

INNOVATIONS ACADEMY ESCUELA DE DIA
PROGRAMAS TERAPÉUTICOS

Escuela Secundaria/Vocacional
Paquete de datos del alumno

2020-2021



Innovations
Academy

Home of the Phoenix

Programa de Educación Profesional

APROBADO POR
LA JUNTA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ILLINOIS

1360 Irving Park Rd.
Streamwood, Illinois 60107
Phone: (630) 540-3900 Facsimile: (630) 540-3908

**“Inspiramos esperanza y resiliencia a través de poner a
nuestros estudiantes en primer lugar”**

INNOVATIONS ACADEMY - HOJA DE DATOS PERSONALES

Por favor llene esta Sección por completo.

LA FECHA: _____

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

TUTOR LEGAL (S): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MADRE: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

PADRE: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN DE LOS ALUMNOS: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

LOS MEDICAMENTOS ACTUALES: 1) _____

(Incluso si se toman en el hogar) (Nombre) (Tiempo) (Dosis)

2) _____

(Nombre) (Tiempo) (Dosis)

3) _____

(Nombre) (Tiempo) (Dosis)

MÉDICO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS: _____

LAS ALERGIAS: _____

REACCIÓN ALÉRGICA: _____ EPI PEN REQUIERE? SI NO

DISTRITO ESCOLAR: _____ PERSONA DE CONTACTO: _____

ESCUELA DEL HOGAR: _____ ÚLTIMO GRADO TERMINADO: _____

LA ULTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ: _____ GRADO ACTUAL: _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA DATE OF PLACEMENT: _____

BUS COMPANY: _____ PHONE: _____

TEACHER: _____ THERAPIST: _____

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional

Liberación de información del Estudiante

Por favor llene esta Sección por completo.

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

ESTUDIANTE DIRECCIÓN: _____

Se otorga permiso a la escuela terapéutica, Innovations Academy, con sus programas y a las agencias o personas indicadas a continuación para el intercambio permanente, confidencial y registros educativos temporales que figuran en el estudiante mencionado por un período no superior a un año a partir de la fecha de su firma. Esta autorización concede permiso de comunicación verbal y escrita, para la toma de decisiones en cuanto a la estudiante de educación y programa de tratamiento.

- Una transcripción de los cursos tomados, los grados y los créditos obtenidos, e información de asistencia a fin de facilitar la inscripción y desarrollar planes educativos;
- Registros médicos y de inmunización con el fin de verificar el estado de salud del estudiante; órdenes del médico de los medicamentos en la escuela;
- Resultados de estandarizados de logro, inteligencia, la personalidad y la formación profesional;
- Registros y/o informes de diagnóstico, como las evaluaciones psicológicas, psiquiátricas, historia social, notas de progreso, informes personal multidisciplinario, IEPs, datos del estado informado por el distrito del estudiante y para incluir sistemas de datos de ISBE, y otros que sean pertinentes informes de los especialistas;
- Registros de disciplina;
- Informes y observaciones de profesores y/o consejeros;
- Otros _____.

Sírvase indicar las siguientes agencias y organizaciones (o individuos) con la que la escuela Innovations Academy puede intercambiar información:

Distrito Escolar: _____ Teléfono/información de contacto: _____

Otro: _____ Teléfono/información de contacto: _____

Otro: _____ Teléfono/información de contacto: _____

Otro: _____ Teléfono/información de contacto: _____

Padre/tutor/alumno Permisos

(Padre, madre o tutor)

(estudiante)

(Fecha)

Nota: Como los padres o el tutor del alumno mencionado anteriormente, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar, o desafío el contenido de los registros, y con el fin de limitar su consentimiento a los registros designados por encima, o a partes específicas de dichos registros.

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA
 Por favor llene esta Sección por completo.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

Doy mi consentimiento para que el personal de **Innovations Academy** autoriza, en mi nombre, cualquier evaluación y tratamiento médico de emergencia para mi hijo / hija (marque uno de ellos con un círculo) _____, en caso de que tal evaluación o tratamiento que se considere necesario.

Tengo entendido que **Innovations Academy** no se hace responsable de los resultados médicos ni financieramente responsables de los gastos de cualquier evaluación médica o tratamiento.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCIÓN DE **Innovations Academy**. FALTA DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, EVITARÁ QUE SU HIJO se matricule en INNOVATIONS ACADEMY.

PADRE/TUTOR LEGAL (POR FAVOR ESCRIBA O IMPRIME)

PADRE, madre o tutor LEGAL FIRMA

FECHA

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGUROS

NÚMERO DE PÓLIZA

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional

Autorización de Padre/Tutor para la Administración de Medicamentos

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Con este documento reconozco que soy la persona principal y responsable por administrar los medicamentos a _____ (estudiante). Sin embargo, en el caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por presente le autorizo a Innovations Academy y a los agentes, en mi nombre y lugar, en administrar o intentar de administrar a mi hijo/a (o permitir que mi hijo/a se auto administre, mientras esté bajo la supervisión de los empleados y agentes de Innovations Academy), medicamentos prescritos legalmente de la manera que se describe en la manera autorizado por doctor abajo. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea una enfermera de la escuela, y específicamente dé su consentimiento a tales prácticas. Reconozco y acepto además que, cuando el medicamento legalmente prescrito se administra o intenta ser administrado, renuncio a cualquier reclamo que tenga contra Innovations Academy, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dicho medicamento. Además, acepto de responsabilidad, eximir e indemnizar a Innovations Academy, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o solidariamente, de y contra cualquier reclamación, daño, causa de acciones o lesiones incurridas o resultantes de la administración o intentos de administración de dicho medicamento.

Firma del padre: _____ Fecha: _____ Teléfono del hogar: _____

Dirección: _____ Teléfono de negocios: _____

Physician Authorization/Autorización del médico

(TO BE COMPLETED BY LICENSED PRESCRIBER)/ (PARA SER COMPLETADO POR PRESCRIPTOR CON LICENCIA)

Relevant Medication/Medicamentos relevantes: _____ Dosage/Dosis: _____

Diagnosis /Diagnóstico: _____

Route/Ruta: _____ Time(s)/Hora(s): _____

To be given: Everyday at School or Episodic/Emergencias Only (circule uno.)/Para ser dado: Todos los días en la escuela o Solo episódicos/emergencias (circule uno.)

Intended effect of this medication/Efecto previsto de este medicamento: _____

Expected side effects, if any/Efectos adversos esperados, si los hay: _____

May student self-administer medication under supervision of Health Service personnel or designate? **YES/ NO** (a student self-administration form must be completed)/¿Pueden los estudiantes auto administrar medicamentos bajo la supervisión del personal del Servicio de Salud o designar? **SÍ/NO** (se debe completar un formulario de autogestión de los estudiantes)

Prescriber's Signature/Firma del prescriptor

Date Signed/Fecha de firma

Prescriber's Printed Name/ Nombre impreso del prescriptor

Prescriber's Emergency Phone #/ Número de teléfono de emergencia del prescriptor

Prescriber's Address/Dirección del prescriptor

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional

Autorización y Permiso para la Administración de Medicamentos

Por favor llenar esta sección completamente si Academia Innovaciones proporcionará medicamento a su hijo durante el día escolar

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Medicamentos de la escuela y los servicios de salud se administran siguiendo estas pautas:

- Autorización firmada y fechada del médico/prescriptor para administrar el medicamento.
- Autorización de padres firmada y fechada para administrar el medicamento.
- El medicamento es en el contenedor original etiquetado como dispensado o envase etiquetado del fabricante
- La etiqueta del medicamento contiene el nombre del estudiante, nombre del medicamento, instrucciones de uso y la fecha.
- renovación anual de la autorización y notificación inmediata, por escrito, o cambios.

Autorización del médico:

Medicamentos/ Tratamiento de Salud	Dosis	Tiempo para administrar
_____	_____	_____
Efecto que se pretende de esta medicación	Efectos secundarios que se esperan, si los hay	
_____	_____	

Otros medicamentos que el estudiante está tomando

¿Que los estudiantes auto-adminístrense medicamentos bajo la supervisión de personal del Servicio de Salud o designado?

(Una forma de la auto-administración debe ser completado) (Marque con un círculo) SÍ / NO

Instrucciones para la administración

Suspenda / Reevalúe / Fecha de Seguimiento (marque uno)

Firma Del Medico

Fecha de la firma

Teléfono de Emergencia del Medico

(Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.)

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional
POLÍTICA DE GESTIÓN FÍSICA
 Por favor llene esta Sección por completo.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

A veces, se vuelve necesario a utilizar gestión física con los estudiantes que se comportan de forma insegura. Es la filosofía de Innovations Academy que siempre se utiliza como último recurso la restricción física y sólo se utilizará en las siguientes situaciones:

- 1.) El estudiante es un peligro para él mismo o ella misma.
- 2.) El estudiante es un peligro para los demás (el personal, los estudiantes, etc.)

Todos los miembros del personal de Innovations Academy son capacitados para tratar un comportamiento inapropiado del estudiante a través de un programa de manejo de comportamiento no violento (CPI®). Sin embargo, cuando un estudiante se involucra en los comportamientos mencionados anteriormente, él o ella puede requerir el uso de un procedimiento de gestión. El padre, madre o tutor será notificado si se produce una contención/restricción física. En caso de que un estudiante no pueda controlar su comportamiento a través de una contención/restricción física, un padre o guardián legal podrá ser llamado para retirar al estudiante para el resto del día.

He leído y entendido la póliza antedicho/arriba. Entiendo que la administración física sólo se utilizará como último recurso para la seguridad de mi hijo/a, así como a otros estudiantes y el personal.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCIÓN DE Innovations Academy. FALTA DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, EVITARÁ QUE SU HIJO se matricule en INNOVATIONS ACADEMY.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional

POLÍZA DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

Por favor llene esta Sección por completo.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

Dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles, iPods, reproductores de mp3, reproductores de CD/DVD portátiles, y ambos y la consola de videojuegos, son una interrupción en un proceso terapéutico y educativo de Innovations Academy. Como resultado, los estudiantes deben renunciar todos los dispositivos electrónicos entre el personal de la escuela al entrar en el edificio de la escuela. Estos dispositivos son etiquetados y almacenados en la oficina y bajo supervisión constante antes de ser devueltos al estudiante al final del día escolar.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCIÓN DE Innovations Academy. FALTA DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, EVITARÁ QUE SU HIJO se matricule en INNOVATIONS ACADEMY.

INNOVATIONS ACADEMY NO SE HACE RESPONSABLE DE LA PÉRDIDA, ROBO O DETERIORO DE LOS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS.

COMO RESULTADO, INNOVATIONS ACADEMY RECOMIENDA ANIMA/INCITA A LOS ESTUDIANTES EN DEJAR/ABANDONAR LOS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN EL HOGAR.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional FOTO LIBERAR

Por favor llene esta Sección por completo.

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

Los alumnos de Innovations Academy pueden ser ilustrados en presentaciones de estudiantes interna relacionados con la educación o en los proyectos de la clase.

I, _____
PADRE / TUTOR LEGAL

Por favor marque una:

- Si
- No

consentimiento para tener la imagen del niño/a que aparecen en la muestra fotográfica, presentaciones de los estudiantes o de los proyectos.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OPCIONAL PARA LA INSCRIPCIÓN DE INNOVATIONS ACADEMY. SI USTED DECIDE RECHAZAR ESTA VERSIÓN O "No", SU HIJO NO SERÁ FOTOGRAFIADO EN EL CASO DE LAS PANTALLAS, PRESENTACIONES DE LOS ESTUDIANTES O LOS PROYECTOS EN LA CLASE.

ESTUDIANTE FIRMA

FECHA

PADRE / TUTOR LEGAL FIRMA

FECHA

RECIBIDO POR INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional

La Liberación de la Obra Estudiantil y Materiales de Apoyo

Por favor llena esta sección completamente

Yo Autorizo Innovations Academy para acceder y utilizar ilustraciones creadas por mi hijo/a, _____, durante la clase de arte
(nombre del estudiante)

y/o sesiones terapistas de arte (o reproducciones fotográficas de este trabajo), y la información pertinente de su caso.

Entiendo que la obra puede ser utilizada para la investigación, publicación, consulta con profesionales de salud mental, presentaciones en conferencias profesionales, con propósitos educativos, y la exhibición/exposiciones de arte en Innovations Academy, sujeto a las siguientes restricciones:

(Restricción. Si no se imponen restricciones, escriba "Ninguno".)

Entiendo que la confidencialidad de mi hijo/a se mantendrá y estará prohibida con la divulgación de cualquier información de identificación.

(Firma del padre/tutor legal) (Fecha)

(Nombre Impreso del padre/tutor legal)

(Firma del Terapista de Arte/Maestro/Director) (fecha)

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional
Liberación de Excursión/ Comunidad
Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

Los estudiantes de Innovations Academy pueden ser permitidos en atender o asistir a excursiones educativas en la comunidad

Yo, _____
Padre / Guardián Legal

Por favor marque uno:

- Si
- No

Este consentimiento es opcional para inscribirse a Innovations Academy. Si usted decide rechazar esta liberación o chequear "no," su hijo no asistirá o participará en los eventos comunitarios/excursiones.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/guardián legal

Fecha

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

Firma del director de Innovations Academy

Fecha

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional**Políticas de cobertura de máscaras/caras**

Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

De acuerdo con los estándares de ISBE, todos los estudiantes de Innovations Academy están obligados a usar máscaras / revestimiento facial **en todo momento** en los edificios escolares, incluso cuando se mantiene el distanciamiento social. Las coberturas faciales no se tienen que usar en al aire libre **si se mantiene el distanciamiento social**. (www.isbe.net)

Se requiere una nota médica para un estudiante que no es capaz de usar una cara cubierta debido a problemas de respirar.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCION EN INNOVATIONS ACADEMY. El no firmar este consentimiento evitará que su hijo se inscriba en INNOVATIONS ACADEMY.

FIRMA DEL ESTUDIANTE_____
FECHA_____
FIRMA DEL PADRE /TUTOR LEGAL_____
FECHA

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS_____
FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después de la fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional**Políticas de distanciamiento social**

Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

De acuerdo con las normas de ISBE, los estudiantes deben mantener una distancia física de 6 pies de todas las demás personas tanto como sea posible. Los estudiantes deberán seguir los recordatorios visuales direccionales en todo el edificio de la escuela.

(<https://www.isbe.net/Documents/Part-3-Transition-Planning-Phase-4.pdf>)

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCION EN INNOVATIONS ACADEMY. El no firmar este consentimiento evitará que su hijo/a se inscriba en INNOVATIONS ACADEMY.

FECHA DE LA FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA DE FIRMA DEL PADRE /TUTOR LEGAL

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después de la fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional**Exámenes de síntomas**

Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ **NACIMIENTO:** _____

De acuerdo con las normas del IBSE, todos los estudiantes entrarán en el edificio a través de la carpa de cribado a diario. En la tienda se les harán preguntas de detección y se les tomará la temperatura. Cualquier estudiante que tenga una temperatura superior a 100.4 grados Fahrenheit/38 grados Celsius o síntomas actualmente conocidos de **COVID-19**; como, pero no limitado a, fiebre, tos, dificultad para respirar o dificultad para respirar, fatiga de escalofríos, dolores musculares y corporales, dolor de cabeza, dolor de garganta, nueva pérdida de sabor u olor, congestión o nariz que moquea, náuseas, vómitos o diarrea **NO** pueden entrar en el edificio. (<https://www.isbe.net/Documents/Part-3-Transition-Planning-Phase-4.pdf>)

Los padres/tutores de personas que presenten síntomas deberán consultar a un proveedor médico para que los evalúen, reciban tratamiento e información sobre cuándo pueden regresar a la escuela.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCION EN INNOVATIONS ACADEMY. El no firmar este consentimiento evitará que su hijo/a se inscriba en INNOVATIONS ACADEMY.

FECHA DE LA FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA DE FIRMA DEL PADRE /TUTOR LEGAL

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después de la fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional**Políticas de almuerzo/comida externa**

Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

De acuerdo con las normas de ISBE, las comidas empaquetadas individuales serán proporcionadas a los estudiantes por Innovations Academy. Las áreas donde los estudiantes consumen comidas se limpiarán y desinfectarán completamente antes y después de las comidas. No se permitirá a los estudiantes compartir alimentos/productos alimenticios. (<https://www.isbe.net/Documents/Part-3-Transition-Planning-Phase-4.pdf>)

Los alimentos/productos alimenticios externos no deben ser traídos de casa sin la aprobación administrativa previa.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCION EN INNOVATIONS ACADEMY. El no firmar este consentimiento evitará que su hijo se inscriba en INNOVATIONS ACADEMY.

FECHA DE LA FIRMA DEL ESTUDIANTE_____
FECHA DE FIRMA DEL PADRE /TUTOR LEGAL

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS_____
FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después de la fecha anterior.

INNOVATIONS ACADEMY – Escuela Secundaria/Vocacional
ACEPTACIÓN DE INNOVACIONES POLÍTICAS ACADEMIA
& COLOCACIÓN EDUCATIVA

Favor de completar esta sección completamente.

ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

Por favor, apoye **Innovations Academy** en participar plenamente en su desempeño en la educación.

Hemos leído el contenido completo del **Paquete de Datos del Alumno de Innovations Academy** y el **Manual de Padres y Estudiantes de Innovations Academy**. Entendemos que **Innovations Academy** es un *programa escolar del año completo*, y que la *asistencia de todo el año* es **obligatoria** para la colocación. Falta de atender en exceso de cinco (5) días consecutivos, en la notificación resultara en notificación del distrito escolar del estudiante.

We understand the information and fully accept the responsibility to follow all of the rules and guidelines of the program contained in this Packet and the Student Handbook.

Entendemos la información y aceptamos completamente la responsabilidad de seguir todas las reglas y guías del programa contenido en este Paquete y el Manual del Estudiante.

ESTE CONSENTIMIENTO ES OBLIGATORIO PARA LA INSCRIPCIÓN DE **Innovations Academy**. FALTA DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, EVITARÁ QUE SU HIJO se matricule en INNOVATIONS ACADEMY.

ESTUDIANTE FIRMA

FECHA

PADRE / TUTOR LEGAL FIRMA

FECHA

Recibido por INNOVATIONS ACADEMY:

FIRMA DEL DIRECTOR DE INNOVATIONS

FECHA

Este consentimiento es válido hasta un (1) año después fecha anterior.