Iglesia Evangélica Menonita
ACADEMIA MENONITA
URB. SUMMIT HILLS
1751 ASOMANTE STREET
SAN JUAN, PUERTO RICO 00920-4300
Church: (787) 707-0050 - School: (787) 783-1295 - Fax: (787) 783-1280
Email: information@acadmensj.org – Web: www.academiamenonitasj.org

15 de julio de 2022

ENTREGA DOCUMENTOS DE MATRÍCULA, FIRMA DE ACUERDO DE PAGO, AUTORIZACIÓN PRUEBA ALEATORIA, RECOJIDO PASE DE ENTRADA Y LIBROS DE ALQUILER, ACTUALIZACIÓN TARJETA VACUNA, SOLICITUD ACOMODO RAZONABLE, AUTORIZACIÓN SALIDA DE LA ACADEMIA POR LA TARDE ("WALKING PASS")

Estimados padres:

Que Dios les bendiga grandemente. Agradecemos al Señor por darnos la bendición de iniciar este nuevo año escolar recibiendo a todo nuestro estudiantado de forma totalmente presencial. Agradecemos a todos ustedes la confianza brindada al seleccionarnos como institución educativa en este año escolar 2022-2023. Le damos una cordial bienvenida a todas las familias de nueva admisión y de readmisión.

En cuanto a la situación de la pandemia, durante este año continuaremos cumpliendo con todos los requerimientos del Departamento de Salud y el Gobierno de Puerto Rico, según lo establecemos en el comunicado Plan de Reapertura y Control de Exposición a COVID-19 para Agosto 2022, fechado 20 de junio de 2022 y publicado en la sección de *Memos to Parents* de nuestra aplicación.

La semana que viene estaremos llevando a cabo todos los procesos necesarios para el inicio del año académico 2022-2023. Para mantener el orden de los procesos, hemos establecido las siguientes fechas escalonadas:

jueves. 21 de julio	8:00-10:00am	**PPK a K**
	10:00am-12:00pm	**1ro**
	1:00-3:00pm	**2do**
viernes, 22 de julio	8:00-10:00am	**3ro**
	10:00am-12:00pm	**4to**
	1:00-3:00pm	**5to**
martes, 26 de julio	8:00-10:00am	**6to**
	10:00am-12:00pm	**7mo**
	1:00-3:00pm	**8vo**
miérc., 27 de julio	8:00-10:00am	**9no**
	10:00am-12:00pm	**10mo**
	1:00-3:00pm	**11mo y 12mo**

Como parte de la organización y logística de esto días, se ubicarán mesas en el área de la cancha a través de las cuales los padres se moverán de acuerdo con el orden de llegada. Las mesas de servicio serán las siguientes:

1. **Entrega de Consentimiento de Pruebas Aleatorias del Departamento de Salud y actualización de vacunas**:

   El Consentimiento de Pruebas Aleatorias tiene que completarse cada año escolar (formulario incluido). Es una autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela pruebas de cernimiento para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en las escuelas. El formulario firmado es requerido por el Departamento de Salud para todo estudiante y **será requerido para la firma del Plan de Pago**.

   Traer copia de la tarjeta de vacuna COVID-19 si el estudiante ha recibido dosis adicionales a las que tuvo en la tarjeta de vacuna COVID-19 que entregó el año escolar pasado. Es importante resaltar que el protocolo que se aplique al estudiante, si hubiese un caso positivo en el grupo, dependerá del estatus de vacunación que aparezca en el expediente (ver Flujograma de Aislamiento y Cuarentena, adjuntas en el Plan de Reapertura y Control de Exposición a COVID-19 para Agosto 2022).

   En esta mesa estará ubicada la Sra. Fátima Ramos, Enfermera Escolar.

2. **Entrega de documentos de matrícula y recibo de Pase de Entrada**

   En esta mesa estará ubicada la Sra. Mara Mercado, Registradora, recibiendo todos los documentos de matrícula pendientes para los expedientes de los estudiantes y quienes tengan los expedientes completos recibirán el Pase de Entrada. Este pase valida que la familia ha cumplido con todo el proceso de admisión y debe ser entregado por el estudiante **en el portón de entrada el primer día de clase, junto con la prueba negativa de COVID-19** (que se explicará más adelante) para ser sustituido por un brazalete. Este brazalete deberá ser utilizado por el estudiante hasta que la institución emita su tarjeta de identificación.

3. **Firma del Acuerdo (Plan) de Pago**: En esta mesa estará ubicada la Sra. María L. Concepción de la Oficina de Contabilidad para que los padres firmen el Acuerdo de Pago.

4. **Recogido de Libros de Alquiler**: Los libros de alquiler serán entregados a los padres una vez hayan completado las demás gestiones.

   En esta misma mesa se entrega la **Autorización para Salir de la Academia por Cuenta Propia (a quienes aplique)**: La autorización tiene que ser completada en cada año escolar (formulario incluido). Con este documento los padres que así lo deseen, autorizan a los estudiantes a salir **solos**. Los estudiantes que tengan esta autorización deberán irse de los predios de la Academia tan pronto salgan por los portones y no quedarse esperando o pasando el tiempo en el estacionamiento, la acera o calles adyacentes. Todo padre que firme esta autorización es totalmente responsable del menor luego que este atraviese los portones de la Academia. **Es de suma importancia que entregue este documento ese mismo día (especificando si es a las 3:00 o 5:00 p.m.), ya que de este documento dependerá el color de la tarjeta de identificación que se le preparará al estudiante durante los primeros días de clase.**

5. **<u>Entrega de Solicitud de Acomodo Razonable (a quienes aplique)</u>**: Este documento tiene que completarse cada año escolar (formulario incluido). Se ubicará una mesa donde los padres que tienen hijos que necesitan acomodos (por las razones que sean) podrán firmar el Acuerdo de Acomodo Razonable. Si tiene evaluaciones o recomendaciones recientes del profesional de la salud que atiende al estudiante, favor incluirla para poder adecuar y actualizar el servicio a las necesidades del estudiante. La entrega de evaluaciones es requerida para quienes vayan a iniciar, por primera vez, los acomodos para este nuevo año escolar.

Esperamos verles y saludarles en estos días de gestiones.

Cordialmente,

Ramonita Rivera
Administradora

Anejos:
1. Autorización Prueba Aleatoria COVID-19
2. Autorización para Salir de la Academia por Cuenta Propia
3. Solicitud de Acomodo Razonable

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante "estudiante") pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2022-2023.

Para esto, el **Departamento de Salud de Puerto Rico** (DSPR) visitará la **INSTITUCIÓN**: _____.

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión.

Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado.

_____ _____

Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado | Fecha

PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO

Información del Estudiante		
Nombre del Estudiante en letra de molde		
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		
Dirección Física		
Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio		
Nombre en letra de molde		☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Custodio
En caso de mi ausencia, autorizo a		Parentesco:
Teléfono(s)		
Correo electrónico		
Dirección física		
Mejor manera de contactarle	☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____	

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He leído y entendido este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en **agosto 2022** y termina el **31 de julio de 2023*.**
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, **YO**:

☐ **DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

☐ **NO DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

DENEGACIÓN

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente.
- Entiendo que, esta **denegación** de consentimiento será válida hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma.

☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años)	**Fecha** (MM/DD/AÑO)

Completar la siguiente sección **solamente cuando aplique** a estudiantes emancipados o de 21 años o más.

ESTUDIANTES EMANCIPADOS O DE 21 AÑOS O MÁS

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19, y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.	☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.

Firma del Estudiante Emancipado/a (o si tiene 21 años o más)	**Fecha** (MM/DD/AÑO)

*Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano.

Guía Rápida

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante "estudiante") pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2022-2023.

Para esto, el **Departamento de Salud de Puerto Rico** (DSPR) visitará la **INSTITUCIÓN**: _____

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión.

Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado.

_____ _____

Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado — Fecha

PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO		
Información del Estudiante		
Nombre del Estudiante en letra de molde		
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		
Dirección Física		
Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio		
Nombre en letra de molde		☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Custodio
En caso de mi ausencia, autorizo a		Parentesco:
Teléfono(s)		
Correo electrónico		
Dirección física		
Mejor manera de contactarle	☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____	

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He leído y entendido este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en **agosto 2022** y termina el **31 de julio de 2023***.
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, **YO**:

☐ **DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

☐ **NO DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

DENEGACIÓN

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente.
- Entiendo que, esta **denegación** de consentimiento será válida hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma.

☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años) **Fecha** (MM/DD/AÑO)

Completar la siguiente sección **solamente cuando aplique** a estudiantes emancipados o de 21 años o más.

ESTUDIANTES EMANCIPADOS O DE 21 AÑOS O MÁS

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19, y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.	☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.

Firma del Estudiante Emancipado/a (o si tiene 21 años o más) **Fecha** (MM/DD/AÑO)

*Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano.

Primera Página

Segunda Página

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Guía Rápida: Primera Página

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante "estudiante") pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2022-2023.

Para esto, el **Departamento de Salud de Puerto Rico** (DSPR) visitará la **INSTITUCIÓN**: _____.

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión.

Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado.

_____ _____

Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado Fecha

No debe tener alteraciones (logos)

Validar vigencia de **Año Escolar**

Autoridad Escolar debe anotar **nombre de la escuela**

Padre, madre, tutor legal o encargado **debe** leer y firmar la sección

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Guía Rápida: Primera Página

Consentimiento Informado

PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO		
Información del Estudiante		
Nombre del Estudiante en letra de molde	*Juan del Pueblo Rivera*	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)	*10/22/2012* ó *octubre/22/2012*	
Dirección Física		
Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio		
Nombre en letra de molde		☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Custodio
En caso de mi ausencia, autorizo a		Parentesco:
Teléfono(s)		
Correo electrónico		
Dirección física		
Mejor manera de contactarle	☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____	

Padre/Madre/Encargado:

Completa información de estudiante

Persona **distinta** a quien completa esta hoja (*ejemplo: abuelos, tíos, u otros*).

Marcar al menos una (1)

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Guía Rápida: Segunda Página

Consentimiento Informado

Padre/Madre/Encargado:

Marcar esta sección **solamente** si **acepta** que se le realice la toma de muestra.

Marcar **solamente una (1)** opción si desea o no estar presente en la toma.

Marcar esta sección **solamente** si **niega** que se le realice la toma de muestra.

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en **agosto 2022** y termina el **31 de julio de 2023***.
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Nombre de estudiante

Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, **YO**:

☐ **DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

☐ **NO DESEO ESTAR PRESENTE**. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

Inicie en la línea correspondiente.

DENEGACIÓN

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente.
- Entiendo que, esta **denegación** de consentimiento será válida hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma.

☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años)	**Fecha** (MM/DD/AÑO)

Firme en esta sección una vez *autorice* o *niegue*.

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Guía Rápida: Segunda Página

Consentimiento Informado

SOLAMENTE ESTUDIANTES EMANCIPADOS

Completar la siguiente sección **solamente cuando aplique** a estudiantes emancipados o de 21 años o más.

ESTUDIANTES EMANCIPADOS O DE 21 AÑOS O MÁS	
☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19, y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.	☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre.

Marcar **solamente una (1) opción**

Firma del Estudiante Emancipado/a (o si tiene 21 años o más)	**Fecha** (MM/DD/AÑO)

*Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano.

Estudiante emancipado firma en esta sección una vez *autorice* o *niegue*.

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Cotejo: Autoridad en Salud Escolar

Consentimiento Informado

- ☐ Validar que el documento sea el correspondiente (instituciones privadas).
- ☐ Validar la vigencia del documento (**Año Escolar 2022- 2023**).
- ☐ Anotar el **nombre de institución** en el primer recuadro de la primera página.
- ☐ Asegurar que el documento es cumplimentado con **tinta azul o negra**.
- ☐ Validar que hay **una (1) hoja por estudiante**.
- ☐ Validar que el documento **NO** contiene **alteraciones** o **errores**.
- ☐ Validar que padre, madre, tutor o encargado **marcaron una (1) sola opción**, al *autorizar*, sobre querer o no estar presentes en la toma de muestra.
- ☐ Validar que padre, madre, tutor o encargado **firmaron** e **iniciaron** en las secciones correspondientes.

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Cotejo: Padre, madre, tutor o encargado

Consentimiento Informado

- ☐ Leer cuidadosamente el documento en su totalidad.
- ☐ Completar el documento en **tinta azul o negra** solamente.
- ☐ Firmar el recuadro de **intercambio de información** (primera página).
- ☐ Completar, en **letra de molde**, la información del estudiante y la suya.
- ☐ Anotar **nombre completo** y **parentesco** de persona a la que autoriza en su ausencia.
- ☐ Escoger **una (1) opción** sobre *autorizar* o *denegar* la toma de muestra.
- ☐ Escoger e iniciar en **una (1) opción** sobre *querer o no* estar presente durante la toma.
- ☐ Firmar **solamente** en la sección que indica *Padre/Madre/Tutor legal* (segunda página).

DEPARTAMENTO DE SALUD
Sistema de Vigilancia COVID-19 en Instituciones Educativas

Iglesia Evangélica Menonita
ACADEMIA MENONITA
1751 ASOMANTE STREET - SUMMIT HILLS
SAN JUAN, PUERTO RICO 00920
School (787) 783-1295 - Fax (787) 783-1280

Authorization to Leave School Grounds at the End of the School Day School Year 20____ - 20____

Autorización para Salir de la Escuela al Final del Día Escolar

I authorize my son/daughter _____, grade_____, to leave the school grounds at the end of the school day at ___3:00 p.m. / ___5:00 p.m. *(Autorizo a mi hijo/hija a irse de los predios de la escuela al final del día escolar a las ___3:00 p.m. / ___5:00 p.m.)*

_____ Own transportation (Own vehicle)
Transportación Propia (Vehículo Propio)

_____ Private Transportation Services
Servicio Transportación Privada

_____ Public Transportation
Transportación Pública

_____ Walking
Caminando

_____ Outside Tutoring with:_____
Tutoría Externa con

_____ Other:_____
Otro

I acknowledge and accept that: *(Entiendo y acepto que:)*

1. Academia Menonita will not be held responsible for the student after his/her departure from the school. *(La Academia Menonita no será responsable por el estudiante una vez éste haya salido de la escuela.)*
2. The student cannot wait or stay wandering outside the school, including the adjacent streets and avenues. *(El estudiante no puede esperar o quedarse divagando fuera de la escuela, incluyendo calles y avenidas adyacentes.)*
3. The student cannot return to the school, once he/she has left the Academy. *(El estudiante no puede volver a entrar a la escuela, una vez haya salido de la misma.)*

Parent or guardian's name *(Nombre del padre o encargado)*	Student's name *(Nombre del estudiante)*	Group & Grade *(Grado y Grupo)*
Parent or guardian's signature *(Firma del padre o encargado)*	Student's signature *(Firma del estudiante)*	Date *(Fecha)*

THIS AUTHORIZATION EXPIRES IN MAY OF THE CORRESPONDING SCHOOL YEAR.
Esta autorización vence en mayo del año escolar correspondiente.

Iglesia Evangélica Menonita
ACADEMIA MENONITA

URB. SUMMIT HILLS
1751 ASOMANTE STREET
SAN JUAN, PUERTO RICO 00920-4300
Church: (787) 707-0050 - School: (787) 783-1295 & (787) 507-4147
Email: information@acadmensj.org – Web: www.academiamenonitasj.org

Oficina de Servicios al Estudiante

Solicitud de Acomodo Razonable

Año académico:			
☐ **Presencial**		☐ **Virtual**	
Apellido Paterno	**Apellido Materno**	**Nombre**	**Segundo nombre**
Grado	**Fecha de solicitud (día/mes/año)**		
Tipo de solicitud: ☐ **Inicial** ☐ **Temporera** ☐ **Renovación**			
Dirección residencial			
Correo electrónico			
Teléfono 1		**Teléfono 2**	
Razón por la cual se solicita el acomodo razonable			

Certifico que la información aquí provista es cierta y que estoy obligado a someter la documentación requerida por la Academia conforme a la Política de Acomodo Razonable. La Academia evaluará su solicitud de acuerdo a los documentos sometidos. Entiendo y acepto que esta solicitud no garantiza que se provean todos los acomodos razonables sugeridos. Ningún acomodo será oficial, ni podrá ofrecerse hasta que yo, padre o encargado, lo autorice.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal	Recibido por