Dirección completa de la familia		Número de teléfono	
		Correo electrónico	

### ¿Qué es la Ley McKinney-Vento?

La Ley McKinney-Vento ofrece a los estudiantes sin hogar los siguientes derechos: la inscripción inmediata en la escuela de origen, la asistencia a la obtención de toda la documentación requerida, y la participación en un programa de comida gratis.

Para preguntas adicionales o información por favor póngase en contacto con:  
(831) 475-6333

El Distrito Escolar de Live Oak se asocia con el **Centro de recursos comunitarios de Live Oak** para fortalecer nuestra comunidad diversa a través de servicios innovadores como, Defensa Juvenil, Tutoría, Consejería, Apoyo a la Familia Adoptiva, Defensa/ Manejo de casos, Educación para padres y acceso a atención médica.  
Contactar: (831) 476-7284

### ¿Dónde vive su hijo(a) / familia actualmente?

<input type="checkbox"/>	En un refugio (refugio familiar, refugio para violencia doméstica, refugio para jóvenes, programa de vivienda de transición) o remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) Nombre del refugio: _____	<input type="checkbox"/>	Comparto vivienda con amigos o familiares, debido a: <input type="checkbox"/> Pérdida de la vivienda <input type="checkbox"/> Dificultad económica <input type="checkbox"/> Desastre natural <input type="checkbox"/> Falta de vivienda adecuada <input type="checkbox"/> Desalojado de su casa <input type="checkbox"/> Elección familiar <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____
<input type="checkbox"/>	En un hotel o motel. Situación: _____ _____	<input type="checkbox"/>	En un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción) Zona de estancia: _____
<input type="checkbox"/>	En una residencia unifamiliar/vivienda permanente (como ser propietario o alquilar una casa o apartamento solo con la familia inmediata)	<input type="checkbox"/>	Desconocido o Otro: _____ _____

**Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores:    Sí     No**

Por favor, proporcione cualquier información adicional de la cual le gustaría que la escuela estuviera informada para apoyar a su familia:

---



---



---

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha



# Distrito Escolar de Live Oak

Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.

Pat Sanchez  
Superintendente

## CONSENTIMIENTO PARA CONSEJERÍA y CONSENTIMIENTO PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nuestro distrito ofrece grupos de habilidades socioemocionales, asesoramiento escolar breve e intervención en crisis según sea necesario. Estos servicios están a cargo de consejeros de salud mental autorizados.

Los estudios demuestran que una buena salud social y emocional tiene un impacto positivo en el éxito de los estudiantes en la escuela. Los consejeros están aquí para apoyar a los estudiantes para que puedan prosperar.

Firmar el consentimiento de consejería no significa necesariamente que su estudiante será inscrito en cualquiera de los programas de consejería. Tener un consentimiento registrado ayuda a optimizar los servicios de asesoramiento, en caso de que su hijo los necesite. Se notificará a los padres si su estudiante es remitido para consejería individual o grupal.

**CONSENTIMIENTO:** Autorizo al Equipo de consejería del Distrito Escolar de Live Oak para proporcionar consejería par mi/nuestro hijo/a en forma de sesiones individuales, conjuntas o grupo.

**HONORARIOS:** No hay cargos de consejería.

**RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD Y POLÍTICAS DE PRIVACIDAD:** Mi / nuestra firma indica que he / hemos leído y entendido el aviso de "Prácticas de Salud y Políticas de Privacidad" que describe los derechos respecto a la Información de Salud Protegida (PHI) como participante con el Distrito Escolar de Live Oak según los requisitos federales HIPAA.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN:** Toda la información y los registros obtenidos en el curso de de la consejería a través del Distrito Escolar de Live Oak siguen siendo confidencial y no serán compartidos con otros personas sin el consentimiento por escrito del padre o tutor legal, excepto para las siguientes situaciones:

- Proporcionar seguridad. Esto incluye reporte obligatorio de sospecha de abuso y negligencia infantil, así como la prevención de daño inmediato a sí mismo y / u hacia otros. Esta excepción es seguida por todos los informantes obligatorios, incluyendo personal de la escuela actual de su hijo hijo/a.
- Supervisión. El consejero puede recibir consultas de supervisión con el personal con licencia.
- El consejero puede, a veces, compartir la PHI con otros para coordinar la atención para el estudiante.

Por favor, tenga en cuenta que tiene el derecho de hacer una solicitud por escrito para utilizar o compartir su información. Mientras que el consejero no está obligado a conceder la solicitud de esas limitaciones, él o ella cumplirá si es posible.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. Si decide revocar, el consejero atenderá a su solicitud en relación con el uso o divulgación de su PHI desde el momento en que él o ella reciba su revocación por escrito. Por favor, sepa que antes de su revocación por escrito, la información sobre el estudiante ya puede haber sido compartida eso no puede ser cambiado.

Si usted no está satisfecho con los servicios o se siente que ha sido negado acceso igualitario a los servicios ofrecidos dentro del distrito escolar, le animamos a discutir estas cuestiones con el consejero. Si el problema no se resuelve a su entera satisfacción, usted puede solicitar hablar con su supervisor inmediato.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (imprime): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE(S)/GUARDIÁN (imprime): \_\_\_\_\_

FIRMA DE PADRE(S)/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Consentimiento dado: Sí  No

*\*Esta forma expira un año después de la fecha de la firma original.\**



## *Distrito Escolar de Live Oak*

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

### **Historial de Salud: Actualización Anual del Estudiante**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_

(Teléfono móvil): \_\_\_\_\_ (Número de trabajo): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_

(Teléfono móvil): \_\_\_\_\_ (Número de trabajo): \_\_\_\_\_

**EN CASO DE ENFERMEDAD O LESIÓN, SE COMUNICARÁ CON LOS PADRES O TUTORES LEGALES. SI NO SE PUEDE LOCALIZAR A LOS CONTACTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, SE LLAMARÁ A LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA.**

HISTORIAL MÉDICO	SI	NO	Medicamentos** tomados (cuándo y qué)
Problemas de audición (usa audífonos, ¿izquierdo/derecho/ambos?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas urinarios/intestino/gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos convulsivos/convulsiones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reacciones alérgicas (graves)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* Requiere formularios HCP (Plan de atención médica) en la oficina. El formulario del Plan de atención médica debe ser completado por el médico y los padres. Cualquiera de las condiciones anteriores puede requerir un Plan de Atención Médica.

\*\* Si se van a tomar medicamentos en la escuela, el médico y los padres deben completar documentación adicional.

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Operaciones: \_\_\_\_\_

Enfermedades/lesiones graves: \_\_\_\_\_





# Distrito Escolar de Live Oak

Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.

Pat Sanchez  
Superintendente

## Historial de Salud: Actualización Anual del Estudiante (página 2)

Su hijo/a:

¿Toma algún medicamento?    Sí     No     En caso afirmativo, nombre del medicamento.: \_\_\_\_\_

¿En la escuela?                      Sí     No             ¿Para qué condición? \_\_\_\_\_

*\*\*Si se van a tomar medicamentos en la escuela, el médico y los padres deben completar documentación adicional todos los años.*

Usar gafas?                              Sí     No               Fecha del último examen de la vista? \_\_\_\_\_

Tener limitaciones físicas?    Sí     No               En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna inquietud o problema de salud que le gustaría discutir con la enfermera de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene seguro de salud?    Sí     No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La información anterior se considera confidencial y es para uso exclusivo de la enfermera de la escuela, el asistente de salud, los maestros, el director u otro personal que estará en contacto y será responsable de su hijo durante el día escolar.

Se requiere una Divulgación de información (ROI) para que la enfermera del distrito hable con un médico.

**Este historial médico anterior está actualizado y es correcto, según mi leal saber y entender; Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor notificar a la escuela sobre problemas de salud nuevos o existentes o cualquier cambio en la información de contacto. Entiendo que este formulario de historial médico debe actualizarse cada año escolar.**

Firma del padre / tutor

Fecha

### Sólo para uso de oficina

Initial review completed by office staff \_\_\_\_\_ Nurse review needed?  Yes  No  
Staff Initials & Date

Review by District Nurse completed (if applicable) \_\_\_\_\_  
School Nurse Signature & Date



## Distrito Escolar de Live Oak

*Nuestra misión es empoderar, inspirar y garantizar oportunidades equitativas para que todos los estudiantes prosperen. Enseñamos y nutrimos al niño en su totalidad en un entorno académicamente riguroso, colaborativo e innovador.*

*Pat Sanchez  
Superintendente*

### Acuerdo de computadora portátil para padres y estudiantes

Nombre del maestro de Advisory		Grado	
--------------------------------	--	-------	--

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	# de identificación del estudiante

Padre/Guardián nombre completo	
--------------------------------	--

#### Término del Acuerdo

**En este acuerdo, "usted" y "su" significan el padre/tutor y el estudiante inscrito en el Distrito Escolar de Live Oak (LOSD). El "equipo" es una computadora portátil, un maletín y un cable de alimentación/cargador.**

<b>Términos:</b>	Se le entregará una computadora portátil de LOSD y un cable de alimentación/cargador. Cumplirá con el Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante del Distrito Escolar de Live Oak y la política de la junta BP6163.4.
<b>Título:</b>	El título legal del equipo pertenece al distrito y permanecerá en todo momento con el distrito. Su posesión del equipo termina en la fecha de recolección establecida por la escuela, a menos que el distrito lo termine antes o al retirarlo del distrito.
<b>Equipo perdido, robado, o dañado :</b>	Debe reportar cualquier equipo perdido, robado o dañado a la escuela inmediatamente. Para el equipo robado, también debe presentar un informe policial. Si el equipo se pierde o se daña, ya sea intencionalmente o por negligencia, el estudiante puede estar sujeto a medidas disciplinarias y usted puede ser responsable del costo de reparación o reemplazo. <b>Consulte el manual en línea para conocer las tarifas de reparación y reemplazo.</b>
<b>Sanciones por infracciones:</b>	Cualquier actividad que viole el Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante del Distrito Escolar de Live Oak o la política de la junta BP6163.4 debe informarse al administrador de la escuela. La acción disciplinaria, si la hubiere, para los estudiantes y otros usuarios deberá ser consistente con las políticas y procedimientos estándar del distrito. Las violaciones de la política pueden constituir causa para la revocación de los privilegios de acceso, la suspensión del acceso a los recursos electrónicos de LOSD, otra acción disciplinaria escolar y/u otra acción legal o penal apropiada, incluida la restitución, si corresponde.

#### Aceptación de los términos

**Al firmar este formulario, confirma que comprende la información de este acuerdo. También confirma que ha leído, comprende y acepta los términos del Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante del Distrito Escolar de Live Oak y la política de la junta BP6163.4.**

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha