

2021-2022 Registration Form

RFK Charter High School
 4300 Blake Rd. SW
 Albuquerque, NM 87121
 Phone: 505-243-1118/Fax: 505-242-7444



RFK Charter Middle School
 1021 Isleta Blvd. SW
 Albuquerque, NM 87105
 Phone : (505) 253-0040 / Fax : (505)877-4492

IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE _____ **EL DIA DE HOY** _____

Documentos verificados de fecha de nacimiento Yes _____ No _____		Telefono de casa		Telefono movil			
ESTUDIANTE: Apellido _____		Nombre de pila _____		M.I. _____	Telefono de casa _____		
Direccion _____		Un circulo NW NE SW SE		Apt # _____	Codigo postal _____		
Fecha de nacimiento _____	Anos _____	Grado actual _____		Lugar de nacimiento (Pais only) _____			
Todas las escuelas secundarias a las que asistió _____		Fuera del estado nombre de la escuela y el estado _____		Etnicidad del estudiante: circule uno 1-Anglo 2= Afroamericano/Negro 3= Hispano (Cultura u origen hispanohablante) 4= Indio americano o nativo de Alaska 5= Isleno asiatico o pacifico			
PADRES: Apellido _____		Nombre de pila _____		M.I. _____	Telefono de casa _____		
Direccion _____		Codigo postal _____		Apt # _____	Dirección de correo elect ctronico de padres _____		
Nombre del empleado: _____		Telefono del trabajo _____		Living with : Padre _____ Guardian legal _____ Relativo _____ Yo _____			
MADRES: Apellido _____		Nombre de pila _____				M.I. _____	Telefono de casa _____
Direccion _____		Codigo postal _____				Apt # _____	Dirección de correo elect ctronico de madres _____
Nombre del empleado: _____		Telefono del trabajo _____					

HAVE YOU RECEIVED ANY OF THE FOLLOWING:

Alguna vez ha recibido servicios como estudiante de educación especial. Yes _____ No _____

Servicios de habla y lenguaje. Yes _____ No _____

Su hijo estuvo involucrado con SAT. Yes _____ No _____

Estaba su hijo recibiendo servicios bilingües. Yes _____ No _____

IEP (solo para estudiantes que han recibido servicios de educación especial) Yes _____ No _____



RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone : 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

2022-2023 INFORMACIÓN LANZAMIENTO DEL ESTUDIANTE

Proporcione RFKCS con una lista de personas a quienes autoriza para que recojan a su hijo. Su hijo solo será entregado a las personas en esta lista.

Los cambios deben hacerse en persona solo por los padres / tutores. LA PERSONA QUE RECOGE A SU HIJO/HIJA DEBE PROPORCIONAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO ANTES DE QUE LIBEREMOS AL ESTUDIANTE. Si el estudiante tiene dieciocho años, el estudiante puede firmar por sí mismo.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Identificación Del Estudiante # _____ Grado _____

Número de Teléfono del la Casa _____

Nombre del Padre _____

Número de Teléfono del Trabajo _____

Número de Celular _____

Nombre de La Madre _____

Número de Teléfono del Trabajo _____

Número de Celular _____

Nombre completo de la persona autorizada para recoger a su hijo, su estudiante solo será entregado a las personas que se enumeran a continuación. Se requerirá una identificación con foto paraú la persona indicada a continuación antes de que se le entregue a su estudiante. Si desea realizar cambios en la lista a continuación, es su responsabilidad ponerse en contacto con la oficina de administración inmediatamente 505-243-1118.

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

ROBERT F. KENNEDY CHARTER SCHOOL
4300 BLAKE RD. SW
ALBUQUERQUE, NM 87121
PHONE: 505-243-1118 FAX: 505-242-7444

AVISO DE EXCURSIÓN VOLUNTARIA/EXCURSIÓN ESCOLAR Y AUTORIZACIÓN MÉDICA – ALUMNO
2022_2023

Estimado estudiante de RFK:

Favor de llenar y entregar este formulario firmado a la: **Administración de Robert F. Kennedy Charter School.** Durante el año escolar, su hijo/a tendrá la oportunidad de participar voluntariamente en excursiones escolares fuera de las instalaciones de la escuela. Estas actividades pues incluir, pero no se limitan a:

- Oficinas gubernamentales Parques y zoológicos Eventos atléticos
- Conferencias y reuniones Negocios locales Eventos de entretenimiento
- Exposiciones y ferias Museos/Centros Culturales, etc.
- Cuerpos de trabajo Instalaciones educativas

Por la presente yo autorizo a _____ para que participe en estas actividades voluntarias durante el año escolar a menos de que se revoque esta autorización por mí por escrito.

En el caso de enfermedad o lesión, yo doy consentimiento a cualquier radiografía, examinación, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico, o dental y atención hospitalaria que se considere necesaria de acuerdo al mejor criterio del médico, cirujano, o dentista tratante, y hecho bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos o dentales.

Yo entiendo completamente que los participantes deben seguir todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante la excursión. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que la persona se mande a casa al costo de su padre/madre o guardián.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Nombre del estudiante en letra de molde _____

Fecha de nacimiento: _____

Portador de Seguro Médico: _____ Número de póliza: _____

Una nota especial para el estudiante: 1) Todas las drogas se deben registrar en este formulario; 2) Todas las drogas, menos esas que se deben mantener en su persona para el uso de emergencia, deben ser guardadas y distribuidas por el personal; 3) () Marque aquí si no hay problemas especiales de los que el personal se debe percatar y si no hay drogas que se requieran en la excursión; 4) Si el estudiante debe llevar cualquier medicamento o drogas, escribálas aquí: (Nombre del medicamento y la razón por el medicamento)

Si su hijo/hija tiene un problema médico especial, favor de adjuntar una descripción de ese problema a esta hoja.

ROBERT F. KENNEDY CHARTER SCHOOL
4300 BLAKE RD. SW
ALBUQUERQUE, NM 87121
PHONE: 505-243-1118 FAX: 505-242-7444

AVISO DE EXCURSIÓN VOLUNTARIA/EXCURSIÓN ESCOLAR Y AUTORIZACIÓN MÉDICA – **ADULTO**
AÑO ESCOLAR 2019-2020

Estimado estudiante de RFK:

Favor de llenar y entregar este formulario firmado a la: **Administración de Robert F. Kennedy Charter School**. Durante el año escolar, su hijo/a tendrá la oportunidad de participar voluntariamente en excursiones escolares fuera de las instalaciones de la escuela. Estas actividades pues incluir, pero no se limitan a:

- Oficinas gubernamentales Parques y zoológicos Eventos atléticos
- Conferencias y reuniones Negocios locales Eventos de entretenimiento
- Exposiciones y ferias Museos/Centros Culturales, etc.
- Cuerpos de trabajo Instalaciones educativas

Por la presente yo autorizo a _____ para que participe en estas actividades voluntarias durante el año escolar a menos de que se revoque esta autorización por mí por escrito.

En el caso de enfermedad o lesión, yo doy consentimiento a cualquier radiografía, examinación, anestesia, diagnóstico o tratamiento medico, quirurgico, o dental y atención hospitalaria que se considere necesaria de acuerdo al mejor criterio del médico, cirujano, o dentista tratante, y hecho bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos o dentales.

Yo entiendo completamente que los participantes deben seguir todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante la excursión. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que la persona se mande a casa al costo de su padre/madre o guardián.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Nombre del estudiante en letra de molde _____

Fecha de nacimiento: _____

Portador de Seguro Médico: _____ Número de póliza: _____

Una nota especial para el estudiante: 1) Todas las drogas se deben registrar en este formulario; 2) Todas las drogas, menos esas que se deben mantener en su persona para el uso de emergencia, deben ser guardadas y distribuidas por el personal; 3) () Marque aquí si no hay problemas especiales de los que el personal se debe percatar y si no hay drogas que se requieran en la excursion; 4) Si el estudiante debe llevar cualquier medicamento o drogas, escríbalas aquí: (Nombre del medicamento y la razón por el medicamento)

Si su hijo/hija tiene un problema médico especial, favor de adjuntar una descripción de ese problema a esta hoja.



RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

2022-2023
FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS
RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGO POTENCIAL

Nombre del estudiante _____ desea participar en las actividades patrocinadas por RFK Charter School, tales como: excursiones escolares, deportes, actividades físicas y recreativas. Yo entiendo y reconozco que estas actividades, por su propia naturaleza, presentan un riesgo potencial de lesiones/enfermedades a las personas que participant en tales actividades. Yo entiendo y reconozco que algunas lesiones/enfermedades que pueden resultar por la participación incluyen, entre otras, lo siguiente:

Torceduras/esguinces
Fractura de huesos
Pérdida del conocimiento
Lesiones de la cabeza o la espalda

Parálisis
Pérdida de la vista
Enfermedades contagiosas
La muerte

Yo entiendo y reconozco que la participación en estas actividades es completamente voluntaria y que como tal, no es requerida por Robert F. Kennedy Charter School.

Yo entiendo y reconozco que para poder participar en estas actividades; yo estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por todos los posibles riesgos que puedan estar asociados con la participación en tales actividades.

Yo entiendo, reconozco, y estoy de acuerdo con que RFK Charter School, sus empleados, oficiales, agentes, o voluntarios, no serán responsables de cualquier lesion/enfermedad que you sufra que esté relacionada y/o asociada con la preparación para y/o la participación en esta actividad. Yo reconozco que he leído minuciosamente este FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS y entiendo y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del estudiante

Fecha

Tutor

Fecha

Un formulario de PARTICIPACIÓN DE ACTIVIDADES VOLUNTARIAS debe estar en el archive de RFK Charter School antes de que un estudiante pueda participar en las actividades extracurriculares/co-curriculares mencionadas arriba.

ROBERT F. KENNEDY CHARTER SCHOOL

**RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444**

**RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0400 / FAX: 505-877-4492**

2022-2023 ACUERDO DE LIBERACIÓN DE LA RENUNCIA DE ACTIVIDAD VOLUNTARIA Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Para y en consideración de los permisos (nombre del estudiante) _____ para ser transferido por RFK Charter School Activity Bus y / o vehículo escolar para participar en (Actividad) de excursiones escolares programadas para el año escolar 2022-2023, en la Ciudad de Albuquerque, Condado de Bernalillo, Estado de Nuevo México, comenzando el 4 de Agosto de 2022 hasta el 2 de Juno de 2023, el abajo firmante libera, suspende, renuncia y renuncia voluntariamente a todas y cada una de las acciones o causas de daños personales, daños a la propiedad o ilícitos muerte ocurriéndose a sí mismo que surja como resultado de comprometerse o recibir instrucciones en dicha actividad o cualquier actividad incidental en la misma donde sea que ocurra y continúe, y el abajo firmante hace por sí mismo, sus herederos, albaceas, administradores y asigna por la presente liberar, renunciar, despedir y renunciar a cualquier acción de las causas de acción, antes mencionadas, que pueden surgir a partir de ahora para sí mismo y para su patrimonio y acepta que bajo ninguna circunstancia En caso de que se presenten causas de acción, él o sus herederos, albaceas, administradores y asignados procesan, presentan cualquier reclamo por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia contra la Escuela Charter RFK o cualquiera de sus oficiales, agentes o empleados. , si el mismo surgirá por la negligencia de cualquiera de dichas personas, o de lo contrario.

ES LA INTENCIÓN DE (nombre del estudiante) _____ POR ESTE INSTRUMENTO, EXENER Y LIMITAR A Robert F. Kennedy Charter School DE RESPONSABILIDAD POR LESIÓN PERSONAL, DAÑO A LA PROPIEDAD O MUERTE INCORRECTA CAUSADA POR NEGLIGENCIA.

El abajo firmante, para sus herederos, albaceas, administradores o cesionarios, acepta que en caso de que se inicie un juicio por daños personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia contra RFK Charter School, indemnizará y ahorrará la misma RFK Charter School de todos y cada uno de los reclamos o causas de acción por parte de quien o donde sea que haya sido presentado o presentado por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia. El abajo firmante, para él, sus herederos, albaceas, administradores o cesionarios, acuerda que en el caso de que cualquier reclamo por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia se enjuicie contra RFK Charter School, él / ella deberá indemnizar y ahorrará inofensivo para la misma escuela charter de RFK contra cualquier reclamo o causa de acción por parte de quien o donde sea que haya sido presentado o presentado por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia. El abajo firmante reconoce que ha leído el Aviso de exención de responsabilidad anterior y los tres (3) párrafos anteriores, se le ha advertido total y completamente de los peligros potenciales de transportar estudiantes, personal, chaperones y / o voluntarios a RFK Charter School , y es plenamente consciente de las consecuencias legales de firmar el instrumento interno.

Firma (Participante)

Fecha

Firma (Testigo)

Fecha

G. RENUNCIA DE ACTIVIDAD VOLUNTARIA Y LANZAMIENTO

El siguiente acuerdo de exención y liberación de responsabilidad es un acuerdo contractual entre un participante de la actividad y la escuela/distrito, por el cual el participante renuncia a todos los derechos a presentar un reclamo contra la escuela/distrito por cualquier motive.

El Segundo párrafo en mayúsculas y en negrita se hace de forma intencionada; es un párrafo muy importante en este tipo de acuerdo. Este acuerdo podía aliviar la responsabilidad de la escuela/distrito a pesar de la negligencia de la escuela o el distrito.

Dado que este acuerdo es un contrato, no tendrá fuerza legal y efecto si está firmado por un menor y, dado que el padre/tutor no puede suscribir los derechos legales de su hijo menor de edad.

La escuela/distrito puede considerer usar este formulario para actividades voluntarias de alto riesgo en las que los participantes sean todos adultos legales, es decir, un juego de fútbol para ex alumnus.

ROBERT F. KENNEDY CHARTER SCHOOL

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE: COMPUTADORAS Y EL INTERNET 2022-2023

RFKCS busca brindar a los estudiantes, al personal y a los padres / guardianes la oportunidad de tener acceso a computadoras e Internet para mejorar las habilidades de alfabetización informática y completar los cursos requeridos para la graduación. Debido a que enfatizamos el respeto por la propiedad y el uso adecuado del equipo en todo momento, un estudiante, miembro del personal y padre / guardián debe aceptar todo lo siguiente:

El INTERNET prohíbe:

Expresiones de fanatismo u odio o actividad criminal

Comentarios obscenos

Comentarios discriminatorios

Comportamientos antisociales

Blasfemia

Acoso

Material sexualmente explícito

RFKCS requiere que todos los usuarios cumplan con las normas de INTERNET. RFKCHS espera el cuidado y uso adecuado de todos los equipos, así como el acceso a los equipos en todo momento.

Los siguientes son inapropiados: Vandalismo: el intento de dañar, alterar o destruir el hardware, el software, Internet, los datos de otras personas o cualquier otra cosa relacionada con las computadoras. Uso inapropiado de contraseñas o archivos que pertenecen a otros usuarios. Prestar las contraseñas a cualquier persona. Compartir, dar, vender cuentas a cualquier persona, la confidencialidad de su cuenta es su responsabilidad. Materiales que promueven o fomentan el desprecio por cualquiera de las reglas básicas de RFKCS. Usar computadoras / equipos por razones personales no relacionadas con la escuela. Plagio: uso de las palabras o ideas de otra persona o de un grupo sin reconocer claramente la fuente de esa información, lo que resulta en su representación falsa como el trabajo individual propio. Más específicamente, para evitar el plagio, un estudiante u otro escritor debe dar crédito cuando usa: la idea, la opinión o la teoría de otra persona • cualquier hecho, estadística, gráfico, dibujo (cualquier información) que no sea de conocimiento común • citas de las palabras habladas o escritas reales de otra persona • paráfrasis de las palabras habladas o escritas de otra persona • datos, soluciones o cálculos de otra persona sin permiso y / o reconocimiento de la fuente, incluido el acto de acceder a los archivos computarizados de otra persona sin autorización.

Ver el lado reverso para los acuerdos y firmas del estudiante y del padre/madre / guardián.

ENTENDIMIENTOS: Yo entiendo: Y cumpliré con todas las disposiciones de este acuerdo. El acceso al Internet y la cuenta de Internet proporcionados requieren mi uso ético y legal. Que la violación de cualquiera de los requisitos anteriores podría resultar en la terminación permanente de mis privilegios de computadora así como las consecuencias oficiales de la escuela. Las consecuencias del plagio pueden resultar de la siguiente manera: el primer intento recibirá un cero para esa tarea y la segunda vez dará como resultado una calificación reprobatoria para esa clase. Que cualquier daño debido al vandalismo y / o intento deliberado debe ser pagado por mi familia o por mí. Que no usaré mi computadora para descargar música o cualquier otro archivo del Internet. RFK puede revisar, auditar y descargar mensajes de correo electrónico que envío o recibo, mi monitor, y mi acceso al Internet. Los mensajes de correo electrónico pueden rastrearse hasta el remitente, incluso después de que han sido "eliminados". Estoy consciente de que se puede requerir que RFK produzca mensajes de correo electrónico si se desarrolla un litigio. Que no tengo derecho de privacidad con respecto al software de RFK, correo electrónico o acceso al Internet.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Como padre/guardián, yo entiendo: La violación de cualquiera de estos requisitos podría resultar en la terminación permanente de los privilegios de computadora de mi estudiante. Mi familia es financieramente responsable de cualquier daño debido al vandalismo o destrucción deliberada de las computadoras u otra propiedad. Que RFKCHS espera el uso apropiado del Internet, computadoras y cualquier otra propiedad y que existen consecuencias para tal comportamiento. No haré responsable a RFKCHS si mi estudiante actúa de otra manera. Por la presente doy permiso para que mi hijo/a tenga acceso y / o se le otorgue una cuenta en Internet y para usar las computadoras según sea necesario para el proceso educativo.

Firma de padre/guardián _____ Fecha _____

RFK ATTENDANCE PROCEDURES - SEMESTER

Se hacen llamadas de asistencia diarias a la casa usando el sistema School Reach, y se documentan en el sistema de rendición de cuentas estudiantil Power School

1ª Ausencia: A los padres/guardianes se les notificará DIARIAMENTE de la(s) ausencia(s) de su hijo/a a través del sistema School Reach; Llamadas confirmadas o intentadas a la casa son documentadas e introducidas en el sistema Power School; copias de las entradas de registro se pondrán en los buzones de correo de los maestros asesores. Los maestros asesores continuarán intentando contactar a los padres/guardianes por teléfono.

2ª Ausencia: Los maestros asesores continuarán intentando contactar a los padres/guardianes por teléfono.

3ª Ausencia: Intervención del personal de Salud de Comportamiento y Carta de Notificación de 3^{er} día de Ausencia – Los maestros asesores pueden solicitar que se mande una Carta de Notificación de 3^{er} día de Ausencia por correo al padre/madre/guardián del estudiante y si es aplicable, a su agente de libertad condicional y las agencias que requieren inscripción de tiempo completo en una escuela; notificar a un trabajador/a social que comience los procedimientos de intervención o que se modifique la programación de clases del estudiante para asistir al estudiante a mejorar su asistencia.

4ª Ausencia: El personal de Salud de Comportamiento programará una visita al padre/madre/guardián.

5ª Ausencia: Junta del personal – estudiante/padre/madre/guardián/administración/personal/personal de Salud de Comportamiento El maestro asesor hará lo siguiente: intentar contactar al padre/madre/guardián, programar una junta del personal; notificar a la administración, maestro de salón hogar y al personal de Salud de Comportamiento de una junta para discutir qué apoyo y/o soluciones puede proveer RFK para ayudar al estudiante a mejorar su asistencia. Al estudiante se le puede pedir que firme un contrato de asistencia.

6ª Ausencia: El maestro asesor intentará contactar al padre/madre/guardián.

7ª Ausencia: Carta de Notificación de 7º día de Ausencia El maestro asesor puede solicitar que se mande una Carta de Notificación de 7º día de Ausencia por correo al padre/madre/guardián del estudiante y si es aplicable, a su agente de libertad condicional. La carta indicará que el estudiante está en peligro de ser retirado de la inscripción y se le pedirá al padre/madre/guardián que contacte el maestro asesor(a) para discutir la asistencia del estudiante.

8ª Ausencia: El maestro asesor(a) intentará contactar al padre/madre/guardián.

9ª Ausencia: 2ª junta del personal – estudiante/padre/madre/guardián/administración/personal/personal de Salud de Comportamiento El maestro asesor hará lo siguiente: intentar contactar al padre/madre/guardián, programar una junta del personal; notificar a la administración, maestro de salón hogar y al personal de Salud de Comportamiento de una junta para discutir qué apoyo y/o soluciones puede proveer RFK para ayudar al estudiante a mejorar su asistencia y asesorar si el estudiante de verdad desea seguir como estudiante en FRK. En este momento, podremos sugerir un cambio de horario, remisión a otra escuela o sugerir retirar al estudiante de RFK. El estudiante tendrá acceso a un proceso de apelación.

10ª Ausencia de la clase: Notificación de 10º día de Ausencia y se programará una reunión con el padre/madre/guardián, el maestro asesor y el maestro de salón hogar para determinar el criterio para la posibilidad de recuperar créditos. El estudiante tendrá acceso a un proceso de apelación.

10ª Ausencia en Todas las clases: Notificación de 10º día de Ausencia (Retiro del Registro Escolar)
El maestro asesor solicitará que el Oficial de Apoyo de padre/madre/estudiante mande un Aviso de Retiro del Registro Escolar al padre/madre/guardián, si es aplicable a su oficial de libertad condicional y las agencias que requieren inscripción de tiempo completo en una escuela. El estudiante tendrá acceso a un proceso de apelación .Proceso de Re-Admisión: Una vez que el estudiante se retire o sea retirado de la registro escolar, el estudiante debe presentar la solicitud de nuevo y entrará a través del Proceso de Selección por Lotería.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/madre

Fecha

Robert F. Kennedy Charter School

RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA / CIERRE / EVACUACIÓN DE EVACUACIÓN

Proporcione RFKCS con una lista de personas a quienes autoriza para que recojan a su hijo. Su hijo solo será entregado a las personas en esta lista. Los cambios deben hacerse en persona solo por los padres / tutores.

LA PERSONA QUE RECOGE A SU HIJO/HIJA DEBE PROPORCIONAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO ANTES DE QUE LIBEREMOS AL ESTUDIANTE. Si el estudiante tiene dieciocho años, el estudiante puede firmar por sí mismo.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Identificación Del Estudiante # _____ Grado _____

Número de Teléfono del la Casa _____

Nombre del Padre _____

Número de Teléfono del Trabajo _____

Número de Celular _____

Nombre de La Madre _____

Número de Teléfono del Trabajo _____

Número de Celular _____

Nombre completo de la persona autorizada para recoger a su hijo, su estudiante solo será entregado a las personas que se enumeran a continuación. Se requerirá una identificación con foto paraú la persona indicada a continuación antes de que se le entregue a su estudiante. Si desea realizar cambios en la lista a continuación, es su responsabilidad ponerse en contacto con la oficina de administración inmediatamente a 505-243-1118.

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

LA INFORMACIÓN ANTERIOR SERÁ ÚNICAMENTE UTILIZADA EN CASO DE EMERGENCIA / BLOQUEO / EVACUACIÓN.



RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

Permiso de Los Padres para Fotografiar/Grabar

Muchos programas, actividades y eventos que tienen lugar en la Escuela Charter Robert F. Kennedy son de interés para el público. A menudo, los grupos cívicos, educativos, de estudiantes y de otro tipo están interesados en aprender sobre nuestros estudiantes y programas. De vez en cuando, producimos o permitimos que se produzcan fotografías, programas grabados en video y películas para brindar información al público sobre nuestros programas. Además, la cobertura de los periódicos, los programas de televisión y radio, y los programas de televisión por cable a veces presentan nuestras clases y actividades. Cuando una cinta de video, grabación de audio, película o fotografía es producida y liberada, pasa a ser propiedad de la parte a la que se la lanza, y puede reproducirse o reimprimirse en una fecha posterior.

Por favor firme abajo y dénos su permiso para incluir a su hijo en tales fotografías, películas o grabaciones. Agradecemos su ayuda presentando estudiantes y programas a la comunidad.

Concesión de Permiso

He / hemos leído y entendido la información anterior. Yo / nosotros damos permiso a Robert F. Kennedy Charter HS / MS y a los medios de comunicación para que fotografíen, graben o graben clases o actividades en las que (estudiantes) participen y utilicen estas fotografías, películas o grabaciones para programas educativos y / o para lanzarlos a los medios de noticias para su uso en su cobertura de noticias educativas.

Padre/Tutor

Fecha

Tenga en cuenta que las escuelas RFK Chárter tienen cámaras de seguridad en las instalaciones en todo momento.

Padre/Tutor

Fecha

CENTRAL REGION EDUCATIONAL COOPERATIVE



Consentimiento para fotografía/grabación de video/filmación/imágenes

Nombre del participante (por favor imprimir) _____

Fecha de consentimiento _____

Dirección del participante _____

Ciudad-estado _____

Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono del _____

Fecha de nacimiento del participante _____

Edad _____

Por la presente, doy mi consentimiento para ser fotografiado, grabado en video, filmado o fotografiado de otra manera en la Cooperativa Educativa de la Región Central (CREC). Entiendo y acepto que estas fotografías, cintas de video, películas o imágenes se pueden usar como se indica a continuación (marque todo lo que corresponda):

- Actividades educativas que involucran al personal y / o empleados de CREC
- Actividades educativas fuera de CREC que involucran a otros además del personal y / o empleados de CREC
- Actividades de investigación
- Finalidades legales
- Medios públicos, incluidos los medios de comunicación, la televisión, los anuncios, las relaciones públicas, los boletines informativos, el sitio web, los informes anuales, la biblioteca de recursos sobre Torsh Talent y/u otros

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a este consentimiento. A menos que se revoque o se especifique que expira de la siguiente manera, este consentimiento no expirará.

Fecha, evento o condición que especifique la caducidad: _____

Comentarios o calificaciones adicionales (si los hubiera): _____

La Cooperativa Educativa de la Región Central, sus empleados, funcionarios y personal, quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del Participante, o su Nombre de Representante Legal (por favor imprimir) _____

Fecha _____

Firma del nombre del testigo (por favor imprimir) _____

Fecha _____

Robert F. Kennedy Charter School

RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone : 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIONES Y REGISTROS

Fecha _____

PARA: _____ Atención _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

DE: Teresa R. Dominguez, Registrar/Coordinador de estrellas del programa-tdominguez@rfkcharter.net

Yo _____, doy autorización para que Robert F. Kennedy Charter School solicite Los expedients escolares de mi hijo/a.

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA MOLDE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Identificación Escolar previo: _____ Grado: _____

Por favor proporciónenos lo siguiente: *** **FAVOR DE MANDAR POR FAX Y CORREO or Email**

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Expediente académico de calificaciones y créditos | <input checked="" type="checkbox"/> Salud/Imunizaciones |
| <input checked="" type="checkbox"/> Resultados de Exámenes (NMHSCE, Terra Nova, Otro) | <input checked="" type="checkbox"/> Fecha de retiro/Calificaciones |
| <input checked="" type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento | <input checked="" type="checkbox"/> Correspondencia administrativa |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reportes psicológicos | <input checked="" type="checkbox"/> Expedientes de Educación Especial |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evaluaciones diagnósticas | <input checked="" type="checkbox"/> Otros expedientes útiles para
Proporcionar servicios al estudiante |

Comentarios: **Gracias por su asistencia inmediata con esta solicitud**

** Robert F. Kennedy está calificada para almuerzos gratis para toda la escuela. La calificación de almuerzos gratuitos es un factor clave para aquellos que se determinan como indigentes. Consulte la ley correspondiente a la retención de registros que se muestra a continuación, que puede aplicarse si el estudiante tiene multas o cuotas pendientes, ya que los registros de los estudiantes de Robert F. Kennedy no pueden retenerse.

*Libros perdidos o dañados, Sección 22-15-10 del código de las escuelas públicas establece que un distrito escolar, escuela autónoma, institución estatal, escuela privada o centro de educación básica para adultos como agente puede responsabilizar al padre, guardián o alumno por la pérdida, daño o destrucción de los materiales de instrucción mientras los materiales estén en la posesión del estudiante. Un distrito escolar puede retener las calificaciones, el diploma y los expedientes académicos del estudiante responsable hasta que el padre, guardián o alumno haya pagado por el daño o la pérdida. Cuando un padre, guardián o alumno no puede pagar el daño o la pérdida, el distrito escolar debe trabajar con ellos para desarrollar un plan alternativo en lugar del pago. **Cuando se determina que un padre o guardián es indigente, el distrito escolar local deberá asumir el costo.**

LEY FEDERAL 99.31: No se requiere autorización de un padre para los registros educativos que se solicitan de cualquier institución educativa.



Formulario de verificación del examen dental del estudiante

Tras la inscripción inicial en un distrito o escuela autónoma, el Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 6.12.13 requiere que las escuelas verifiquen los registros de los exámenes dentales de los estudiantes. Esta regla también permite un proceso de exclusión voluntaria basado en la comprensión de los padres o tutores de los riesgos asociados con no someterse a un examen dental.

La escuela autónoma Robert F Kennedy se dedica a promover la salud de nuestros estudiantes. Reconocemos que el cuidado de la salud bucal es esencial para el bienestar general y puede tener un impacto significativo en la salud en general. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la caries dental es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia en los Estados Unidos. Si no se trata, puede causar dolor e infecciones que pueden ocasionar problemas con las actividades cotidianas como comer, hablar, jugar y aprender. El cuidado de la salud bucal de rutina, como las visitas al dentista, la higiene bucal diaria, la alimentación saludable y el consumo de agua, pueden ayudar a prevenir las caries y otras afecciones de la salud bucal.

Nombre del estudiante: _____

Identificación del estudiante: _____

Por favor, marque la respuesta aplicable a continuación:

Confirmando que mi hijo recibió un examen dental en el último año calendario.

Mi hijo no ha recibido un examen dental durante el año pasado. Entiendo los riesgos asociados con que mi hijo no reciba un examen dental y solicito una exención que permita inscribir a mi hijo. Si está marcado, este documento firmado puede servir como la exención de examen dental del estudiante según lo define NMAC 6.12.13

Firma del Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____

Está interesado en aprender más sobre los recursos de salud bucal para su hijo? Comuníquese con Amanda Burns, enfermera, o con la Oficina de Salud Bucal del Departamento de Salud de Nuevo México al 505-827-0837.

Sólo para uso del distrito:	District:	School:
-----------------------------	-----------	---------



ENCUESTA DEL USO DEL IDIOMA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE NUEVO MÉXICO
 ~ padres o tutores deben llenar~

El propósito de esta encuesta es asegurar que su hijo/hija reciba una educación de la más alta calidad y los servicios que tiene el derecho de recibir. La información que usted proporcione será utilizada solamente para ayudar a la escuela a tomar decisiones programáticas. Responderá a este formulario solamente una vez en la trayectoria de educación de su hijo/hija.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Nivel/Grado:
------------------------	----------------------	--------------

Responda a cada pregunta marcando la casilla bajo **SÍ** o **NO**

	SÍ	NO
1. ¿Usa el/a estudiante otro idioma(s) además del inglés con su familia o sus amigos?		
2. ¿Usa usted otro idioma(s) además del inglés con el estudiante?		
3. ¿Comprende el estudiante cuando alguien se comunica con él o ella en un idioma además del inglés?		
4. ¿Lee el/a estudiante en otro idioma(s) además del inglés?		
5. ¿Escribe el estudiante en otro idioma(s) además del inglés?		
6. ¿Le interpreta o traduce el estudiante a usted o a alguna otra persona en otro idioma(s) además del inglés?		
7. ¿Si respondió SÍ a una o más de las preguntas 1-6, ¿cuál(e)s idiomas además del inglés usa el estudiante con más frecuencia en casa? Escoja hasta tres:		

<input type="checkbox"/> árabe <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> diné <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> griego <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> jemer	<input type="checkbox"/> jicarilla apache <input type="checkbox"/> keres <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> lengua de señas americana (ASL) <input type="checkbox"/> mandarín <input type="checkbox"/> mescalero apache <input type="checkbox"/> portugués <input type="checkbox"/> ruso <input type="checkbox"/> somali	<input type="checkbox"/> tewa <input type="checkbox"/> tiwa <input type="checkbox"/> towa <input type="checkbox"/> vietnamés <input type="checkbox"/> zuni <input type="checkbox"/> Otros _____
--	---	--

OTRAS PREGUNTAS

8. ¿Se traslada el estudiante de otro estado, distrito o escuela?
 Si este es su caso, favor de proveer la ubicación y el nombre de la escuela:

9. ¿Ha recibido el estudiante instrucción escolar en otro(s) idioma(s) además del inglés? ¿Si la respuesta es sí, cuál idioma(s)?

10. ¿En cuál idioma prefiere recibir información de la escuela?

11. ¿En cuál idioma prefiere comunicarse con los empleados de la escuela?

12. ¿Hay algo más que deberíamos saber para servir mejor a su hija/hijo?

Firma del padre o tutor:	Fecha:
--------------------------	--------

Traductor/intérprete:	Idioma:	Fecha:
-----------------------	---------	--------



RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0040 / FAX: 505-877-4492

Para Todos Los Padres:

Gracias por elegir **Robert F. Kennedy Charter School** para proporcionar servicios educativos a su hijo. Estamos orgullosos de poder servirlo a usted y a sus hijos, y nos esforzaremos continuamente por brindarles un entorno de aprendizaje seguro.

La seguridad de su hijo y de todos los niños de nuestra escuela, así como la seguridad del personal de la escuela y del personal de apoyo es muy importante para nosotros. Con el fin de mantener un ambiente seguro para que nuestros niños estudien y aprendan, es necesario que practiquemos nuestros planes de respuesta a emergencias y crisis mediante simulacros diseñados para ejercer nuestros procedimientos.

Realizaremos varios simulacros durante el año escolar. Esta carta es para ayudarlo a comprender la importancia de esto, así como a comprender cada tipo de simulacro.

Los estudiantes y el personal de **Robert F. Kennedy Charter School** estarán practicando 3 simulacros de emergencia primarios cada año. Son "SIMULACROS DE INCENDIO", "SIMULACROS DE BLOQUEO" y "SIMULACROS DE REFUGIO EN EL LUGAR". Cada tipo de taladro se explica a continuación.

SIMULACROS DE INCENDIO-La escuela llevará a cabo un "FIREDRILL" cada mes que la escuela esté en sesión. Este es un requisito del Código de Incendio así como un requisito del Distrito Escolar Público de Albuquerque. Queremos que cada alumno comprenda y tome conciencia de la importancia de este simulacro y no tenga miedo cuando suene la alarma de incendio. Al practicar, sabrán qué hacer y estarán listos para hacerlo.

SIMULACROS DE BLOQUEO-La escuela llevará a cabo un "TALADRO DE CERROJO" cada semestre del año escolar. Este tipo de simulacro asegurará el edificio de la escuela y protegerá a todos los estudiantes, el personal y los visitantes dentro del edificio. El propósito de este ejercicio es mantener a los estudiantes a salvo de cualquier peligro fuera o dentro del edificio. Durante un "TALADRO LOCKDOWN", todos los dormers del perímetro del edificio de la escuela se bloquearán y permanecerán cerrados hasta que se elimine el peligro o problema fuera o dentro del edificio. Para permitir que todos permanezcan seguros, a nadie se le permitirá ingresar al edificio o abandonar el edificio hasta que las autoridades autoricen dicha liberación. Los padres pueden llamar al # 311 en el evento o un bloqueo "real" para hablar con los funcionarios a cargo. El Departamento de Policía de Albuquerque y / o el Departamento del Sheriff del Condado de Bernalillo y la Ciudad de Albuquerque mantendrán contacto con los padres y / o tutores.

SHELTER-IN-PLACE DRILLS-El simulacro "SHELTER-IN-PLACE" se realizará una vez al semestre cada año escolar. El propósito de este simulacro es estar preparado para trasladarse a un lugar seguro dentro del edificio en caso de condiciones meteorológicas adversas.

Recuerde que estos volantes de práctica de seguridad se realizan para ayudar a mantener nuestra escuela como un lugar seguro para aprender y trabajar.

Si tiene alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos simulacros de seguridad u otras cuestiones de seguridad, llame a la oficina de la escuela a 505-243-1118.

Sinceramente,

Pete Ciurczak, Decano de Estudiantes
Escuela Charter Robert F. Kennedy

Robert F Kennedy Charter School
4300 Blake Rd., SW Albuquerque, NM 87121 Phone: (505)243-1118 - Fax:
(505)242-7444

Website: www.rfkcharterschool.com

Robert F. Kennedy Charter Middle School

1021 Isleta Blvd. SW Albuquerque, NM 87105 Phone : (505) 253-0400 / Fax : (505)877-4492

Website: www.rfkcharterschool.com



RFK
Charter School

Manual de Información para Padres y Estudiantes 2022-2023

Este Manual de Información para Padres y Estudiantes se convierte en un acuerdo entre la Administración, los maestros, el personal, los padres, y los estudiantes que gobernará el bienestar y el logro de las metas para educar a nuestros estudiantes.

Entiendo que es nuestra responsabilidad familiarizarnos con las Políticas del Manual para Padres y Estudiantes de RFKS

Student Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

"Y hoy, como nunca antes en el mundo libre, la responsabilidad es el mayor derecho de la ciudadanía y el servicio es el privilegio más grande de la libertad"

Robert F. Kennedy



PACTO DE ESCUELA-PADRES-ESTUDIANTES- PACTO DE ÉXITO ESTUDIANTIL 2022-2023

A. Parte Para Familia/Custodios

1. Yo consiento mantener un hogar donde se halla cariño y seguridad.
2. Yo consiento apoyar las expectativas de mi hijo/hija a respetarse a sí mismo como también a los otros estudiantes, a los maestros, a los trabajadores, y a la propiedad de la escuela asegurando comportamiento y hablar en una manera apropiada.
3. Yo consiento asegurar que mi hijo/hija llegara a tiempo y asistirá a sus clases todos los días.
4. Yo estaré involucrado en la educación de mi hijo/hija participando en eventos/actividades escolares.
5. Yo consiento utilizar recursos escolares o comunitarios que llegan apoyar el bienestar de mi hijo/hija.
6. Yo consiento hacer esfuerzos máximos, y me dedico prestar mi tiempo, recursos y apoyo para asistir a mi hijo/hija en cumplir con los requisitos y expectativas de la escuela RFKCHS estando al corriente de los académicos de mi hijo/hija estudio y su asistencia a utilizando el portal de Power School.
7. Yo asistirá una reunión de pre-inscripción y firmar una carta de compromiso que requiere mi participación en conferencias de familia, maestros y estudiantes cada nueve semanas, reuniones de personal para asuntos académicos, de comportamiento y/o asistencia en la que se desea mi comentarios y aportes. Reconozco si hay falta de asistencia en las conferencia de mi hijo/a podría resultar en una suspensión de escuela hasta que se completa con la conferencia.

B. Parte Para Estudiantes

1. Voy a comprometerme a asistir al menos el **95%** y la puntualidad en todas mis clases.
2. Voy a respetarme, otros estudiantes, el personal de RFK y profesores, y propiedad de la escuela.
3. Voy a asumir la responsabilidad de demostrar un comportamiento adecuado, los modales, el lenguaje, y de vestido.
4. Voy a asumir la responsabilidad de completar mis tareas.
5. Voy a pedir ayuda a mi familia/tutor/abogado y a mis maestros cuando no lo entiendo.
6. Voy a respetar los derechos de los demás de aprender y de los profesores para enseñar.
7. Voy a asistir juntas académicas, de comportamiento y/o de cuestiones de asistencia según sean necesario.
8. Voy a asistir clases de intervención (RTI) conocido como mejoramiento académico los jueves en cursos bajo de 75%.
9. Voy a seguir todas las pólizas con respecto a los teléfonos celulares y electrónicos.
10. Voy a crear y utilizar una cuenta de Gmail dedicada a mis académicos RFK, como también utilizar mi cuenta en Power School para estar en conocimiento al momento, de mi progreso académico y cumplir con todos los componentes de "Progress Monitoring", incluso;
 - utilizar las dos graficas (1. calificaciones semanales, 2. Grafica de asistencia)
 - utilizar la Forma de Reflexion y pasos de solucionar las problemas académicas.
 - Participar en actividades que apoyen mi bienestar social y emocional y el de mis compañeros.

C. Parte Para Maestros

1. Voy a siempre tratar a todos los estudiantes con respeto y comportarme de acuerdo al Código de Conducta Profesional de la Profesión Docente.
2. Voy a presentar un currículo exigente que cumple el núcleo común de normas estatales (Common Core State Standards) y expectativas en los círculos académicos y de comportamiento que satisface todas las necesidades de los estudiantes.
3. Voy a tratar de desarrollar relaciones significativas con los estudiantes, familiares, y personal de la escuela.
4. Voy a proporcionar a los estudiantes y a las familias información acerca de cómo acceder a grados electrónicamente.
5. Voy a actualizar calificaciones en Power School cada lunes a las 8:00 a.m. y completa los horarios en Google Docs.
6. Voy a ofrecer oportunidades de participación a familias.
7. Voy a ofrecer a los estudiantes estímulo y oportunidad para tener éxito incluyendo oportunidades de intervenciones (RTI).
8. Voy a implementar enseñanza profesional que resulta en un mejoramiento académico o en comportamiento de mis alumnos.
9. Voy a proporcionar a los estudiantes con instrucciones sobre la mentalidad de crecimiento
10. Voy a informar a las familias de los resultados de todos los exámenes en las conferencias de familias, maestros y estudiantes.

11. Voy a discutir y orientar a los estudiantes en el desarrollo de su colegio y objetivos de la preparación de profesionales y la realización de sus próximos planes de paso y compartir con las familias durante las conferencias.
12. Voy a asistir y participar en el desarrollo profesional informado de trauma para entender mejor y atender las necesidades de mis estudiantes.
13. Voy a implementar, en completo, con todos los componentes de Progress Monitoring en la clase de Advisory para asistir los alumnos en estar conociendo al momento, de su progreso académico. Componentes incluyen;
 - exigir y facilitar cada alumno en entrar en su cuenta de Power School para informarse de sus grados y asistencia
 - utilizar la Forma de Reflexión y pasos de solucionar los problemas académicos o situaciones problemáticas con las clases en riesgo de fracaso
 - utilizar las dos gráficas (1. calificaciones semanales, 2. Gráfica de asistencia)
 - Hacer todo lo posible para implementar por completo las iniciativas escolares que promuevan el bienestar social y emocional positivo de los estudiantes y el personal.

D. Parte Para Administradores

14. Yo consiento emplear caminos de comunicación que sean informativos y comprensibles.
15. Yo consiento actuar como un líder de instrucción que apoya los maestros de salones de enseñanza.
16. Voy a crear un ambiente acogedor y seguro para los estudiantes, familias, personal de RFK, profesores, y comunidad.
17. Voy a involucrar a las familias en el proceso educativo mediante la publicación de un webpage de la escuela, invitando a las familias a participar en los comités, la celebración de conferencias para familias, maestros y estudiantes al principio de la escuela, y cada nueva semana y en otras oportunidades disponibles incluyendo reuniones académicas y de comportamiento.
18. Voy a aumentar la colaboración comunitaria y continuar el desarrollo de alianzas y oportunidades de alcance para los estudiantes con el Centro Nacional de Cultural Hispano, CNM, PBS, y otras organizaciones.
19. Voy a asegurar pro medio del sistema de evaluación y con observaciones en las clases de Advisory que todos los componentes de 'Progress Monitoring' serán implementados en completo, incluyendo;
 - las dos gráficas (calificaciones semanales, gráfica de asistencia
 - Forma de Reflexión y solución de problemas académicos
 - Los alumnos han recibido apoyo en utilizar su cuenta en Power School
 - Continuamente buscaremos recursos y programas actuales basados en la investigación para apoyar el bienestar social y emocional positivo de los estudiantes y el personal.

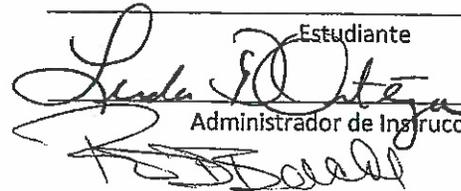
Padre/Guardiano

Maestro de Salon Hogar

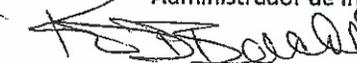


Administrador de Estudiantes-Pete Ciurczak

Estudiante



Administrador de Instrucción-Linda Ortega



Director Ejecutivo-Robert Baade

RFK Charter 2022 - 2023 Calendar

July 2022

S	M	T	W	Th	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

August 2022

S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

September 2022

S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

October 2022

S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

November 2022

S	M	T	W	Th	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

December 2022

S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

January 2023

S	M	T	W	Th	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

February 2023

S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

March 2023

S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

April 2023

S	M	T	W	Th	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

May 2023

S	M	T	W	Th	F	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

June 2023

S	M	T	W	Th	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Notes:

- July 28: Teachers Return (PD)
- Aug 4: Students 1st day
- Aug 11 & 12: PT Conferences
- Sep 05: Labor Day
- Sep 16: 1/2 Day PD
- Oct 5 & 6: PT Conferences
- Oct 7: Fall Break
- Oct 10: Indigenous People's Day
- Oct 31: Teacher Training Day (PD)
- Nov 11: Veterans Day
- Nov 22 & 23: PT Conferences
- Nov 24 - 25: Thanksgiving Break
- Dec 21 - Jan 3: Winter Break
- Jan 4: Teacher Training Day (PD)
- Jan 5: First Day of 2nd Semester
- Jan 16: M.L. King Day
- Jan 27: 1/2 Day PD
- Feb 6 & 7: PT Conferences
- Feb 20: Presidents' Day
- Feb 24: 1/2 Day PD
- Mar 20-24: Spring Break
- Apr 07: Vernal Holiday
- Apr 10: 1/2 Day PD
- May 19: Graduation
- May 29: Memorial Day
- Jun 1 & 2: PT Conferences
- Jun 2: Last Day of School

2022-2023



RFK Charter High School
4300 Blake Rd. SW
Albuquerque, NM 87121
Phone: 505-243-1118 / FAX: 505-242-7444

RFK Charter Middle School
1021 Isleta Blvd SW
Albuquerque, NM 87105
Phone: 505-253-0400 / FAX: 505-877-4492

- 1- Bote de Toallitos de Clorox**
- 2- Cuaderno Colegial**
- 3- Cuadernos de Resorte Regular**
- 2-Carpeta Dura de 1 Pulgada y 3 Anillos**
- 1-Docena de Lapices #2**
- 1-Docena de Plumaz Azules o Negras**
- 1-Regla de 12 Pulgadas**
- 2-Caja de Klennex**
- 1-Rollo de Toallas de Papel**

Por favor de traer los materiales a la oficina. El maestro encargado de las clase se encargara en distriburr los materrales a los estudrantes.

Gracias!

Robert F. Kennedy (RFK) School Based Health Center
4300 Blake Rd. SW Albuquerque, NM 87121
Clinic Appointment Text/Call 505-738-3654 Behavior Health Call/Text 505-510-1452

2022-2023

La siguiente es una breve lista de servicios y horas cuando en la escuela centro de salud durante todo el año escolar. Tenemos varios médicos incluyendo: un Doctor médico (MD), Enfermera practicante (NP), Trabajador Social autónomo con licencia y Coordinador de la clínica en el personal que puede ayudar a su hijo con sus necesidades médicas y conductuales de salud manteniendo su éxito académico. Estamos brindando citas de telesalud para servicios de atención primaria y salud conductual a través de mensajes de texto, correo electrónico, llamadas telefónicas y virtuales según sea necesario.

Horas Clínica de Atención Primaria:

Lunes 08:00 am - 12:00 pm –Carletta Bullock, MD (Evaluaciones de medicamentos, por ejemplo, para la depresión, el tdah, los trastornos del sueño, la ansiedad)

Martes 12 p.m.-4:00p.m. – Carletta Bullock, MD (Control de la natalidad y exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual)

Lunes, martes miércoles 8:00am-4:00pm Vanessa Tahe, Nurse practitioner

Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. Sabrina Owens, Coordinadora Clínica

* Servicios médicos previstos

- Exámenes del niño sano (anual)
- La gripe y los resfriados
- Esguinces, cortes y quemaduras
- Diabetes
- Vacunas
- Asma
- Dieta y Nutrición, Control de Peso
- Educación para la Salud y Alfabetización
- Exámenes médicos de Deportes
- Servicios Confidenciales (planificación familiar, pruebas de embarazo, prueba de Papanicolaou, pruebas y tratamiento de ITS; la salud mental de detección, asesoramiento y tratamiento; asesoramiento y tratamiento por abuso de sustancias)

Clínica Horas de Salud Mental (Trabajadora social clínica licenciada):

Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. Malissa Cox, LCSW

* Servicios de Salud Mental para

- Evaluación de Salud Mental, Asesoramiento y Tratamiento
- Asesoramiento y tratamiento de abuso de sustancias
- Grupo / terapia familiar
- Terapia Individual

Para todas las preguntas relacionadas con programación de citas, facturación, la liberación de registros médicos, registro de la clínica/consentimiento, y las preocupaciones de los pacientes en contacto con el Coordinador de la Clínica de lunes a viernes de 8:00-3:30 en el 505-738-3654.

Instrucciones: Blake Rd y Coors Blvd. Ir hacia el oeste por Blake Camino de la escuela Coors Robert F. Kennedy está en el lado izquierdo verá grande gris negro amarillo a su vez la construcción de la carretera por la valla y registrarse en la oficina principal de la escuela se encuentra dentro del edificio negro/gris/amarillo. Después de registrarnos en la oficina principal de cruzar el estacionamiento a través de la cadena de enlace puertas ir a las canchas de baloncesto y la clínica es en el lado derecho portátil 206.

Robert F. Kennedy Charter School

HEALTH AUTHORIZATION FORM

PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN: Para que los padres o protectores de oficio de los estudiantes AUTORICEN tratamiento en casos de emergencia cuando su hijo(a) se enferma o se lastima a fin de que reciba tratamiento urgente cuando está bajo el mando de la autoridad escolar y dicha autoridad no se puede comunicar con los padres. Después de que los padres llenen los espacios que ahora aparecen en blanco en este formulario deberán devolverlo a la autoridad en la escuela. El original y todas las copias del mismo podrán utilizarse con el fin de identificar las alternativas que tiene el padre o madre que firma este documento.

Apellido:	Nombre de pila:	segundo nombre	Género : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
-----------	-----------------	----------------	---	------

Nombre Del ano escolar asistido a la ultima escuela:

SECTION ONE - STUDENT EMERGENCY CONTACT INFORMATION

In the event your child becomes sick or injured and needs to be sent home or to the ER, the school health office will always attempt to reach the Parent/Guardian listed below FIRST. Secondary contacts will be called if the parent/guardian cannot be reached. **PLEASE KEEP THESE NUMBERS CURRENT!**

Parent/Guardian Name:	Address:	Phone #1
		Phone #2
Check all that apply: <input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Legal Guardian		Phone #3
Parent/Guardian Name:	Address:	Phone #1
		Phone #2
Check all that apply: <input type="checkbox"/> Lives With <input type="checkbox"/> Legal Guardian		Phone #3

	Emergency Contact List	Relationship	Phone #1	Phone#2	Phone #3
1.					
2.					
3.					
4.					

Siblings in Other Schools

	Name	School/Daycare	Grade	DOB
1.				
2.				
3.				

SECTION TWO - STUDENT HEALTH HISTORY – Please check appropriate box

My child has no health conditions including those listed below

<input type="checkbox"/> Allergies: <input type="checkbox"/> Seasonal	<input type="checkbox"/> Food (List):	<input type="checkbox"/> Other Allergy (List):	<input type="checkbox"/> Has EpiPen prescription
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Congenital/Genetic	<input type="checkbox"/> Ear/Nose/Throat	<input type="checkbox"/> Pulmonary (Other than Asthma)
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Eye/Vision	<input type="checkbox"/> Diabetes (circle one)	<input type="checkbox"/> Cardiovascular (List)
Needs Inhaler at School: Y N	Wears glasses/contacts: Y N	Type 1 Type 2	High Blood Pressure: Y N
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Dermatologic/Skin	<input type="checkbox"/> Stomach/GI	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal
Long Term Medications (List):	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	<input type="checkbox"/> Bladder/GU	<input type="checkbox"/> Dental/Oral
	<input type="checkbox"/> Endocrine Other than Diabetes	<input type="checkbox"/> Hematology/Bleeding Disorders	<input type="checkbox"/> Psychiatric (List Meds):
<input type="checkbox"/> Any Other Health Conditions:		<input type="checkbox"/> Migraines	

SECTION THREE - INSURANCE INFORMATION

Student's Insurance:	Subscribers Name:	ID#
----------------------	-------------------	-----

TO GRANT CONSENT

In case of an emergency involving my child AND I CANNOT BE REACHED, I understand emergency medical services will be contacted and my child may be transported to the following provider/hospital for emergency medical care:

Healthcare Provider:	Phone:
Dentist:	Phone:
Hospital:	Phone:

PARA OTORGAR SU CONSENTIMIENTO

En el caso de emergencia que le ocurra a mi hijo/a y no se pueden comunicar conmigo, por la presente otorgo mi consentimiento con el fin de que transporten a mi hijo/a al local de los proveedores de atención médica y al hospital que consta a continuación y autorizo que dichos proveedores y personal del hospital le den toda atención médica razonable y auxilio de salud que acostumbran dar y que éstos consideren sea necesario:

Médico _____ Teléfono () _____

Dentista _____ Teléfono () _____

Enfermera de Oficio/Ayudante de Médico _____ Teléfono () _____

Hospital _____ Teléfono () _____

Si, por cualquier motivo, no es posible comunicar con los proveedores cuyos nombres aparecen más arriba, por la presente autorizo el transporte adecuado y que un proveedor de atención médica, personal de hospital o instalación de servicios médicos adecuados le dé la atención médica a mi hijo/a. Esta autorización no cubre la cirugía de nivel grave, salvo que otro médico/dentista esté de acuerdo que la necesita.

Ninguna disposición en esta sección será interpretada al efecto de que impondrá responsabilidad civil a cualquiera de los oficiales o empleados escolares quienes, de buena fe, tratan de cumplir con las disposiciones que constan en esta sección del presente documento. Queda entendido que yo seré la persona que tendrá la obligación de pagar todo tipo de atención médica.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Owens Administrative & Healthcare Support Services
Robert F. Kennedy Charter School School-Based Health Center
2022/2023

SBHC Consent for Services

I give permission for my child, _____, to receive SBHC services while he/she is enrolled in this school and for SBHC staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only). I understand that SBHC services are confidential, except in a life-threatening situation or when emergency services are needed and in accordance with the law. I give permission to the SBHC to exchange pertinent information to appropriate persons, including school nurses and counselors, for the purpose of providing healthcare, diagnosis, treatment and counseling services, as well as for maintaining quality and safety. I understand that SBHC health records are confidential and will not be shared unless written consent is provided by the student and/or parent/guardian. I have received a copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices. I understand that New Mexico law does not require parental consent for treatment or advice about sexually transmitted diseases, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age and behavioral health counseling services to minors age 14 years or older. Unless I choose to withdraw my consent in writing, this authorization will continue for the entire period of time my child is enrolled in this school.

Yo doy permiso para mi hijo recibir servicios SBHC mientras que él o ella está inscrito en esta escuela y SBHC personal para poder acceder a mi hijo de clase horario (para cita unicamente). Entiendo que los servicios SBHC son confidenciales, excepto en una situación peligrosa para la vida o cuando se necesitan los servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Autorizo al SBHC intercambiar información pertinente a las personas apropiadas, incluyendo las enfermeras escolares y asesores, con el fin de proporcionar atención médica, diagnóstico, tratamiento y consejería, así como para mantener la calidad y seguridad. Entiendo que los registros de salud SBHC son confidenciales y no serán compartidos a menos que el consentimiento es proporcionado por el alumno y/o padre o tutor por escrito. He recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. Tengo entendido que nuevo México la ley no requiere consentimiento de los padres para el tratamiento o asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo o anticoncepción a menores de edad menores de 18 años de edad y salud mental Consejería a la edad de los menores de 14 años o más. A menos que decido retirar mi consentimiento en la escritura, esta autorización continuará durante todo el período de tiempo que mi hijo está matriculado en esta escuela.

Student Name/ Nombre del paciente DOB/ Paciente DOB Student Id#/ Estudiante identificación#

Signature of Parent or Guardian / Firma del padre o tutor Date/ Fecha

Signature of Student, if 18 years or older/ Firma del estudiante, si 18 años o mayores Date/ Fecha

Over the Counter Medication Consent
Consentimiento Sobre Medicamentos de Venta Libre

Student/Estudiante: _____

DOB/Fecha De Nacimiento: _____

Allergies/Alergias : _____

I attest that I am the legal guardian/parent of the above named individual. I hereby consent to this individual receiving the following medications as needed. I acknowledge and consent that these medications will be administered for their intended use and in doses appropriate to the individual's age and size.

Doy fe de que soy el tutor legal/padre del nombre arriba mencionado. Por la presentada yo mi consentimiento para que esta persona reciba los siguientes medicamentos según se necesario. Reconozco y acepto que estos medicamentos serán administrados para su uso previsto y en dosis apropiadas para la edad y el tamaño de la persona.

<u>MEDICATION/MEDICAMENTOS</u>	<u>Yes/Si</u>	<u>No</u>	<u>Allergic/Alérgico</u>
Ibuprofen/Ibuprofeno	[]	[]	[]
Acetaminophen (Tylenol) Paracetamol	[]	[]	[]
Throat Lozenges/Cough Drops Pastillas para la garganta pastillas para la Tos	[]	[]	[]
Antacid TUMS(Calcium Carbonate) or Generic Equivalent/ (Carbonate de Calcio) o Tums para niños o su Equivalente Gené	[]	[]	[]
Benadry. (diphenhydramine)/(Difenhidramina)	[]	[]	[]
Triple Antibiotic/Ungüento Antibiótico Triple	[]	[]	[]
Hydrocortisone (Anti-itch)/Hidrocortisona	[]	[]	[]

Signature of Legal Guardian/Parent
Firma Del Tutor Legal/Padre-Madre

Date/ Fecha

OWNERS ADMINISTRATIVE HEALTHCARE SUPPORT SERVICES
RFK Charter School School-Based Health Center 2022-2023

Annual Patient Registration for SBHC Services

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Patient Name (Last, first, middle) / Nombre del paciente (último, primero, medio)		Date of Birth/ Fecha de nacimiento	Social Security Number/ Número de seguro social	Grade/ Grado	
				Student ID Number/ Número de estudiante		
	Patient Address (Street, city, state, and zip) / Dirección del paciente (calle, ciudad, estado y código postal)		Patient Phone - home/ Teléfono del hogar del paciente			
			Patient Phone - Cell/ Teléfono celular del paciente			
	Parent(s)/ Legal Guardian(s) Name(s)/ Nombre(s) de padre(s) o tutor(es)		Patient Sex/ Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino			
			Patient Race /Raza del paciente <input type="checkbox"/> Black/ Negra <input type="checkbox"/> White/ Blanca <input type="checkbox"/> Hispanic/ Hispano <input type="checkbox"/> Native American/ Alaska Native / Nativo Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Other/ Otra			
	Parent(s)/ Legal Guardian(s) Address (street, city, state, and zip) / Dirección de padre(s) o tutor(es) (calle, ciudad, estado y código postal)		Home Phone/ Teléfono del hogar			
			Work Phone/ Teléfono del trabajo			
			Cell Phone/ Teléfono celular			
	Emergency Contact Person Name and Relationship to Patient/ Nombre de la persona para contacto en caso de emergencia y relación con el paciente		Emergency Phone - Home / Teléfono de contacto de emergencia - Hogar			
		Emergency Phone - Cell/ Teléfono de contacto de emergencia - Celular				
		Emergency Phone Work/ Teléfono de contacto de emergencia - Trabajo				
PRIMARY CARE INFORMATION/ INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA	Primary Care Provider/ Médico de cabecera o médico primario		Primary Care Provider Phone Number / Teléfono del médico de cabecera			
	Primary Care Provider Address/ Dirección del médico de cabecera					
	Comprehensive Well Exam (physical, EPSDT, well child visit, annual check-up) in last 12 months? ___ yes ___ no ___ Not sure ¿Buen examen completo (visita niños física, EPSDT, chequeo anual) en los últimos 12 meses? ___ Sí ___ no ___ No estoy seguro If you do not have a primary care provider, the SBHC is able to provide a well exam for you (your child). Would you like your child to have a well exam in the SBHC this school year? Yes No Si no tienes un médico de atención primaria, el SBHC es capaz de proporcionar un examen bien para usted (su hijo). ¿Le gustaría a su hijo a tener un examen bien en el SBHC este año escolar? ___ Sí ___ No		**Annual comprehensive well exams are recommended by the American Academy of Pediatrics to ensure health concerns are identified and treated long before they become chronic. If you have a primary care provider, but have not had a well exam in the last 12 months please schedule one with your primary care provider.** La Academia Americana de Pediatría recomienda exámenes anuales de bien completa para problemas de salud son identificados y tratados antes de que se convierten en crónicas. Si usted tiene un médico de atención primaria, pero no ha tenido un examen bien en los últimos 12 meses por favor programar con su proveedor de atención primaria.**			
HEALTH HISTORY/ HISTORIAL CLÍNICO	List any allergies/ Lista de alergias	List any chronic health conditions/ Lista de las condiciones crónicas de salud	List hospitalizations or surgeries: When/Where Lista de hospitalizaciones o cirugías: Cuándo y dónde	List current medications/ dosages/ Lista de medicamentos actuales / dosis		
List any family health conditions which may be inherited (i.e. high blood pressure, heart disease, diabetes)/ Lista de las condiciones de salud de la familia que pueden ser heredada (es decir, alta presión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes):						
INSURANCE INFORMATION/ INFORMACIÓN	Name of Health Insurance (if no insurance coverage, please enter N/A) / Nombre del seguro de salud (si no tiene, escriba N/A)		Medicaid Coverage/ Cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No/ No <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Centennial Care (CC) <input type="checkbox"/> United CC <input type="checkbox"/> Molina CC <input type="checkbox"/> Presbyterian CC <input type="checkbox"/> Fee-For-Service			
	Policy Number/ Número de la póliza		Medicaid Number/ Número de Medicaid			
	Name of Policy Holder/ Nombre del titular de la póliza de		Relación con el paciente			

ESTA PRACTICA DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED Y LE INFORMA COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION FOR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC tiene el mandato por ley de mantener la privacidad de cierta información de cuidados de salud de forma confidencial, que también se llama Información Protegida de Salud, o IPS, y de brindarle a usted el aviso de nuestros deberes legales y de las prácticas de privacidad con respecto a su IPS. Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC también tiene que obedecer los términos de la versión de este Aviso que están actualmente en efecto.

El uso y las revelaciones de su IPS: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC puede usar su IPS con el propósito de darle tratamiento, para pagar y para operaciones de cuidados de salud, en la mayoría de los casos sin su permiso por escrito. A continuación le damos ejemplos de nuestro uso de su IPS:

Para tratamiento: Esto incluye cosas como obtener el permiso verbal y la información por escrita acerca de su enfermedad y el tratamiento de parte suya, así como también de parte de los que se lo han dado, tales como doctores y enfermeras que dieron la orden para que nosotros le diéramos tratamiento. Podemos darles su IPS a otros proveedores de cuidados de salud que estén involucrados en su tratamiento, y podemos transferir su IPS vía la radio o el teléfono al hospital o a un centro de despacho.

Para pagos: Esto incluye cualquier actividad que debemos hacer para que podamos ser reembolsados por los servicios que le proporcionamos a usted, incluyendo tales cosas como someter las cuentas a las compañías de seguro, para tomar decisiones con respecto a la necesidad médica y en hacer que se paguen las cuentas atrasadas.

Para operaciones que se refieren al cuidado de salud. Esto incluye las actividades para asegurar la calidad, la licencia y los programas de entrenamiento para asegurar que nuestro personal llena nuestros requisitos de cuidado y sigue las políticas y procedimientos ya establecidos, así como otras funciones administrativas.

El uso y la revelación de su IPS sin su autorización: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC se le permite usar su IPS sin su autorización escrita, sin oportunidad de que usted proteste, en ciertas situaciones, y a menos de que este prohibido por una ley más estricta, incluyen:

- Para su tratamiento, pago de las cuentas, así como otras actividades de operaciones referentes a su cuidado de salud de parte de otro proveedor de cuidados que le de tratamiento a usted.
- Para actividades de cuidados de salud y obediencia legal.
- Para compartirla con ciertas autoridades de salud en ciertas situaciones como lo requiere la ley (tales como para reportar abuso, descuido o violencia doméstica).
- Para actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios, y otras acciones administrativas o judiciales que el gobierno tome (o sus contratistas) por ley, para supervisar el sistema de cuidados de salud.
- Para procesos judiciales y administrativos como lo requiera una Corte o una entidad Administrativa, o en algunos casos en respuesta a un citatorio judicial u otro proceso legal.
- Para actividades de la ley y el orden en situaciones limitadas, tales como al responder a un mandato judicial.
- Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de una persona o al público en general.
- Para los médicos forenses, médicos que investigan las muertes súbitas y directores funerarios para la identificación de una persona fallecida, para determinar la causa de muerte, y para que ejerzan sus deberes como lo autoriza la ley.
- Si usted es un donador de órganos, nosotros podemos revelar su información de salud a las organizaciones que manejan la obtención de órganos u órgano, el ojo o los tejidos para que se trasplante o para el banco de donaciones de órganos, como es necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos.
- También podemos usar o revelar su información de salud de una manera que no lo identifique personalmente o revele quien es usted.
- Cualquier otro uso o revelación de su IPS, otra que aquellas que enlistamos arriba, solamente se ha hecho con su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización en cualquier tiempo, por escrito, con excepción de la información médica que nosotros hayamos usado o revelado respaldados por esa autorización.

Derechos del Paciente: Como paciente, usted tiene un número de derechos con respecto a su ISP, incluyendo:

El derecho de tener acceso, copiar o inspeccionar su ISP. Esto quiere decir que usted puede inspeccionar y copiar la mayoría de la información médica sobre usted que nosotros mantenemos. Le brindaremos normalmente su acceso a esta información dentro de 30 días después de que usted nos lo pida. También podemos cobrarle una cuota razonable por copiar cualquier información médica a la que usted tenga el derecho de tener acceso. En circunstancias limitadas, nosotros podemos negarle el acceso a su información médica, y usted puede apelar ciertos tipos de denegaciones. También tenemos disponibles los formularios para pedir acceso a su ISP y le proporcionaremos una respuesta por escrito si le denegamos su acceso, y le dejaremos saber sus derechos de apelación. Usted también tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su ISP. Si usted quiere inspeccionar y copiar su información médica, usted debe ponerse en contacto con su oficial de privacidad.

El derecho de corregir su ISP. Usted tiene el derecho de pedir que corrijamos la información médica escrita que pudieramos tener acerca de usted. Nosotros generalmente cambiaremos su información dentro de los 60 días de su solicitud y le notificaremos cuando hayamos corregido la información. La ley nos permite denegar su solicitud únicamente en ciertas circunstancias, como cuando nosotros creemos que la información que nos ha pedido corregir es correcta. Si usted desea pedir que corrijamos la que tenemos acerca de usted, usted debe hablar con su oficial de privacidad.

El derecho de pedir que restrinjamos los usos y revelaciones de su ISP. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros restrinjamos cómo nosotros usamos y revelamos la información médica de usted que nosotros tenemos. Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC no tiene que estar de acuerdo con cualquier restricción que usted pida, pero cualesquier restricciones con las que SBHC este de acuerdo por escrito, obligan a Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC a seguirlas.

Si usted nos lo permite, nosotros le enviaremos este aviso por correo electrónico en lugar de dárselo en papel y usted siempre puede pedirnos una copia en papel de este Aviso.

Sus derechos legales y sus quejas: Usted tiene también el derecho de quejarse con nosotros, o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Usted no recibirá ninguna represalia en contra suya en ninguna manera al enviar una queja a nosotros o al gobierno. Si usted tuviera cualesquier preguntas, comentarios o quejas, usted puede dirigir todas sus preguntas a su oficial de privacidad.

Información para ponerse en contacto con el oficial de privacidad:

Nombre: Sabrina Owens

Organización: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios

Dirección: 4300 Blake Rd SW ABQ NM 87121

Teléfono: 505-243-1118 X 61234

Email: owens.a.h.s.services@gmail.com