

MIDDLETON HIGH SCHOOL

2023-2024

**Beginning of School Year
Forms/Information for Families**



July 2023

Middleton High School

2023-2024 Staff Directory

Address: 4801 N. 22nd Street Tampa FL, 33610

Main Number: 813-233-3360

Fax: 813-233-3364

Mail Route: 7



Main Office - Intercom *101

<u>Title</u>	<u>Name</u>	<u>Ext</u>
Principal	Camilla Burton	222
Principal Sec.	Felecia Cohen	223
APC Secretary	Harriett Camel	249
APMC (Magnet)	Robert Quinn	225
APA / Athletics	Henry Scurry	243
APA / Athletics Sec.	Ricky Williams	237
Bookkeeper	Whitney McDuffie	226
Nurses/ Hart/Benniefeld	Clinic *128 / 236	

Student Affairs - Intercom *102

APSA (A-G)	Brustoa White	232
APSA (H-P)	David Williams	227
APSA (Q-Z)	Harriett Close	288
SAO Sec.	CodiJo Trivette	228

Guidance Counselors - Intercom *103

A-L (Trad)	John Greene	246
M-Z (Trad)	Chantelle Harrison	245
9th & 11th (Magnet)	Elmer Rhone/Booth	248
10th & 12th (Magnet)	Angela McKinnon	240
College & Career	Open	282
Guidance Secretary	Tiffany Ricks	234

Student Services- Intercom *103

Success Center	Sunny Royal	231
Credit Recovery	Bruce Barlay	*220
Data Processor	Roxanne Midulla	229
Lead Teacher	Tonya Floyd	238
Registrar	Kimberly Johnson	239
CCEIS Lead	Campbell-Allen	282
School Psychologist	Sharondrea King	224
Social Worker	Lamon Caldwell	247
Student Intervention	John Courtney	244
Test Chair	Open	303

Department Heads

CTE	Olutayo Akinrefon	267
Cultural & Arts/PE	Rachel Maze	273
ELA	Stephanie Lattanzi	285
ESE	Coleman/McCray	256
Math	Marilyn Loblack	258
Barbering/Career	Stephanie Grooms	306
Science	B. Kulkarni	266
Social Studies	Madonna Higgs	259

Campus

Cafeteria Mgr.	Verna Mungin	271
Custodial Operation	Luz Hernandez	270
ESE Specialist	Daphanne McCray	256
IT Specialist	Anothy Nunez	284
Media Ctr.	Carolyn Gruwell	*121/250
Music	Abraham Tejeda	268
TV Produc/Yearbook	Tameca Johnson	
PE	Coaches	273
Principal Conf Room		287
ROTC	Rutze/Pagano	293/278
RTI	Dr. Madonna Higgs	269
ESE	Open	281
SRO1	White	242
Teacher's Lounge		272

ESE Transportation	975-7620
Boundaries	272-4093
Transportataion	982-5522
Bus Schedules	740-3713
Magnet Transportation	982-5533

Other:

HR	272-4013
Payroll	272-4318
Regional Area	272-4443
Employee Relations	840-7139
School Security	623-3996
Kelly Services	813-518-5999
Long Term Leave (Kelly)	840-7360
Auditing	272-4304
Covid Commander	Open



2023-2024 Student Academic Calendar

School Board Approved 9/20/22

Students' First Day of School	Thursday, August 10, 2023
Labor Day/Non-Student Day	Monday, September 4, 2023
End of 1st Grading Period	Thursday, October 12, 2023
Non-Student Day	Monday, October 16, 2023
Veterans Day Observed/Non-Student Day	Friday, November 10, 2023
Fall Break/Non-Student Days	Monday, November 20 - Friday, November 24, 2023
Students Return to School	Monday, November 27, 2023
End of 2nd Grading Period (End of 1st Semester)	Friday, December 22, 2023
Winter Break/Non-Student Days	Monday, December 25, 2023 - Friday, January 5, 2024
Students Return to School	Monday, January 8, 2024
Martin Luther King, Jr./Non-Student Day	Monday, January 15, 2024
Non-Student Day	Friday, February 16, 2024
Non-Student Day	Monday, March 4, 2024
Spring Break/Non-Student Days	Monday, March 11 - Friday, March 15, 2024
Students Return to School	Monday, March 18, 2024
End of 3rd Grading Period	Wednesday, March 20, 2024
Non-Student Day	Friday, March 29, 2024
Last Day of School/End of 4th Grading Period (End of 2nd Semester)	Friday, May 24, 2024

Hurricane Day(s) if needed: October 16, November 10, November 20-22, and November 24

Student Early Release Day Schedule

Every Monday with the exception of non-student days.

On the last day of school, students will be released 2.5 hours early.

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn

Interim Superintendent
Van Ayres



Student Code of Conduct

Parent/Guardian Acknowledgement Form

I have been notified that I may review the Hillsborough County Public Schools Student Code of Conduct by visiting the school district website ([Student Code of Conduct / Overview](http://hillsboroughschools.org) (hillsboroughschools.org))

I have read, understand, and agree to abide by the Student Code of Conduct.

--	--	--

Student Name

Student Signature

Date

I have read the Student Code of Conduct and discussed it with my student.

--	--	--

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date

The Student Code of Conduct has been established to communicate the expectations for student behavior at school or school activities. Failure to return this acknowledgement will not relieve a student or the parent/guardian(s) from the responsibility of abiding by the Code of Conduct.

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Interim Superintendent
Van Ayres

Código de Conducta Estudiantil

Formulario de Reconocimiento

He sido notificado que puedo revisar el Código de Conducta Estudiantil para las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough visitando el sitio web del distrito escolar ([Código de Conducta Estudiantil / Descripción general \(hillsboroughschools.org\)](http://HillsboroughSchools.org))

He leído, entiendo y acepto cumplir con el Código de Conducta del Estudiante.

--	--	--

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Fecha

He leído el Código de Conducta del Estudiante y lo he discutido con mi estudiante.

--	--	--

Nombre del Padre/Tutor

Fecha del Padre/Tutor

Fecha

El Código de Conducta del Estudiante se ha establecido para comunicar las expectativas del comportamiento de los estudiantes en la escuela o las actividades escolares. La falta de devolución de este reconocimiento no eximirá al estudiante o al padre / tutor (s) de la responsabilidad de cumplir con el Código de Conducta.

2023-2024 Hillsborough County Public Schools
Student Likeness Release Form



School: _____ Student ID Number: _____

Student Name (Last, First): _____

Homeroom Teacher: _____ Grade: _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____ Email: _____

Dear Parent/Guardian:

Throughout the school year, certain Hillsborough County Public School partners and media members may be involved with special events or activities at your child's school.

Hillsborough County Public Schools also may wish to interview, photograph, or videotape your child for promotional and educational reasons to utilize in publications and special district events. Before your child can participate in any of the above events or activities, you must give your permission by signing and returning this likeness release form to your child's school.

Please select only one option below:

☐ **I give my permission** for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media and expressly authorize and grant my consent to such parties the right to use my child's physical likeness, other identifying characteristics, information, and/or recordings of his/her voice in any media, including but not limited to, broadcast, cable, print, and/or digital, and for any purpose including but not limited to entertainment, news, education, advertising, marketing and promotion without compensation thereof.

☐ **I do not give permission** for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media; nor for his/her name to be published in school/district publications, on the internet, or in news Publications or broadcasts.

☐ **I give my permission ONLY** for my child to be photographed for and his/her name be published in the 2022-2023 school yearbook.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

2023-2024

Formulario de Comunicado de Prensa de Estudiante

Escuela: _____ Número de identificación estudiantil: _____

Nombre del estudiante (apellido, nombre): _____

Profesor/a de aula: _____ En qué grado está su hijo(a): _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estimado Padre/Tutor:

A lo largo del año escolar, ciertos socios de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough y miembros de los medios de comunicación pueden participar en eventos o actividades especiales en la escuela de su hijo(a).

Es posible que las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough también deseen entrevistar, fotografiar o grabar en video a su hijo por razones promocionales y educativas para utilizarlo en publicaciones y eventos especiales del distrito. Antes de que su hijo(a) pueda participar en cualquiera de los eventos o actividades anteriores, usted debe dar su permiso firmando y devolviendo este formulario de autorización a la escuela de su hijo(a).

Seleccione solo una opción a continuación:

☐ **Doy mi permiso** para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general y autorizo expresamente y otorgo mi consentimiento a tales partes el derecho a usar la semejanza física de mi hijo(a), otras características de identificación, información y/o grabaciones de su voz en cualquier medio, incluyendo pero no limitado a, transmisión, cable, impreso y/o digital, y para cualquier propósito incluyendo pero no limitado a entretenimiento, noticias, educación, publicidad, marketing y promoción sin compensación por los mismos.

☐ **No doy permiso** para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general; ni que su nombre sea publicado en publicaciones de la escuela/ distrito, en Internet o en publicaciones o transmisiones de noticias.

☐ **Doy mi permiso SOLAMENTE** para que mi hijo sea fotografiado y su nombre se publique en el anuario escolar 2022-2023.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Volunteer Services Hillsborough County Public Schools

Hillsborough County Public Schools requires **all** volunteers and community partners to complete the HCPS Volunteer Application **or** have a current active application on file prior to any volunteer engagement. 30-day notices of renewal are sent to the applicant based on expiration date.

This application should be submitted at least **two-four** weeks prior to any volunteer activity.
Allow longer for Level 2 Fingerprinting

Becoming a Volunteer

Ways to access the online application:

From the District website (<https://www.hillsboroughschools.org>)

- Click on the "Departments"
- Then click on the "Volunteering Services."
- Finally, click on the "Y.E.S." icon on the right.



From a school website

- Click on the "Volunteer Services" box on the homepage
- Finally, click on the "Y.E.S." icon on the right.



While on the HCPS Application introduction page, please take a moment to view the video for completing the volunteer application. Returning active volunteers, can access the Quick Reference Guide for the Volunteer Portal.

We are thankful to the many volunteers and community partners that say Y.E.S. (You Empower Students) every day to collaborate with us in preparing our students for life.

For more information, please click on the link to [Volunteer Services](#) or email volunteer.services@hcps.net

**The HCPS Volunteer Application is not applicable for Charter Schools. If you are interested in volunteering at a Charter School, please contact the school directly.*

Servicios de Voluntariados

Hillsborough County Public Schools

Las escuelas Públicas del Condado de Hillsborough requieren que **todos** los voluntarios y socios de la comunidad completen la **Solicitud de Voluntariado de HCPS** o tengan una solicitud activa actual en el archivo antes de cualquier participación como voluntarios. Los avisos de renovación de 30 días se envían al solicitante basado en la fecha de vencimiento.

Esta solicitud debe enviarse por lo menos **dos a cuatro** semanas antes de cualquier actividad de voluntariado.
***Tiene que permitir más tiempo para la toma de huellas digitales de nivel 2**

Cómo ser un voluntario

Desde la página web del Distrito (<https://www.hillsboroughschools.org>)

- Vaya donde dice "*Departments*"
- Luego seleccione el enlace "*Volunteering Services*".
- Finalmente, seleccione el ícono "**Y.E.S.**" a la derecha.



Desde la página web de la escuela

- Seleccione el menú "*Volunteer Services*".
- Finalmente, seleccione el ícono "**Y.E.S.**" de la derecha.



Mientras se encuentra en la página de introducción de la solicitud de HCPS, tómese un momento para ver el video de cómo completar la solicitud de voluntariado. **Los voluntarios activos que regresan, pueden acceder a la Guía de Referencia Rápida para el portal de Voluntarios.**

Estamos muy agradecidos de todos los voluntarios y socios comunitarios que dicen Y.E.S. (*You Empower Students*) cada día para colaborar con nosotros en preparar a nuestros estudiantes para la vida.

Para más información, por favor ingrese en el enlace [Volunteer Services](#) o envíe un correo electrónico a volunteer.services@hcps.net

****Las solicitudes de voluntario de HCPS no se aplican para las escuelas *Charter*. Si usted está interesado en ser voluntario en una escuela *Charter*, por favor comuníquese con la escuela directamente.**



PLEASE PRINT FIRMLY

AUTHORIZATION FOR STUDENT RELEASE AND EMERGENCY INFORMATION CARD

PLEASE PRINT FIRMLY

SCHOOL YEAR		SCHOOL NAME		DISTRICT STUDENT NUMBER		ENTRY CODE	
TEACHER OR HOMEROOM		GRADE		STATE STUDENT NUMBER		ENTRY DATE	
EMERGENCY INFORMATION: This card must be completed by the parent or legal guardian.						CHILD OF MILITARY FAMILY? ☐ YES ☐ NO Military Family Includes: 1) members on active duty or 2) members for 1 year following: • medical discharge due to injury • retirement • death due to active duty injury	
NAME OF STUDENT (LAST) (JR, 2D, 3D, 4T)		(FIRST) (MIDDLE)		DATE OF BIRTH MM DD YY		☐ MALE ☐ FEMALE	
MAILING ADDRESS - (STREET NUMBER & NAME, CITY, ZIP CODE)						HOME PHONE	
RESIDENTIAL ADDRESS - (IF DIFFERENT FROM MAILING ADDRESS) (STREET NO. & NAME, CITY, ZIP) (IF RURAL LOCATION, PLACE DIRECTIONS ON REVERSE)							
PARENT/LEGAL GUARDIAN (LAST, FIRST, INITIAL)				PARENT/LEGAL GUARDIAN (LAST, FIRST, INITIAL)			
EMPLOYER NAME				EMPLOYER NAME			
BUSINESS PHONE/EXTENSION		MOBILE NUMBER		BUSINESS PHONE/EXTENSION		MOBILE NUMBER	
EMAIL				EMAIL			
RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P - PARENT G - LEGAL GUARDIAN A - GUARDIAN AD LITEM O - OTHER S - SURROGATE N - NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED		RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P - PARENT G - LEGAL GUARDIAN A - GUARDIAN AD LITEM O - OTHER S - SURROGATE N - NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED		RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P - PARENT G - LEGAL GUARDIAN A - GUARDIAN AD LITEM O - OTHER S - SURROGATE N - NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED		RELATIONSHIP TO STUDENT: (CIRCLE ONE) P - PARENT G - LEGAL GUARDIAN A - GUARDIAN AD LITEM O - OTHER S - SURROGATE N - NO PARENT/GUARDIAN REQUIRED	
PERSON(S) TO CONTACT IF PARENT CANNOT BE REACHED NAME (STUDENT MAY BE RELEASED TO THIS PERSON)		DAYTIME PHONE		PERSON(S) TO CONTACT IF PARENT CANNOT BE REACHED NAME (STUDENT MAY BE RELEASED TO THIS PERSON)		DAYTIME PHONE	
HOSPITAL PREFERENCE		PHYSICIAN NAME & PHONE NUMBER		DENTIST NAME & PHONE NUMBER			
CURRENT HEALTH PROBLEM(S) ASTHMA ☐ DIABETES ☐ SEIZURES ☐ HEART CONDITION ☐ ALLERGIES ☐ OTHER ☐		EXPLANATION OF HEALTH PROBLEM(S) AND/OR MEDICATION(S) STUDENT IS TAKING					
In the case of accident, serious illness, or emergency, the school may contact Emergency Management Services (EMS), 911. If EMS must transport your child, payment of fees will be assumed by the parent/legal guardian. The school will make every effort to contact the parent/legal guardian. If the school is unable to contact the parent/legal guardian, every effort will be made to notify other persons listed on the emergency card.							
I have reviewed and understand the conditions of this document and I understand that if I desire to have my child released to persons other than those listed above, I must provide a list of those persons in writing, with addresses and telephone numbers, to the principal of the school.							
				X _____ Signature of Parent/Legal Guardian		Date _____	

REGISTRATION INFORMATION

Student's Social Security Number _____

Birthplace _____ City _____ State _____ Country _____

First-time Hillsborough County Student

Yes _____ No _____ Did the student relocate/move to Hillsborough County from ANOTHER county, state or country within the past year?

If yes, City _____ State _____ County _____

(Last School attended by the Student) _____ Public _____ Private _____ Home Education (Include the dates attended and complete address information below)

School Name _____ Dates Attended _____

Street Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

If the student ever attended a Hillsborough County Public School, name of school _____

Home Language Survey

Yes _____ No _____ Is a language other than English used in the home?

Yes _____ No _____ Did the student have a first language other than English?

Yes _____ No _____ Does the student most frequently speak a language other than English?

Primary language spoken in the home by the Parent/Legal Guardian _____ Student's Native Language _____

State/Federal Mandated Information

Yes _____ No _____ Is either head of household a law enforcement officer, firefighter, or judge/justice?

Yes _____ No _____ Is either parent in the military, employed as a federal civilian, or residing in a housing project?

Yes _____ No _____ Did your family ever travel to look for work on a farm or do paid farm labor?

Yes _____ No _____ Is the student a single parent with either custody or joint custody of a minor child?

Yes _____ No _____ Has the student ever been expelled, arrested resulting in a charge, or had juvenile justice actions?

Yes _____ No _____ Has the student ever had any referrals to mental health services?

Date student first entered a United States school: Month (MM) _____ / Day (DD) _____ / Year (YYYY) _____

If foreign born, how many years has the student attended a school in the United States? _____

Yes _____ No _____ Is the student of Hispanic or Latino ethnicity?

Check all applicable races _____ American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ Black/African American

_____ Native Hawaiian or other Pacific Islander _____ White

Students with Individual Educational Plans (IEPs) have protections under Part B of the IDEA, and are entitled to a free appropriate public education. As parent/legal guardian, I give permission for the school district to release, exchange, review, and utilize my child's personally identifiable information to assist in the provision of school health services, and for this information to be disclosed to the Agency for Health Care Administration to facilitate verification of Medicaid eligibility; and/or, as applicable, to seek reimbursement from Medicaid for services provided at school. I understand that my child will continue to receive all services per his/her IEP, at no charge, whether or not I give consent. I understand that I may withdraw my consent at any time, and that my state/private benefits are not affected.

Signature of Parent/Legal Guardian _____

Date _____

ESCRIBA CON FIRMEZA

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DEL ESTUDIANTE Y TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

ESCRIBA CON FIRMEZA

THIS BLOCK FOR SCHOOL USE ONLY

SCHOOL YEAR		SCHOOL NAME		DISTRICT STUDENT NUMBER		ENTRY CODE	
TEACHER OR HOMEROOM		GRADE		STATE STUDENT NUMBER		ENTRY DATE	
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: El padre/madre o tutor legal deberá llenar esta tarjeta.						¿ES HIJO DE FAMILIA MILITAR? SI ☐ NO ☐	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO) (JR, 2D, 3D, 4T) (PRIMER) (SEGUNDO)				FECHA NAC. MM DD AA		MASC. ☐ FEM. ☐	
DIRECCIÓN POSTAL - (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)						La familia militar incluye: 1) miembros en servicio activo o 2) miembros durante 1 año tras: • alta médica por lesiones • jubilación • muerte por lesiones durante servicio activo	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL - (SI ES DISTINTA DE LA POSTAL) (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL) (SI ES UN LUGAR RURAL, INDIQUE EN EL REVERSO CÓMO LLEGAR)						TELÉFONO DE CASA	
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE)				PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL SEGUNDO NOMBRE)			
NOMBRE DEL EMPLEADOR				NOMBRE DEL EMPLEADOR			
TELÉFONO/EXTENSIÓN DEL TRABAJO		NÚMERO CELULAR		TELÉFONO/EXTENSIÓN DEL TRABAJO		NÚMERO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO				CORREO ELECTRÓNICO			
PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE (MARQUE UNA RESP. CON UN CÍRCULO) P - PADRE/MADRE T - TUTOR LEGAL A - TUTOR AD LITEM O - OTRO S - SUSTITUTO N - NO REQUIERE PADRE/MADRE/TUTOR				PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE (MARQUE UNA RESP. CON UN CÍRCULO) P - PADRE/MADRE T - TUTOR LEGAL A - TUTOR AD LITEM O - OTRO S - SUSTITUTO N - NO REQUIERE PADRE/MADRE/TUTOR			
PERSONA(S) DE CONTACTO EN CASO DE NO PODER CONTACTAR CON LOS PADRES (SE PUEDE ENTREGAR EL ESTUDIANTE A ESTA PERSONA)				PERSONA(S) DE CONTACTO EN CASO DE NO PODER CONTACTAR CON LOS PADRES (SE PUEDE ENTREGAR EL ESTUDIANTE A ESTA PERSONA)			
NOMBRE (SE PUEDE ENTREGAR EL ESTUDIANTE A ESTA PERSONA)				TELÉFONO DIURNO			
HOSPITAL PREFERIDO				NOMBRE Y N.º TELEFÓNICO DEL MÉDICO		NOMBRE Y N.º TELEFÓNICO DEL DENTISTA	
PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES ASMA ☐ DIABETES ☐ CONVULSIONES ☐ ENFERMEDAD CARDIACA ☐ ALERGIAS ☐ OTRO ☐		EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÉDICOS O MEDICAMENTOS QUE TOMA EL ESTUDIANTE					

En caso de accidente, enfermedad grave o emergencia, la escuela puede contactar con los Servicios de gestión de emergencias (EMS), 911. Si los servicios EMS tienen que transportar al menor, el padre/madre o tutor legal será responsable de los costos. La escuela hará todo lo posible por contactar al padre/madre/tutor legal. Si la escuela no puede comunicarse con el padre/madre/tutor legal, se hará todo lo posible para informar de ello a otras personas que figuren en la tarjeta de emergencia.

He revisado y entiendo las condiciones de este documento y soy consciente de que, si deseo que mi hijo sea entregado a personas distintas a las mencionadas anteriormente, deberá dar por escrito al director de la escuela una lista de esas personas, con sus direcciones y números de teléfono.

X _____
 Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

INFORMACIÓN DE REGISTRO

Número de Seguro Social del estudiante _____ - _____ - _____

Lugar de nacimiento _____
 Ciudad _____ Estado _____ País _____

¿Estudiante nuevo en el Condado de Hillsborough

____ SI ____ NO ¿Se mudó el estudiante al Condado de Hillsborough procedente de OTRO condado, estado o país durante el último año?

En caso afirmativo, Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ País _____

Última escuela del estudiante) _____ Pública _____ Privada _____ Educación en casa (incluirlas fechas de asistencia y llenar la siguiente información)

Nombre de la escuela _____ Fechas de asistencia _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ País _____

¿El estudiante asistió alguna vez a una escuela del Condado de Hillsborough, nombre de la escuela _____

Pregunta sobre el idioma hablado en casa

____ SI ____ NO ¿Se habla algún idioma en casa distinto del inglés?
 ____ SI ____ NO ¿Empezó el estudiante a hablar un idioma distinto del inglés?
 ____ SI ____ NO ¿Habla el estudiante con más frecuencia un idioma distinto del inglés?

Idioma principal hablado en casa por el padre/madre/tutor legal _____ Lengua materna del estudiante _____

Formación exigida por el estado/gobierno central

____ SI ____ NO ¿Es el cabeza de familia agente de policía, bombero o juez/magistrado?
 ____ SI ____ NO ¿Está el padre/madre en el ejército, empleado como civil federal o residente en una vivienda subsidiada por el gobierno?
 ____ SI ____ NO ¿Viajó alguna vez la familia para buscar trabajo en una granja o trabajar como mano de obra pagada en una granja?
 ____ SI ____ NO ¿Es el estudiante padre/madre soltero con la custodia o custodia compartida de un menor?
 ____ SI ____ NO ¿Han sido alguna vez el estudiante expulsado de una escuela, arrestado y recibido cargos, o recibido medidas por un tribunal juvenil?
 ____ SI ____ NO ¿Ha recibido alguna vez el estudiante una referencia para servicios de salud mental?

¿Ha en que el estudiante fue inscrito por vez primera en una escuela de Estados Unidos: Mes (MM) _____ / Día (DD) _____ / Año (YYYY) _____

Nació en el extranjero, ¿por cuántos años ha asistido el estudiante a una escuela de Estados Unidos? _____

____ SI ____ NO ¿Tiene el estudiante un origen étnico hispano o latino?

Indique todas las razas que correspondan _____ Indio americano o nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/afroamericano
 _____ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico _____ Blanco _____

Los estudiantes con Planes Educativos Individuales (IEP) tienen protecciones bajo la Parte B de la ley IDEA, y tienen derecho a una educación pública adecuada y gratuita. Como padre/madre/tutor legal, doy mi permiso para el distrito escolar divulgue, intercambie, revise y utilice la información de identificación personal de mi hijo para contribuir a la prestación de los servicios médicos escolares y para que esta información se divulgue a la oficina para la Administración de Atención Médica para facilitar la verificación de elegibilidad para Medicaid; o bien, si corresponde, solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela. Soy consciente de que mi hijo continuará recibiendo todos los servicios de acuerdo con su plan IEP, sin cargo alguno, independientemente de mi consentimiento. Soy consciente de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que mis beneficios estatales o privados no se verán afectados.

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

Distribución: Original - Carpeta acumulativa del estudiante, Copia - Procesador de datos
 45501 (Mod. 08/22/2018) LAWSON# 1000342

Hillsborough County Public Schools Health Services

Immunization Requirements for Entry into Florida Schools

Students from Pre-kindergarten through 12th grade who are coming into a Florida school for the first time must present an immunization record (DH 680) and a current Florida School Entry Physical Examination, Form (DH 3040). The immunization record must show that the student has met the minimum state requirements for that grade. Immunizations are provided at no charge by the Department of Health, Hillsborough County.

Immunization Requirements for 2023-2024 School Year Entry

The School Health Services Program oversees or provides mandated services in accordance with Florida Statute sections 381.0056, 381.0057, and 402.3026. School health services' purpose is to minimize health barriers to learning for public school students in pre-kindergarten through 12th grade. To help ensure the provision of safe and appropriate county-level school health services, the Department of Health, Hillsborough, School Health Program office work in conjunction with Hillsborough County Public Schools, School Health Services Department to implement health services and state mandates provided in our public schools.

Immunization Requirements for students entering seventh through twelfth

Students entering seventh grade must submit an updated immunization record with a Tdap. All students from seventh through twelfth grade immunization record must that the student has met the minimal state requirements:

- 5 doses DTaP (diphtheria-tetanus-pertussis)
- 4 doses Polio (IPV or OPV)
- 2 doses MMR< (measles-mumps-rubella)
- 3 doses Hepatitis B
- 1 dose Tdap (tetanus, diphtheria, pertussis)*
- 2 doses Varicella (chickenpox) or has had the disease as documented by a healthcare provider**

*Note: 1 dose Tdap (tetanus- diphtheria- pertussis) for seventh grade is required. An updated DH 680 form to include Tdap must be obtained for submission to the school.

**Varicella vaccine is not required if Varicella disease is documented (the year the child had the disease must be included) by a Licensed Physician, Advanced Registered Nurse Practitioner or Physician Assistant.

Additional Immunization Recommendations:

Meningococcal Disease

A dose of Meningococcal (MCV4) is recommended for children and adolescents 11-18 years of age. This vaccine is 85-90% effective in preventing meningococcal disease. Meningococcal disease is a serious illness caused by bacteria. The disease is spread by airborne respiratory

Hillsborough County Public Schools Health Services

droplets (cough or sneezes). Symptoms of meningococcal disease are often mistaken for less serious illnesses such as the flu. Common symptoms may include fever greater than 101.4, red to purple colored rash, nausea, vomiting, generalized muscle aches, severe headaches, confusion, sensitivity to light, and/or stiff neck. It is a leading cause of bacterial meningitis in children 2-18 years old in the United States. The vaccine is available at the department of health, Hillsborough County, if it is not provided by your child's healthcare provider's office. For those who have never gotten MCV4, a dose is recommended at high school entry but not required in the State of Florida. Most colleges and universities require this vaccine. Please check the college or university policy you plan to attend. In addition, this is highly recommended if you are living in a dormitory type of residence. MCV4 is contraindicated to anyone that experiences a severe allergic reaction after a previous dose or to any components of vaccines.

Human Papilloma Virus Disease

The Human Papilloma Virus (HPV) causes the majority of genital warts and cancers. HPV vaccine has been shown to protect against 80% of the most common types of cervical cancer and oral cancers and decrease genital warts. While it is recommended for ages 11-12 years of age, this vaccine has been approved for both males and females beginning at nine years of age. The most frequently reported symptoms of the HPV vaccine are chronic pain with paresthesia, headaches, fatigue and orthostatic intolerance.

If you have private health insurance or Medicaid, contact your health care provider. If you do not have private health insurance or Medicaid, contact the Florida Department of Health, Hillsborough County Immunization Clinic for further information.

State Mandated Screenings

School Health Services is responsible for state-mandated screenings, Florida Statute 381.0056(6)(e). Vision and hearing screenings are necessary to identify impairments that interfere with learning. In addition, growth and development, body mass index (BMI) and scoliosis screenings are necessary to prevent complications associated with obesity and diabetes and heart and lung damage, respectively. The mandatory grade levels are listed below:

All students who do not pass their screening will be referred for further examination and corrective measures. If you are in need of a health care provider for your child, please contact your school nurse. If you do not want your child to participate in any of the mandated screenings, you must notify your child's school nurse in writing before the assigned screening date every school year a screening is required. Please ask your child's school for the date or dates of the scheduled screenings. In addition, please provide your child's results from that particular screening to be included in your child's health record.

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Requisitos de Vacunación para el ingreso al año escolar 2022-2023

El Programa de Servicios de Salud Escolar supervisa o proporciona los servicios obligatorios de acuerdo con Florida Secciones 381.0056, 381.0057 y 402.3026 del Estatuto. El propósito de los servicios de salud escolar es minimizar barreras de salud para el aprendizaje de los estudiantes de escuelas públicas desde el jardín de infantes hasta el grado 12. Ayudar asegurar la provisión de servicios de salud escolar seguros y apropiados a nivel de condado, el Departamento de Salud, Hillsborough, la oficina del Programa de Salud Escolar trabaja en conjunto con la Oficina Pública de las Escuelas del Condado de Hillsborough, Departamento de Servicios de Salud Escolar para implementar los servicios de salud y los mandatos estatales proporcionados en nuestras escuelas públicas.

Los estudiantes de prejardín de infantes hasta el grado 12 que ingresan a una escuela de Florida por primera vez tiempo debe presentar un registro de vacunas (DH 680) y un examen físico de ingreso a la escuela de Florida actual Examen, Formulario (DH 3040). El registro de vacunas debe mostrar que el estudiante ha cumplido con los requisitos mínimos del estado para ese grado. Las vacunas son proporcionadas sin cargo por el Departamento de Salud de el Condado de Hillsborough.

Requisitos de inmunización para prejardín de infantes

Para los estudiantes que ingresan a Pre-Kindergarten *, el registro de vacunación debe mostrar que el estudiante ha cumplido los requisitos estatales mínimos para las vacunas:

- * 3-5 dosis de DTaP (difteria-tétanos-tos ferina)
- * 3-5 dosis Polio (jardín de infantes)
- * 1-2 dosis de MMR (sarampión-paperas-rubéola)
- 3 dosis de hepatitis B
- * 1-2 dosis de Varicela (varicela)

* Nota: Las vacunas que se enumeran a continuación no son necesarias, pero se recomiendan:

Haemophilus influenza tipo b (Hib)

Conjugado neumocócico (PCV13)

Hepatitis A (Hep A)

* No se requiere la vacuna contra la varicela si la enfermedad de varicela está documentada (el año en que el niño/a tuvo la enfermedad debe ser incluido) por un médico autorizado, avanzado Enfermera practicante registrada o asistente médico.

Requisitos de vacunación para jardín de infantes hasta sexto grado

Los estudiantes que ingresan al jardín de infantes deben presentar un registro de vacunación actualizado y una entrada a la escuela examen físico

- 5 dosis de DTaP (difteria-tétanos-tos ferina)
- * 4-5 dosis Polio (jardín de infantes)
- 2 dosis de MMR (sarampión-paperas-rubéola)
- 3 dosis de hepatitis B
- * 2 dosis de Varicela (varicela)

* Nota. KG: si la cuarta dosis de vacuna antipoliomielítica se administra antes de el cumpleaños 4, se requiere una quinta dosis de la vacuna contra la polio para ingresar al jardín de infantes solamente.

** No se requiere la vacuna contra la varicela si la enfermedad de varicela está documentada (el año que el niño/a tuvo la enfermedad debe ser incluido) por un médico autorizado, avanzado Enfermera practicante registrada o asistente médico.

Requisitos de vacunación para estudiantes que ingresan del séptimo al duodécimo grado

Los estudiantes que ingresan al séptimo grado deben presentar un registro de vacunación actualizado con una Tdap. Todos los estudiantes de séptimo a duodécimo grado deben tener un registro de vacunas que haya cumplido con los requisitos mínimos del estado:

- 5 dosis de DTaP (difteria-tétanos-tos ferina)
- 4 dosis de Polio (IPV u OPV)

2 dosis de MMR <(sarampión-paperas-rubéola)

3 dosis de hepatitis B

1 dosis de Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)

2 dosis de varicela (varicela) o ha tenido la enfermedad según lo documentado por un proveedor de atención médica

* **Nota** Se requiere 1 dosis de Tdap (tétanos-difteria-tos ferina) para el séptimo grado.

* Se debe obtener un formulario DH 680 actualizado para incluir Tdap para enviarlo a la escuela.

* **No se requiere la vacuna contra la varicela si la enfermedad de varicela está documentada (el año en que el niño/a tuvo la enfermedad debe ser incluido) por un médico autorizado, avanzado Enfermera practicante registrada o asistente médico.**

Recomendaciones de inmunización adicionales:

Cuatro vacunas que no son obligatorias para el nivel de grado de su hijo/a, pero son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) debe discutirse con su médico: meningitis meningocócica, hepatitis A, influenza y papiloma humano (VPH) Serie de vacunas.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Se recomienda una dosis de meningococo (MCV4) para niños y adolescentes de 11 a 18 años de edad. Esta vacuna tiene una eficacia del 85-90% en la prevención de la enfermedad meningocócica. Meningocócica es una enfermedad grave causada por bacterias. La enfermedad se transmite por vías respiratorias (tosir o estornudar). Los síntomas de la enfermedad meningocócica a menudo se confunden con enfermedades menos graves como la gripe. Los síntomas comunes pueden incluir: fiebre superior a 101,4, erupción de color rojo a púrpura, náuseas, vómitos, dolores musculares generalizados, dolores de cabeza intensos, confusión, sensibilidad a la luz y/o rigidez en el cuello. Es una de las principales causas de meningitis bacteriana en niños de 2 a 18 años en los Estados Unidos. La vacuna está disponible en el departamento de salud de el de Hillsborough, si no lo proporciona el consultorio del proveedor de atención médica de su hijo. Para aquellos que nunca han obtenido MCV4, se recomienda una dosis al ingresar a la escuela secundaria, pero no requerido en el estado de Florida. La mayoría de los colegios y universidades requieren esta vacuna. Por favor verifique la política de la universidad a la que planea asistir. Además, esto es muy recomendado si vive en una residencia tipo dormitorio. MCV4 está contraindicado para cualquier persona que experimente una reacción alérgica grave después de una dosis anterior o a cualquier componente de vacunas.

Enfermedad por virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) causa la mayoría de las verrugas genitales y los cánceres. Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH protege contra el 80% de los tipos más comunes de cáncer de cuello uterino y cánceres orales y disminuir las verrugas genitales. Si bien se recomienda para las edades de 11 a 12 años, esta vacuna ha sido aprobado tanto para hombres como para mujeres a partir de los nueve años de edad. Frecuentemente se ha reportado que los síntomas de la vacuna contra el VPH son dolor crónico con parestesia, dolores de cabeza, fatiga e intolerancia ortostática.

Si tiene un seguro médico privado o Medicaid, comuníquese con su proveedor de atención médica. Si no lo hace tiene seguro médico privado o Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Florida, Hillsborough Clínica de inmunización del condado para obtener más información.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE FLORIDA, CLÍNICA DE VACUNAS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH

Sulphur Spring Health Center

8605 N. Mitchell, Tampa

813-307-8077



PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR SCHOOL HEALTH SERVICES

- The Parent/Guardian Consent for School Health Services Form is required for each student every school year.
- In an emergency, first aid, cardiopulmonary resuscitation (CPR) or use of an automated external defibrillator (AED) will be performed by employees until emergency medical services arrive without prior parent/guardian consent.
- Additional parent/guardian written consent is required every school year for employees to administer daily, as needed, or over-the-counter prescribed medications, conduct medical procedures or provide medical treatment.
- Additional parental/guardian written consent is required every school year for The Healthy Student Program, vision and dental programs at participating schools, and specific health services i.e., school entry, sports, and Special Olympics physicals.

THIS FORM MUST BE COMPLETED, SIGNED, AND RETURNED TO THE SCHOOL NURSE IN ORDER TO GIVE CONSENT FOR YOUR CHILD TO RECEIVE ANY OF THE SCHOOL HEALTH SERVICES LISTED BELOW.

Print all information using ink

Student Information

First Name	Middle Name	Last Name	Student Birth Date	Gender
Street Address	Apartment Number	City	State	Zip Code

Parent/Guardian Information

First Name	Middle Name	Last Name	Relationship to Student (parent or guardian)
Street Address	Apartment Number	City	State Zip Code
Home Phone Number	Work Phone Number	Cell Phone Number	Email Address

Please indicate which services you give consent for your child to receive at school by placing an "x" in the boxes below.

Care and treatment for illness and/ or injury	☐
Vision screening	☐
Hearing screening	☐
Scoliosis screening	☐
Growth and development screening (body mass index)	☐
Vision services	☐
Dental Services	☐
Healthy Student Program -	☐

Parent/Guardian (PRINT)

Parent/Guardian (SIGNATURE)

Date

STUDENT'S FIRST & LAST NAME PRINT: _____ Date of Birth: _____

STUDENT'S FIRST & LAST NAME SIGNATURE: _____ Date: _____



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA

- El formulario de consentimiento de los padres/tutores para los servicios de salud de la escuela se requiere para cada estudiante cada año escolar.
- En caso de emergencia, los empleados realizarán los primeros auxilios, la resucitación cardiopulmonar (CPR) o el uso de un desfibrilador externo automático (AED) hasta que lleguen los servicios médicos de emergencia sin el consentimiento previo de los padres/tutores.
- Se requiere un consentimiento adicional por escrito de los padres/tutores cada año escolar para que los empleados administren diariamente, según sea necesario, o medicamentos recetados sin receta, realicen procedimientos médicos o proporcionen tratamiento médico.
- Se requiere un consentimiento adicional por escrito de los padres/tutores cada año escolar para el Programa de Estudiantes Saludables, los programas de visión y dentales en las escuelas participantes, y los servicios de salud específicos, es decir, el ingreso a la escuela, los deportes y los exámenes físicos de las Olimpiadas Especiales.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO Y DEVUELTO A LA ENFERMERA ESCOLAR PARA DAR EL CONSENTIMIENTO PARA QUE SU HIJO(A) RECIBA CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.

Escriba toda la información con tinta.

Información del estudiante

Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento del estudiante		Género	
Domicilio/dirección física		Número de apartamento		Ciudad		Estado		Código postal	

Información del padre/madre/tutor

Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Relación con el estudiante (padre/madre o tutor)			
Domicilio/dirección física		Número de apartamento		Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono de casa		Número de teléfono del trabajo		Número de celular		Correo electrónico			

Por favor, indique qué servicios da su permiso para que su hijo(a) reciba en la escuela poniendo una "x" en las casillas de abajo.

Atención y tratamiento de enfermedades y/o lesiones	☐
Examen de la vista	☐
Prueba de audición	☐
Evaluación de la escoliosis	☐
Examen de crecimiento y desarrollo (Índice de masa corporal)	☐
Servicios de la vista	☐
Servicios dentales	☐
Programa de Estudiantes Saludables	☐

Padre/tutor (ESCRIBA SU NOMBRE)

Parent/Guardian (FIRMA)

Fecha

ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

FIRMA DEL NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha: _____



Student Name _____ Sex _____ Grade _____ DOB _____
(Last, First, MI)
Home Address _____ Zip _____ Home Phone _____

APPLICATION FOR HEALTHY STUDENT PROGRAM MEMBERSHIP

PEOPLE TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY:

Parent Name	Work Number	Home Phone #	Cell Phone #
Emergency Contact from Emergency Card		Home Phone #	Cell Phone #

STUDENT MEDICAL HISTORY

Name of Family Physician _____ Physician Phone _____
Name of Family Dentist _____ Dentist Phone _____
Date of Student's Last Physical Exam _____ Dental Exam _____
List any ALLERGIES to Medications or Food _____
List any MEDICATIONS that this student is presently taking _____
List any SURGERIES that this student has had _____
CURRENTLY, DOES THIS STUDENT HAVE ANY MEDICAL OR HEALTH PROBLEMS THAT WE
SHOULD BE AWARE OF? _____

Family Medical History: (Check all that apply and indicate which family members had or have the condition)

High Blood Pressure _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____
Epilepsy _____ Sickle Cell _____ Cancer _____
Heart Problems _____ Asthma _____ Arthritis _____
Weight (overweight or underweight) _____

STUDENT INSURANCE INFORMATION

Is this student covered by HEALTH INSURANCE	YES _____	NO _____
Insurance ID Number _____		
Is the student covered by MEDICAID? (Better Health Plan; Medipass; etc.)	YES _____	NO _____
Medicaid Number _____		
Amerigroup Number: _____		

ENROLLMENT STATEMENT

We agree to enroll _____ in the Healthy Student Program. We Understand that the program offers a limited range of services on an as-needed basis as outlined on the Healthy Student Program Application Form. We further understand that these services DO NOT REPLACE the services of our family doctor. In case of accident or serious illness, the school policies outlined on the School's Emergency Information Card will be observed. We give permission to the District to seek third party reimbursement. We further understand that student information is confidential except in those instances when professionals are required by law to report Child Abuse, Death Threats, Suicide Risk, public health concerns, or for billing purposes.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre)
Dirección residencial _____ Zona Postal _____ Teléfono de la casa _____

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN AL PROGRAMA ESTUDIANTES SALUDABLES

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del padre/la madre	Teléfono del trabajo 21	Teléfono de la casa :	Teléfono celular
Contactos de emergencia en la Tarjeta de Emergencias		Teléfono del trabajo:	Teléfono celular

HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____
Nombre del dentista de la familia _____ Teléfono _____
Fecha del último examen físico _____ Examen dental _____
Provea una lista de cualquier ALERGIA a medicamentos o alimentos _____
Provea una lista de los MEDICAMENTOS que el estudiante está tomando actualmente _____

Indique cualquier OPERACIÓN que el estudiante haya tenido _____
EN LA ACTUALIDAD, ¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO O DE SALUD QUE DEBAMOS CONOCER?

Historia médica familiar (marque todo lo que corresponda e indique cuál miembro de la familia ha tenido o tiene esa enfermedad)

Presión arterial alta _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____
Epilepsia _____ Anemia Falciforme (Sickle Cell) _____ Cáncer _____
Problemas cardíacos _____ Asma _____ Artritis _____
Peso (sobrepeso o bajo peso) _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Está este estudiante cubierto por un SEGURO DE SALUD?	SI	NO
Número del Seguro	_____	_____
¿Está este estudiante cubierto por MEDICAID? (Better Health Plan; Medipass; etc.)	SI	NO
Número del Medicaid	_____	_____
Número de Amerigroup	_____	_____

DECLARACION DE INGRESO

Estamos de acuerdo en inscribir a _____ en el Programa Estudiantes Saludables.
Entendemos que el programa ofrece una gama limitada de servicios según sean necesario, según se indica en el Formulario de Solicitud del Programa Estudiantes Saludables. Además, entendemos que estos servicios NO REEMPLAZAN los servicios de nuestro médico de familia. En caso de accidente o enfermedad grave, se observarán las políticas de la escuela indicadas en la Tarjeta de Información de Emergencia de la Escuela. Damos permiso al Distrito para solicitar el reembolso de terceros. Además, tenemos entendido que la información del estudiante es confidencial con excepción de aquellos casos en los que los profesionales están obligados por ley a informar sobre abuso infantil, amenazas de muerte, riesgo de suicidio, preocupaciones de salud pública o para propósitos de facturación.

Firma del Padre/la Madre/Representante legal _____ Fecha _____

GUIDELINES FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

It is recognized that medications may be essential for some students. When possible, all medications should be administered at home. This is especially true for medications administered less than four times per day. If medication must be given at school, the following procedures are required:

1. All medications given at school must be U.S. Food and Drug Administration (FDA) approved for the medical diagnosis.
 - a. Substances not to be given at school are all unregulated products, including oils, herbs, food and supplements, which are being used as treatments, dietary supplements, or folk remedies.
 - b. No IV access will be started, flushed, maintained, or discontinued at school. No medications will be permitted via central venous catheter or peripheral intravenous central catheters (PICC lines or central lines) including antineoplastic agents, investigational drugs, total parenteral nutrition (TPN), blood or blood products, emergency medications, or antibiotics.
2. Oral over the counter or sample drugs will be dispensed only when accompanied by written orders from a physician, APRN, or PA and must be U.S. Food and Drug Administration (FDA) approved for the medical diagnosis. Students may not carry medications at school.
 - a. Medication is always to remain in the container in which it was purchased and must be unopened when received by the school.
 - b. Written parental authorization is needed for all drugs.
 - c. Cough drops will be treated as an over-the-counter medication.
 - d. Possession of drugs of any kind may lead to serious disciplinary action.
3. *No prescription narcotic analgesics, opioids or cannabinoids* are to be dispensed at school. The side effects make it unsafe for students to attend school while medicated with narcotics.
4. A signed statement by the parent/guardian requesting the administration of medication must accompany all medication and supplies. The Parent Authorization for Administration of Medication form must be completed before receipt of the medication.
 - a. New authorization forms will be required when any changes with the orders occur.
 - b. All medication/procedure forms must be updated annually.
5. Medication must be sent to school by a parent/guardian.
 - a. It is not safe for children to deliver medicine to and from school.
 - b. This policy prevents safety concerns of lost or stolen medicines, students sharing medicines with friends, and students taking medicine unsupervised.
6. Medication must be in the original prescription container with the: 1) name of drug, 2) date prescribed, 3) dosage prescribed, and 4) time of day to be taken, any special directions, with student's and physician, APRN, or PA names clearly printed.
 - a. Medication must remain in the container in which it was originally dispensed.
 - b. Most pharmacies will provide an extra empty labeled bottle for parents if requested when the prescription is filled. A separate prescription bottle should be provided for field trips.
 - c. No more than a month's supply of controlled medication may be brought in at a time.
 - d. All new prescription refills must remain in the original container with the current expiration date.
 - e. No medications over 30 days will be administered.
7. All medications and/or supplies received must be documented with the parent/guardian, employee, and witness on the Medication and Supply Intake Form (SB 87031).
 - a. Medication must be counted by a parent/guardian. This count will be verified by a school staff.
 - b. The amount and date received are to be recorded.
 - c. The parent/guardian is also required to sign Medication and Supply Intake Form when picking up medication/supplies.

GUIDELINES FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION (cont.)

8. The parent/guardian should arrange for a separate supply of medication for the school.
 - a. Medication will not be transported between home and school.
 - i. Exceptions by Florida statutes 1002.20(h)(i)(j)(k) *which require a Parent Self Administration Form and a Physician Self Administration Form for:* asthma inhalers, EpiPens, pancreatic enzyme supplements, and diabetes supplies and equipment.
9. When any medications are added or discontinued, a new authorization form is required.
10. When medication dosages or times are changed, a new signed authorization form with the correct information must be completed and a new label from the pharmacist or physician, APRN, or PA order/prescription indicating the change must be sent to the school.
 - a. A fax is acceptable.
11. Medication will **always be stored in a locked cabinet at the school**.
 - a. Exceptions by statutes are asthma inhalers, EpiPens, pancreatic enzyme supplements, and diabetic supplies and equipment. Students who self-carry require a Parent Self Administration Form and a Physician Self Administration Form.
12. Since many students receive medication during school hours, a school district employee designated by the principal will administer medication.
 - a. The designated employee must be trained by the Registered Professional School Nurse as required by Florida law. This includes HOST, field trips, and when the student is away from school property on official school business.
 - b. The medication container with pharmacy label/supplies and copies of paperwork will be sent with the trained staff member, agency nurse, or HOST staff personnel. All medications must be signed out and recorded on the Field Trip Medication Sign Out Sheet (SB 86900).
 - c. Under no circumstances may medication be transferred from one container to another by anyone other than a Registered Pharmacist with the exception of field trips which must be done by the Registered Nurse. Registered Nurses preparing for field trips should choose one of the following options: send medication in original container or transfer to a medication envelope with a copy of the original medication label attached.
13. Liquid medication will be given in a calibrated measuring device **supplied by the parent**.
 - a. Pill crushers, soft food for mixing, and special drinks **must be provided by the parent**.
14. All medications/supplies must be removed from the school premises **within one week of the expiration date**, upon appropriate notification of medication being discontinued, or at the end of the school year.
 - a. Medications/supplies that are unused and unclaimed will be destroyed following proper disposal procedures.
15. Planning and protocols for any medication or treatment which requires a one-time dosage for a specific intent are the responsibility of the Registered Nurse, **ONLY**.
16. Non-medicated sunscreen and insect repellent may be administered without a prescription, but a parent/guardian authorization form must be completed.

Florida Statue 1006.062 is the reference for the above guidelines.

Questions regarding these procedures should be directed to the Registered Nurse assigned to the school your child attends or to the office of School Health Services, 273-7020.



NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se reconoce que los medicamentos pueden ser esenciales para algunos estudiantes. Cuando sea posible, todos los medicamentos deben ser administrado en casa. Esto es especialmente cierto para los medicamentos que se administran menos de cuatro veces al día.

Si se deben administrar medicamentos en la escuela, se requieren los siguientes procedimientos:

1. Todos los medicamentos administrados en la escuela deben estar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) **para el diagnóstico médico.**

- a. Las sustancias que no se deben administrar en la escuela son todos los productos no regulados, que incluyen: aceites, hierbas, alimentos y suplementos, que se utilizan como tratamientos, suplementos dietéticos o remedios caseros.
- b. No se iniciará, enjuagará, mantendrá o discontinuará ningún acceso intravenoso en la escuela. No serán permitido los medicamentos a través de catéter venoso central o catéteres centrales intravenosos periféricos (líneas PICC o líneas centrales) incluyendo agentes antineoplásicos, fármacos en investigación, nutrición parenteral total (NPT), sangre o hemoderivados, medicamentos de emergencia o antibióticos.

2. Los medicamentos orales de venta libre o de muestra se dispensarán solo cuando estén acompañados de órdenes por escrito de un médico, APRN o PA y debe contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para diagnóstico médico. Los estudiantes no pueden llevar medicamentos a la escuela.

- a. El medicamento debe permanecer siempre en el recipiente en el que se compró y no debe abrirse cuando lo recibe la escuela.
- b. Se necesita autorización de los padres por escrito para todos los medicamentos.
- c. Las pastillas para la tos se tratarán como un medicamento de venta libre.
- d. La posesión de drogas de cualquier tipo puede dar lugar a medidas disciplinarias graves.

3. *No se pueden dispensar analgésicos narcóticos, opioides o cannabinoides* recetados en la escuela. Los efectos hacen que sea inseguro para los estudiantes asistir a la escuela mientras están medicados con narcóticos.

4. Una declaración firmada por el padre/tutor solicitando la administración de medicamentos debe acompañar todos los medicamentos y suministros. El formulario de Autorización de los padres para la administración de medicamentos debe ser completado antes de recibir el medicamento.

- a. Se requerirán nuevos formularios de autorización cuando se produzcan cambios en los pedidos.
- b. Todos los formularios de medicamentos / procedimientos deben actualizarse anualmente.

5. Los padres/tutores deben enviar los medicamentos a la escuela.

- a. No es seguro para los niños llevar medicamentos a la escuela y desde ella.
- b. Esta política evita preocupaciones de seguridad de medicamentos perdidos o robados, estudiantes que comparten medicamentos con amigos y estudiantes que toman medicamentos sin supervisión.

6. Los medicamentos deben estar en el envase original de prescripción con: 1) el nombre del medicamento, 2) la fecha de prescripción, 3) dosis prescrita, y 4) hora del día a tomar, cualquier instrucción especial, con el estudiante y el médico, Nombres de APRN o PA claramente impresos.

- a. El medicamento debe permanecer en el recipiente en el que se dispuso originalmente.
- b. La mayoría de las farmacias proporcionarán una botella etiquetada vacía adicional para los padres si se solicita cuando la prescripción está surtida. Se debe proporcionar un frasco de prescripción por separado para las excursiones.
- c. No se puede traer más de un mes de suministro de medicamentos controlados a la vez.
- d. Todas las renovaciones de recetas nuevas deben permanecer en el envase original con la fecha de vencimiento actual.
- e. No se administrarán medicamentos durante 30 días.

7. Todos los medicamentos y/o suministros recibidos deben documentarse con el padre/tutor, empleado y testigo en el Formulario de admisión de medicamentos y suministros (SB 87031).

- a. La medicación debe ser contada por un padre / tutor. Este recuento será verificado por el personal de la escuela.
- b. Se registrará la cantidad y la fecha recibida.
- c. El padre/tutor también debe firmar el formulario de admisión de medicamentos y suministros al recoger medicamentos/suministros.

Distribución: personal de enfermería o HOST, padre

Va con SB 87034 (Traducido 29/07/2021)

NORMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (cont.)

8. El padre/tutor debe hacer arreglos para un suministro separado de medicamentos para la escuela.
 - a. No se transportarán medicamentos entre la casa y la escuela.
 - i. Excepciones de los estatutos de Florida 1002.20 (h) (i) (j) (k) que requieren un formulario de autoadministración de los padres y formulario de autoadministración del médico para: inhaladores de asma, EpiPens, suplementos pancreático de enzimas y suministros y equipos para la diabetes.
 9. Cuando se agrega o se suspende algún medicamento, se requiere un nuevo formulario de autorización.
 10. Cuando se cambian las dosis o los horarios de los medicamentos, un nuevo formulario de autorización firmado con la información y una nueva etiqueta del farmacéutico o médico, APRN o PA el pedido/receta que indique el cambio debe enviarse a la escuela.
 - a. Un fax es aceptable.
 11. Los medicamentos **se guardarán en un armario con llave** en la escuela en todo momento.
 - a. Las excepciones por estatuto son los inhaladores para el asma, EpiPens, suplementos de enzimas pancreáticas y suministros diabéticos y equipo. Los estudiantes que se cargan por sí mismos requieren un formulario de autoadministración Formulario de autoadministración del médico.
 12. Dado que muchos estudiantes reciben medicamentos durante el horario escolar, un empleado del distrito escolar designado por el director administrará la medicación.
 - a. El empleado designado debe ser capacitado por la enfermera escolar profesional registrada como lo requiere Ley de Florida. Esto incluye ANFITRIÓN, excursiones y cuando el estudiante está fuera de la propiedad de la escuela en asunto oficial de la escuela.
 - b. El envase del medicamento con la etiqueta / suministros de la farmacia y copias de la documentación se enviarán con el miembro del personal capacitado, enfermera de la agencia o personal del HOST. Todos los medicamentos deben estar cerrados y registrado en la hoja de registro de medicamentos de viaje de campo (SB 86900).
 - c. En ningún caso nadie podrá transferir medicamentos de un envase a otro que no sea farmacéutico registrado con la excepción de excursiones que deben ser realizadas por el Enfermera registrada. Las enfermeras tituladas que se preparan para las excursiones deben elegir una de las siguientes opciones: enviar el medicamento en su envase original o transferirlo a un sobre de medicamento con una copia del se adjunta la etiqueta original del medicamento.
 13. El medicamento líquido se administrará en un dispositivo de medición **calibrado proporcionado por los padres**.
 - a. **Los padres deben proporcionar** trituradoras de píldoras, alimentos blandos para mezclar y bebidas especiales.
 14. Todos los medicamentos/suministros deben retirarse de las instalaciones de la escuela **dentro de una semana después de la fecha de vencimiento**, después de la notificación apropiada de la suspensión del medicamento, o al final del año escolar.
 - a. Los medicamentos/suministros que no se utilicen y no se reclamen serán destruidos después de su eliminación adecuada.
 15. Planificación y protocolos para cualquier medicamento o tratamiento que requiera una dosis única para una sola intención es responsabilidad de la Enfermera Registrada, ÚNICAMENTE.
 16. Se pueden administrar bloqueadores solares y repelentes de insectos sin receta médica, pero se debe completar el formulario de autorización del padre/tutor
- Florida Statute 1006.062 es la referencia para las pautas anteriores.
- Las preguntas relacionadas con estos procedimientos deben dirigirse a la enfermera titulada asignada a la escuela en la que se encuentra su hijo o a la oficina de Servicios de Salud Escolar, 273-7020.



Click here to
learn more!

SCHOOL MEAL PRICES

Breakfast	FREE
Elementary Lunch	\$2.25
Middle and High School Lunch	\$2.75
Lunch in Community Eligibility Provision (CEP) Schools	FREE
Adult and Visitor Lunch	\$4.50

SCHOOL MEAL BENEFITS

Free meals are available to any student who is enrolled in a school eligible for the federal Community Eligibility Provision (CEP) or who qualifies for free or reduced-price meals based on household income. If you have any children **not enrolled** in a CEP school, please submit a meal benefit application for all children in the same home. You may also qualify for other benefits like discounts on internet services and utility bills or waivers for college application fees and SAT/ACT/PSAT exam fees.

A list of CEP schools and the meal benefit application can be found at www.hillsboroughschools.org/sns and the QR code above. Contact us at 813-840-7066 if you have questions about your application or CEP.

SCHOOL MEAL MENUS

Visit our [SNS website](http://snswebsite) or download the Nutrislice app on any mobile device for information on our delicious, healthy meals including ingredients, photos, descriptions, nutrition facts, and allergens in each menu item.

MYPAYMENTS PLUS MEAL ACCOUNTS

MyPayments Plus allows you to prepay for school meals or other food items, set up auto pay, and monitor student spending. Go to www.mypaymentsplus.com or download the MyPayments Plus app on your mobile device. Students with negative balances on their meal account will not be allowed to purchase A La Carte items. See the Local Meal Charge Policy at our website for more information.

ALLERGIES AND SPECIAL DIETS

We take food allergies, food safety and student health very seriously. If your child requires a menu change due to a medical condition, you must submit a Diet Prescription Form signed by your child's doctor. Turn these in to the SNS Cafeteria Manager **every school year** to ensure all allergy alerts are correct and up to date. A meal preference form can also be completed by the parent or guardian if other needs are required because of cultural or religious reasons. Both forms can be found on our [SNS website](http://snswebsite). Our online menus show the top eight food allergens to help you and your child identify their menu choices ahead of time.

ARE YOU STILL PACKING LUNCH?

Student Nutrition Services is here for you. Let us lighten the load, while saving money in your weekly food budget. School meals are a convenient, healthy option for busy families. Where else can you get a complete meal under \$3? Encourage your child to try our meals today and put packing behind you!

OTHER FOOD AID FOR FAMILIES

Additional food resources are available in our community. Feeding Tampa Bay can help you find a distribution of fresh groceries near you or to help add more money to your family food budget each month. www.feedingtampabay.org/findfood. Text HCPSFood to 74544 to see if you qualify for grocery assistance.



¡Haga click aquí para aprender más!

PRECIOS DE LAS COMIDAS ESCOLARES

Desayuno	GRATIS
Almuerzo de las escuelas primarias	\$2.25
Almuerzo de las escuelas secundarias e intermedias	\$2.75
Almuerzo en las escuelas de Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP)	GRATIS
Almuerzo para adultos y visitantes	\$4.50

BENEFICIOS DE COMIDAS ESCOLARES

Las comidas gratuitas están disponibles para cualquier estudiante que esté inscrito en una escuela elegible para la Provisión de Elegibilidad Federal de la Comunidad (CEP) o que califique para comidas gratuitas o a precio reducido según los ingresos del hogar. Si tiene hijos **no inscritos** en una escuela CEP, envíe una solicitud de beneficios de comida para todos los niños en el mismo hogar. También puede calificar para otros beneficios como descuentos en servicios de Internet y facturas de servicios públicos o exenciones para tarifas de solicitud universitaria y tarifas de exámenes SAT / ACT / PSAT.

Puede encontrar una lista de las escuelas CEP y la solicitud de beneficios de comidas en www.hillsboroughschools.org/sns y el código QR anterior. Contáctenos al 813-840-7066 si tiene preguntas sobre su solicitud o CEP.

MENÚS DE COMIDAS ESCOLARES

Visite nuestro [sitio web de SNS](#) o descargue la aplicación Nutrislice en cualquier dispositivo móvil para obtener información sobre nuestras deliciosas y saludables comidas que incluyen ingredientes, fotos, descripciones, información nutricional y alérgenos en cada elemento del menú.

CUENTAS DE COMIDAS EN MYPAYMENTS PLUS

MyPayments Plus le permite pagar por adelantado las comidas escolares u otros alimentos, configurar el pago automático y monitorear los gastos de los estudiantes. Vaya a www.mypaymentsplus.com o descargue la aplicación MyPayments Plus en su dispositivo móvil. Los estudiantes con saldos negativos en su cuenta de comidas no podrán comprar artículos a la carta. Consulte la Política de cargos por comidas locales en nuestro sitio web para obtener más información.

ALERGIAS Y DIETAS ESPECIALES

Nos tomamos muy en serio las alergias alimentarias, la seguridad alimentaria y la salud de los estudiantes. Si su hijo requiere un cambio de menú debido a una afección médica, debe enviar un Formulario de prescripción de dieta firmado por el médico de su hijo. Entréguelos al Gerente de Cafetería de SNS **cada año escolar** para asegurarse de que todas las alertas de alergia sean correctas y estén actualizadas. Un formulario de preferencia de comida también puede ser completado por el padre o tutor si se requieren otras necesidades debido a razones culturales o religiosas. Ambos formularios se pueden encontrar en nuestro [sitio web de SNS](#). Nuestros menús en línea muestran los ocho alérgenos alimentarios principales para ayudarlo a usted y a su hijo a identificar sus opciones de menú con anticipación.

¿TODAVÍA ESTÁS EMPACANDO EL ALMUERZO?

El departamento de nutrición estudiantil está aquí para usted. Permítanos aligerar la carga, mientras ahorra dinero en su presupuesto semanal de alimentos. Las comidas escolares son una opción conveniente y saludable para las familias ocupadas. ¿Dónde más puede obtener una comida completa por menos de \$3? ¡Anime a su hijo a probar nuestras comidas hoy y deje atrás el embalaje!

OTRAS AYUDAS ALIMENTARIAS PARA LAS FAMILIAS

Recursos alimenticios adicionales están disponibles en nuestra comunidad. Alimentar a Tampa Bay puede ayudarlo a encontrar una distribución de comestibles frescos cerca de usted o para ayudar a agregar más dinero a su presupuesto familiar de alimentos cada mes. www.feedingtampabay.org/findfood



MEDICAID

Certified School Match Program

Reimbursement for School-based Services

What is the Florida Medicaid Certified School Match program?

Since 1997, Hillsborough County Public Schools has participated in a federal and state-funded Medicaid reimbursement program. The Florida Medicaid Certified School Match (MCSM) program helps to ensure students with an Individual Educational Program (IEP) receive needed health care (medical, emotional, and transportation-related) services at school.

The program assists school districts by providing partial reimbursement for these medically related services provided to students at school.

In July 2020, current guidelines expanded to include general education students who have a Plan of Care (i.e., Health Care Plan, Behavioral Plan, 504 Plan, etc.) or the need for crisis intervention. Although the partial reimbursement is only available for students who are Medicaid eligible, services are provided to all students with a plan of care regardless of their Medicaid eligibility status.

What types of services does the MCSM program cover?

Counseling	Crisis Intervention	Nursing
Child Outreach Screening	Occupational Therapy	Case Management
Speech/Language Therapy	Physical Therapy	Assessments
Special Education	Transportation	Evaluations Developmental Testing
Orientation & Mobility	Assistive Technology	

Is there a cost to me?

NO – Services are provided to students while at school with NO cost to the parent/guardian.

Will it affect my family's Medicaid benefits?

NO – The program does NOT impact a family's Medicaid services, funds or limits. Because Florida operates the MCSM program differently than the Family-Related Medicaid Coverage plans the school plan does not affect your family's Medicaid benefits in any way.

How does Hillsborough County Public Schools use the reimbursement money received from Medicaid?

The funds received from Medicaid for speech/language therapy, occupational/physical therapy, counseling, nursing services, and psychoeducational evaluations are used to support student services and Exceptional Student Education (ESE) programs.

How can I help ensure my school district receives benefits from the MCSM program?

Federal regulations require that the parent/guardian:

- Be fully informed about the Medicaid Certified School Match program
- Fully understand that consent is voluntary and can be withdrawn at any time.
- Permit Hillsborough County Public Schools to share necessary information to bill for Medicaid eligible services included in your child's IEP, 504 or Plan of Care.
- Your child will receive the services written in your child's IEP, 504, or Plan of Care at Hillsborough County Public Schools expense regardless of your consent to allow us to bill Medicaid. You may revoke consent at any time.



MEDICAID

Programa de concordancia de escuelas certificadas Reembolso de los servicios escolares

¿Qué es el programa de coincidencia de escuelas certificadas por *Medicaid* de Florida?

Desde 1997, las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* han participado en un programa de reembolso de *Medicaid* financiado por el gobierno federal y estatal. El programa *Florida Medicaid Certified School Match (MCSM)* ayuda a asegurar que los estudiantes con un Plan Educativo Individualizado (IEP) reciban los servicios de salud necesarios (médicos, emocionales y relacionados con el transporte) en la escuela.

El programa ayuda a los distritos escolares mediante el reembolso parcial de estos servicios médicos proporcionados a los estudiantes en la escuela.

En julio de 2020, las directrices actuales se ampliaron para incluir a los estudiantes de educación general que tienen un Plan de Atención (es decir, Plan de Atención Médica, Plan de Comportamiento, Plan 504, etc.) o la necesidad de intervención en crisis. Aunque el reembolso parcial sólo está disponible para los estudiantes que tienen derecho a *Medicaid*, los servicios se prestan a todos los estudiantes con un plan de atención, independientemente de su condición de elegibilidad para *Medicaid*.

¿Qué tipos de servicios cubre el programa *MCSM*?

Consejería	Intervención en caso de crisis	Enfermería
Examen de alcance para niños	Terapia Ocupacional	Manejo de casos
Terapia del habla/lenguaje	Terapia física	Evaluaciones
Educación Especial	Transportación	Evaluaciones de las pruebas de desarrollo
Orientación y movilidad	Tecnología asistencial	

¿Tiene algún costo para mí?

NO - Los servicios son provistos a los estudiantes sin ningún costo al padre/tutor.

¿Afectará a las ventajas de *Medicaid* de mi familia?

NO - El programa NO afecta a los servicios, fondos o límites de *Medicaid* de una familia. Debido a que Florida opera el programa *MCSM* de manera diferente a los planes de cobertura de *Medicaid* relacionados con la familia, el plan escolar no afecta los beneficios de *Medicaid* de su familia de ninguna manera.

¿Cómo utilizan las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* el dinero de reembolso recibido de *Medicaid*?

Los fondos recibidos de *Medicaid* para terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional/física, asesoramiento, servicios de enfermería y evaluaciones psicoeducativas se utilizan para apoyar los servicios estudiantiles y programas de Educación de Especial (ESE).

¿Cómo puedo contribuir a que mi distrito escolar se beneficie del programa *MCSM*?

La regulación federal requiere que el padre/tutor:

- Estar completamente informados sobre el programa de Concordancia Escolar Certificada de *Medicaid* (*MCSM*).
- Comprender plenamente que el consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.
- Permitir que las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* compartan la información necesaria para facturar los servicios elegibles para *Medicaid* incluidos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo.
- Su hijo recibirá los servicios escritos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo a expensas de las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough*, independientemente de su consentimiento para permitirnos facturar a *Medicaid*. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento.



Dear Magnet Family,

Congratulations on your student's acceptance into a Hillsborough County Public Schools' Magnet Program!

Magnet Students and families before you have collaborated to establish our Magnet Schools as exceptional places of learning that celebrate innovative lessons, academic success, and diversity. We are proud of our accomplishments and are excited by your family's contribution to our continued success. The privilege of being a part of the great program to which you have been accepted comes with certain responsibilities. In accepting this Magnet School placement, you have agreed to be mindful of the following:

Students will:

- Be aware of and follow all school rules, routines, and procedures.
- Be aware of and follow all transportation system rules, routines, and procedures.
- Arrive on time every day prepared with all necessary supplies, books, and materials.
- Complete all classwork and homework assignments.
- Follow the dress code and uniform requirements established by the school.
- Actively contribute to a positive, safe, and cooperative school environment.

Parents/Guardians and family members will:

- Be aware of and follow all school routines and procedures.
- Be aware of and follow all transportation system routines and procedures.
- Monitor the timely completion of homework assignments.
- Ensure students follow dress code and uniform requirements established by the school.
- Communicate with school personnel in a civil manner.
- Provide accurate and up-to-date contact information.
- Contribute to a positive, safe, and cooperative school environment.

All of the above must be honored this school year to ensure that your student's Magnet School assignment and/or the privilege of Magnet bus transportation is maintained throughout the year.

Working together means we will ALL have a fun, safe, and successful school year!

Please sign to acknowledge your understanding of the above

Student _____ Date _____

Parent _____ Date _____

Principal _____ Date _____

Magnet School Representative _____ Date _____



Estimada familia de *Magnet*,

¡Felicitaciones porque su hijo ha sido aceptado en el Programa de *Magnet* de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough!

Los estudiantes y familias que antes han estado en el programa, han colaborado para establecer nuestras escuelas *Magnet* como lugares excepcionales para aprender, acoger lecciones innovadoras, tener éxitos académicos y de diversidad. Estamos orgullosos de nuestros logros y entusiasmados por su participación en nuestro continuo éxito. El privilegio de ser parte de este programa al cual ustedes han sido aceptados, conlleva ciertas responsabilidades. Al aceptar esta ubicación en la Escuela *Magnet*, ustedes estarán de acuerdo con lo siguiente:

Los estudiantes:

- Estarán conscientes de las reglas, rutinas y procedimientos de la escuela, y los seguirán.
- Estarán conscientes de todas las reglas del sistema de transportación, rutinas y procedimientos, y los seguirán.
- Llegarán a tiempo todos los días y estarán preparados con todos los útiles necesarios, libros y materiales.
- Completarán todo el trabajo de la clase y todas las tareas.
- Cumplirán con el código de vestimenta y con los requisitos de uniforme establecidos por la escuela.
- Contribuirán activamente para crear un ambiente escolar positivo de seguridad y cooperación.

Los padres/representantes y miembros de familia:

- Estarán conscientes de todas las rutinas y procedimientos de la escuela, y los seguirán.
- Estarán conscientes de todas las rutinas y procedimientos del sistema de transportación, y los seguirán.
- Supervisarán las tareas de sus hijos para que sean entregadas a tiempo.
- Se asegurarán de que los estudiantes cumplan con el código de vestimenta y con los requisitos del uniforme establecidos por la escuela.
- Se comunicarán con el personal escolar respetuosamente.
- Proporcionarán la información correcta y al día para que podamos contactarlos.
- Contribuirán a un ambiente escolar positivo de seguridad y de cooperación.

Todo lo aquí expuesto tendrá que cumplirse este año escolar para asegurar que la ubicación de sus hijos en la escuela *Magnet* y el privilegio del transporte de *Magnet* mantenido durante todo el año.

¡El trabajar unidos significa que TODOS tendremos un año escolar divertido, seguro y exitoso!

Por favor, firmen para confirmar que han entendido lo antes expuesto

Estudiante _____ Fecha _____

Padre/Madre _____ Fecha _____

Director escolar _____ Fecha _____

Representante de la Escuela *Magnet* _____ Fecha _____



Logging in to Canvas Parent Accounts

Canvas Parent Accounts can be accessed with the same email and password used to create and login to in mySPOT accounts. MySPOT accounts are used to access district systems like Canvas, Online Report Cards, School Choice, and many other district systems.

1.

Access the district website at
www.hillsboroughschools.org

Click **Canvas Log In** icon in the middle of the website.

The Future Begins Here



2.

On the right side, click **Login** under the
Canvas for HCPS Parents tile.

Note: If you **do not have an account**, click
Register to register for an account through
mySPOT.



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing children for life

Hillsborough Schools
Digital Classroom

Canvas for Staff and
Students

Canvas for HCPS
Parents



3.

Type the **email** and **password** registered
on your mySPOT account.

Click **Login**



Login

Password



4.

Parent Canvas account will **open** to the
Dashboard.

View your student's courses.



Dashboard



Canvas for HCPS
Parents

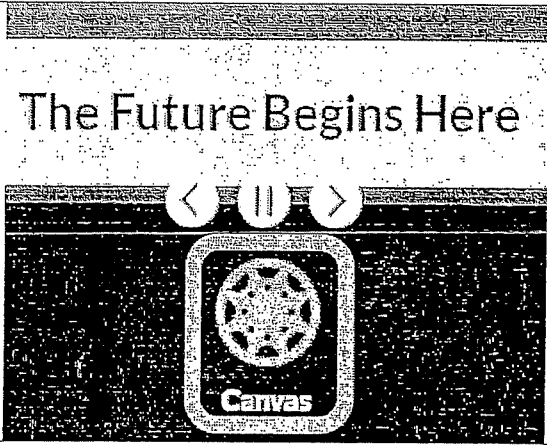
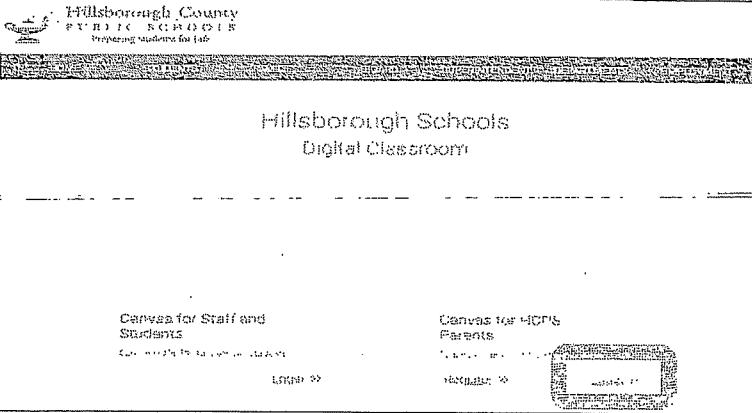
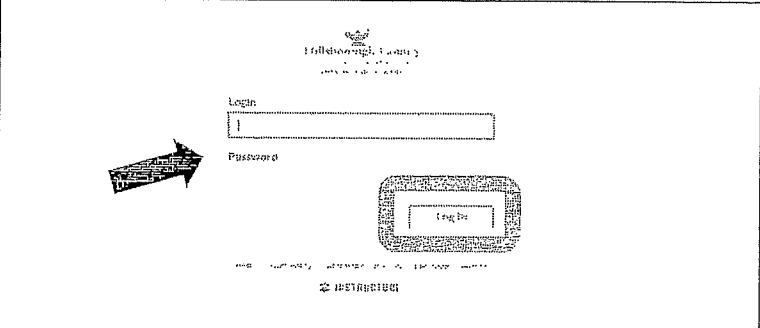
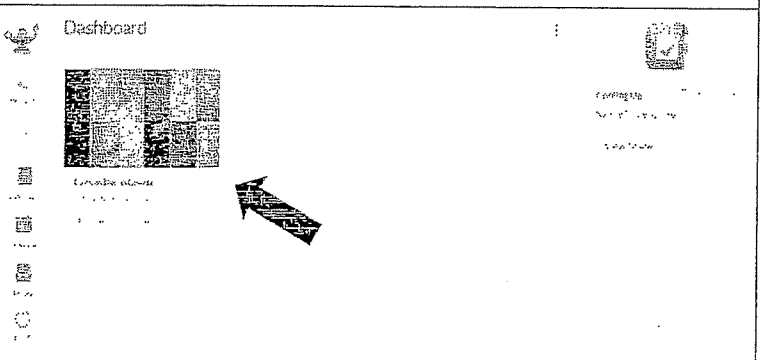


Canvas for HCPS
Parents

Canvas for HCPS
Parents

Ingresando a la cuenta de Canvas Parent (Canvas para Padres)

Las cuentas de *Canvas Parent* se pueden acceder con el mismo correo electrónico y la contraseña que se utilizaron para crear e ingresar a las cuentas de *mySPOT*. Las cuentas de *mySPOT* se usan para tener acceso a los sistemas del distrito como Canvas, Informes de Calificaciones en línea, Selección de Escuelas y muchos otros sistemas del distrito.

1.	Acceda al sitio web del distrito en www.hillsboroughschools.org Haga clic en el icono de inicio de sesión de Canvas en el centro del sitio web.	
2.	En el lado derecho haga clic en Login (Ingresa) debajo del título Canvas for HCPS Parents. Aviso: Si usted no tiene una cuenta, haga clic en Register y regístrese para una cuenta a través de <i>mySPOT</i>.	
3.	Escriba el correo electrónico y la registrados en su cuenta de <i>mySPOT</i>. Haga clic en Login (Ingresa)	
4.	La cuenta de <i>Parent Canvas</i> se abrirá en el Dashboard (Tablero de mandos). Vea los cursos de su hijo(a).	



CANVAS. LEARN HERE.



Creating a Canvas Parent Account

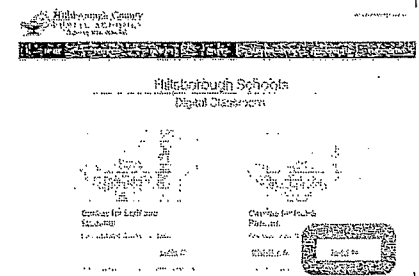
Note: If you have already created a mySPOT account, you do not need to complete this process

To create a Canvas Parent Account, you must register through the district mySPOT portal. The email and password created through a mySPOT account will be used to log in to your Parent Canvas account.

1

Access the district website at www.hillsboroughschools.org and then click the **Canvas Log In** icon on the middle of the site.

Then on the Hillsborough Schools Digital Classroom page, click **Register** under the **Canvas for HCPS Parents** tile.

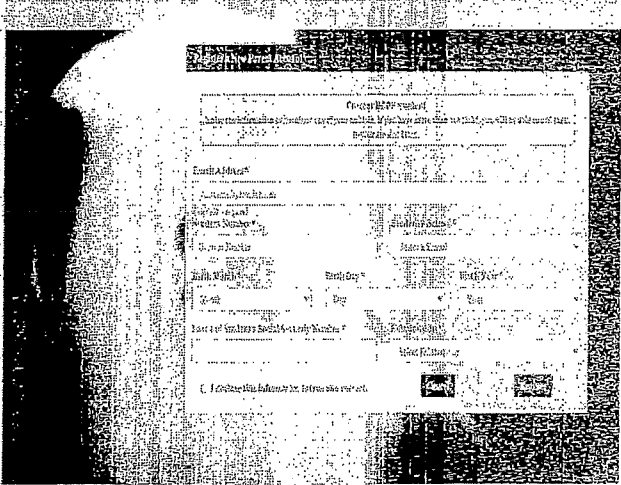


2

On the **mySPOT** page, fill out all of the fields: email address, student number, select school, birth month, birth day, birth year, last four of student social security number, and relationship to student. Check the box to declare information is true and correct. Select **Register**.

A **confirmation email** will be sent to complete the registration and create a password for your MySPOT account.

Note: Additional students can be added in mySPOT after registration is complete.

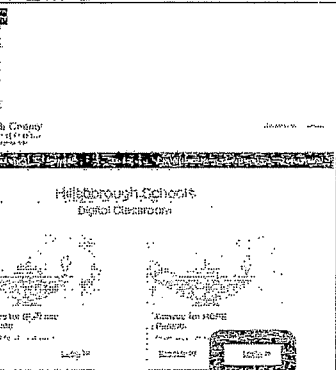


3

After registering at mySPOT, your account will not be active in Canvas until the next day.

With your active mySPOT account, access the district website at www.hillsboroughschools.org

Click **Canvas Log In** icon in bottom left of the website. Then click **Log In** under the **Canvas for HCPS Parents** tile on the right side.

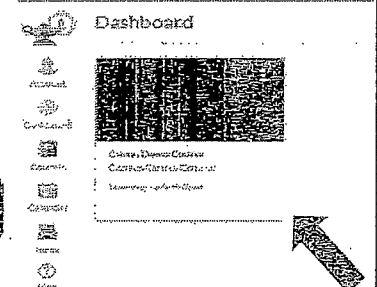
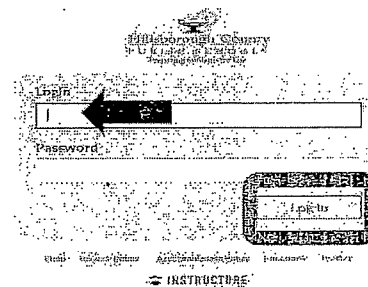


4

Type the **email** and **password** registered on your mySPOT account.

Click **Login**

The Parent Canvas account will **open** to the **Dashboard** and you may view your student's courses.



Access the Complete Hillsborough Schools Canvas Family Guide at: <https://bit.ly/canvasfamilyguide>



CANVAS. Infórmese aquí.

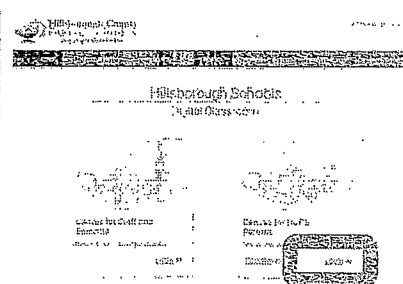
Crear una cuenta en Canvas para padres (Canvas Parent)

Aviso: Si usted ya tiene una cuenta en mySPOT no tiene que completar este proceso

Para crear una cuenta en *Canvas Parent* debe registrarse a través del portal del distrito mySPOT. El correo electrónico y la contraseña creados a través de una cuenta mySPOT se utilizarán para tener acceso a su cuenta de *Canvas Parent*.

1

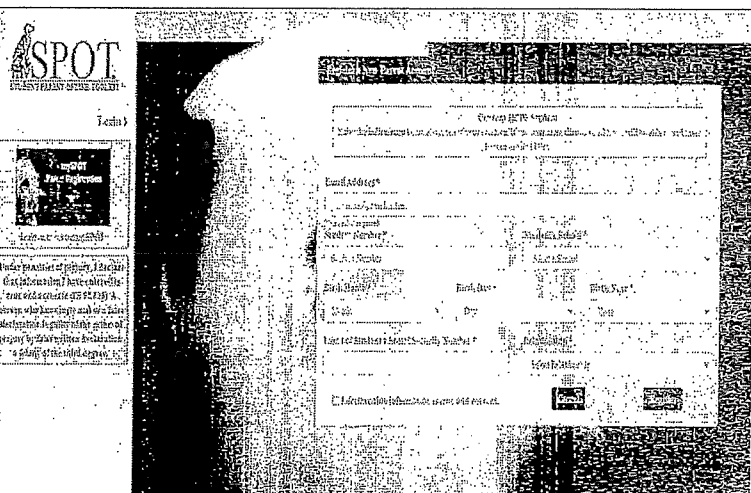
Acceda al sitio web del distrito en **www.hillsboroughschools.org** y luego en la parte izquierda inferior haga clic sobre el ícono **Canvas Log In** para iniciar una sesión.



2

Enseguida, en la página del Salón de Clase Digital de las Escuelas de Hillsborough, haga clic en **Register** (Regístrese) debajo del título **Canvas for HCPS Parents**.

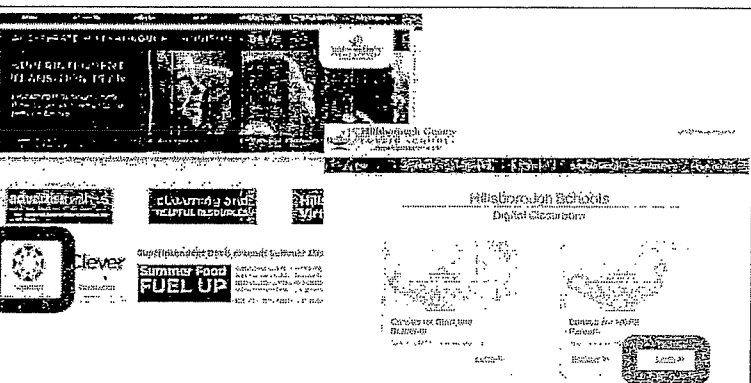
En la página de **mySPOT**, complete todos los campos: correo electrónico, número del estudiante, seleccione la escuela, mes, día y año de nacimiento, los últimos cuatro números del seguro social de su hijo(a) y su relación con el estudiante. Marque la casilla para declarar que la información es verdadera y correcta. Seleccione **Register** (Registro).



Se le enviará un **correo electrónico de confirmación** para completar el registro y usted **creará una contraseña** para su cuenta de **mySPOT**. Aviso: Se podrán agregar otros estudiantes a **mySPOT** después de que el registro esté completo.

Después de registrarse en **mySPOT**, su cuenta solo se activará en **Canvas** hasta el día siguiente.

Con su cuenta de **mySPOT** ya activada, acceda la página web del distrito en **www.hillsboroughschools.org**



3

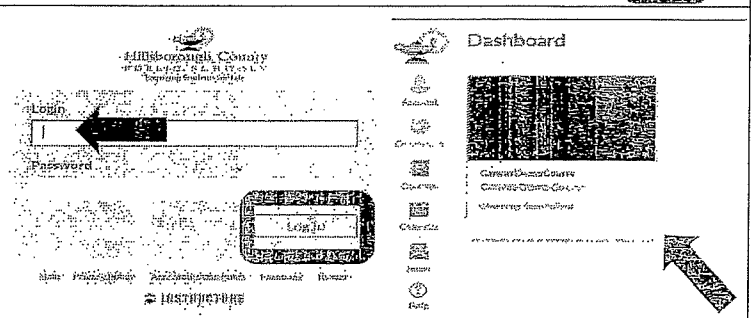
Haga clic sobre el ícono **Canvas Log In** que está en la parte izquierda inferior del sitio web. Luego, en la parte derecha haga clic en **Log In** (Ingrése) debajo del título **Canvas for HCPS Parents**.

4

Escriba el **correo electrónico** y la **contraseña** registrados en su cuenta de **mySPOT**.

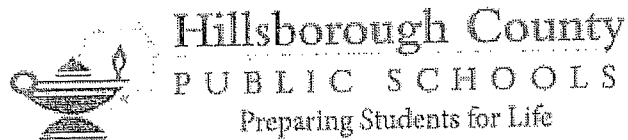
Haga clic en **Login** (Ingrése)

La cuenta de **Canvas** abrirá el tablero de mando y usted podrá ver los cursos de su hijo(a).



Acceda a la **Guía Completa de Canvas para las Familias de las Escuelas de Hillsborough** en:

<https://bit.ly/canvasfamilyguide>



Athletic Participation Instructions

The application for athletic participation will only be submitted electronically and can be found on the Hillsborough County Public Schools Athletics Department website at:
<https://www.hillsboroughschools.org/Domain/2455>

or can be directly accessed on the Athletic Clearance website: <https://athleticclearance.fhsaahome.org/>

All students will be required to complete, submit, and receive verification of clearance prior to being allowed to participate in athletics at any Hillsborough County Public School. This includes participation in conditioning, tryouts, practice, contests and approved off-season activities.

In order to successfully complete this process, read this entire document before starting the registration process and be sure to have all required documents scanned in order to be uploaded when prompted.

On the login page, click "Register" under the login box. The parent or legal guardian must register the student-athlete and use the parent's or legal guardian's email address. The student-athlete will be required to sign all portions, as well as the parent or legal guardian.

Prior to starting, you will need the following documents available to complete the registration process:

1. EL2/Physical: must include **doctor's stamp, signature and date** on page 2.
2. Proof of purchase or insurance card of mandatory School Insurance

Insurance Information

School insurance is mandatory and must be purchased online:
<https://hcpsathleticprotection.com/>

Enrollment process, if needed:

Click on "first time visitor" on the home page or enter your login information and follow the prompts.

Click: Hillsborough County

Select High School

There are three groups of insurance and it is purchased by sport. *****Make sure you purchase the highest level Group in which your student-athlete will participate*****

- i. Group A: \$60 Football and Lacrosse and all sports in Group B and Group C
- ii. Group B: \$40 Volleyball, Soccer, Basketball, Wrestling, Baseball & Softball and all sports in Group C
- iii. Group C: \$30 Cheerleading, Cross Country, Golf, Swimming, Track, Tennis, Girls Flag Football, ROTC, Team Managers

3. Birth Certificate (all students must upload)
4. Proof of Residence (examples: current electric/water/gas bill within the **last 30 days**, current lease (to include all pages of lease), mortgage statement within the **last 30 days**, tax record showing homestead exemption). Scan proof as ONE document.
5. Government issued photo identification of parent or legal guardian completing the registration (this is in addition to the current proof of residence). Government issued photo identification must include address on identification.
6. Certificates for the three required FHSA videos (in student's name) from nfhslearn.com. Scan document separately because each will be able to be uploaded individually. (Instructions for viewing the videos is attached.) Videos must be completed after May 15 of the current year to be accepted for the following school year.

Registering Your Student-Athlete

Follow these steps to register once on the Athletic Clearance website: <https://athleticclearance.fhsaahome.org/>

Drop down menu for year:

Select 2023-2024

Drop down menu for school:

Select school

Drop down menu for sport:

Click the first sport the student is interested in participating. Then add additional sport(s) by selecting Add New Sport for each.

Click "Next"

Step 1: Student Information

Complete/Update all fields of information.

****Student cell phone number can be entered as (000) 000-0000****

Enrollment History

Click one:

- My student has never attended a different high school. *Students that have attended the same high school since entering 9th grade and have never transferred to or from another high school.*
- Student is entering 9th grade for the 23-24 school year
- Student is elementary or middle school: DO NOT USE
- Student is transferring from another school: *This applies to students that started 9th grade at one high school and have transferred to this school at some point while in high school. If this applies to you, enter the name of the high school with city and state, student previously attended.*

Click "Save and Continue"

Step 2: Parent/Legal Guardian Information

Fill in the boxes and make sure all information is complete and accurate.

NCSA College Recruiting Advertisement

Please do not feel obligated to click yes. If you select yes, you will be contacted by an agency sales representative. Your coach and/or school support staff at your school will be able to assist with the college recruiting process.

Step 3: Medical History

Complete the questionnaire. This will create the student-athlete's medical release card.

Click "Save and Continue"

Step 4: Program

Select the Insurance Group purchased based on the amount paid and the sport of participation. For multiple sport athletes, select the group of the sport with the highest amount paid.

Click "Save and Continue"

Step 5: Signatures

Read each statement and type first and last name for student and/or parent/legal guardian in the signature box. Be sure to use exact name used in the Student Information and Parent/Guardian Information steps.

Click "Save and Continue"

Step 6, Files/Uploads Section Documents are to be scanned and uploaded per required section.

Please note that required documents with multiple pages can be uploaded as individual pages either PDF or JPEG.

A. EL2 - Preparticipation Physical

You can download the approved sports physical from this section and upload after being completed by the appropriate personnel. **Physical must be stamped, signed, and dated by the appropriate medical personnel to be valid.**

Upload to the box that says: Upload EL2/Physical

B. Birth Certificate

****All student-athletes must submit a birth certificate****

C. Proofs of Residence

Upload the Proof of Residence (examples: current electric/water/gas bill within the last 30 days, full, current lease (all pages), mortgage statement within the last 30 days, tax record showing homestead exemption).

D. FHSAA Required Course Video Certificates

Upload the required certifications individually as either PDF or JPEG. Certificates must be in student's name and dated after May 15, 2023.

Required videos:

1. Concussion For Students
2. Sudden Cardiac Arrest
3. Heat Illness Prevention

All courses are free and completed online by the student-athlete at www.nfhslearn.com

E. Proof of Insurance

Upload mandatory school insurance card that can be printed after enrolling student-athlete at: <https://hcpsathleticprotection.com/>

F. Government Issued Photo ID

Upload Government issued photo ID of parent or legal guardian completing the registration. Address on photo ID must match address of the required proof of residence. Government issued photo ID is **not** considered the required proof of residence.

G. School Specific Forms

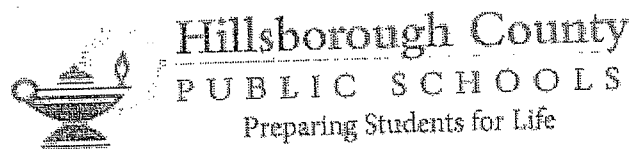
Schools may require additional information for eligibility. If so, complete this section. Upload completed form(s) where it shows "Additional Documents". The student's school will communicate/provide this information.

Click "Save and Continue"

Once the Assistant Principal for Administration (APA) has reviewed your application, you will receive an email stating you are approved to participate or denied* to participate in athletics.

***If you are denied participation, you will need to correct the outstanding items indicated and may email the APA asking for your application to be reviewed again.**

Once you've received an email stating that the student-athlete is cleared for participation. Prior to receiving a clearance email, the student-athlete may not begin participation. Providing the clearance email to your coach can assist with the student-athlete being allowed to begin participating.



As per FHSAA Policies **40.1.1**, **41.1** and **42.1.1**, all student-athletes are required to watch the following FREE NFHS Learn courses annually.

1. Concussion For Students

<https://nfhslearn.com/courses/concussion-for-students>

2. Heat Illness Prevention

<https://nfhslearn.com/courses/heat-illness-prevention-2>

3. Sudden Cardiac Arrest

<https://nfhslearn.com/courses/sudden-cardiac-arrest>

Course Ordering

Step 1: Go to www.nfhslearn.com.

Step 2: **"Sign In"** to your account using the e-mail address and password you provided at time of registering for an nfhslearn account.

OR

If you do not have an account, **"Register"** for an account.

Step 3: Click **"Courses"** at the top of the page.

Step 4: Scroll down to the specific course from the list of courses.

Step 5: Click **"View Course"**.

Step 6: Click **"Order Course."**

Step 7: Select **"Myself"** if the course will be completed by you.

Step 8: Click **"Continue"** and follow the on-screen prompts to finish the checkout process.

(Note: There is no fee for these courses.)

Beginning a Course

Step 1: Go to www.nfhslearn.com.

Step 2: **"Sign In"** to your account using the e-mail address and password you provided at time of registering for an nfhslearn account.

Step 3: From your **"Dashboard,"** click **"My Courses"**.

Step 4: Click **"Begin Course"** on the course you wish to take.

For help viewing the course, please contact the help desk at NFHS. There is a tab on the upper right hand corner of www.nfhslearn.com. If you should experience any issues while taking the course, please contact the NFHS Help Desk at (317) 565-2023.



BigTeams Student Central Parents – Create Your Student Account Help Guide

1. Go to <https://studentcentral.bigteams.com/>
2. Click **Sign Up to Create New Account** and complete the four step account creation
 - o Who is this account for? Select Parent/Guardian
 - o What School are you registering for? Input the name of the school that your oldest participating student attends
 - o Input your Personal Information for your Parent/Guardian account
 - o Input Username (Email) and Password
3. From the Linked Accounts page in **My Profile**, click "+ Link Student Account"
4. Search for your Student to see if they have already created an account.
 - o NOTE: Check out the Self Help menu for "Account Linking Guide"
5. If your student does not have an account, click the hyperlink for "If your student does NOT have an account OR is not yet 13 years old, click HERE" and complete the five steps for creating the student account
6. Once created, be sure to input your **EMERGENCY CONTACT** information (Left Navigation under My Profile), and then complete the form requirements by going to **ATHLETIC FORMS**
7. After signing the forms as a Parent, navigate back to My Profile followed by Linked Accounts, and have your student(s) use the Sign In As button to complete any "Awaiting Athlete Signature" requirements.
 - o NOTE: Check out the Self Help menu for "(Returning) Student/Parent "Sign In As" Feature" help guide
8. Once your forms are approved, a notification will be sent to your listed email address and/or mobile number. Notification settings can be adjusted by going to **My Profile** followed by **Notifications**



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH (STEM)

Our vision it to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

Bus Assignment Letter

Dear Parent:

The safety of students is the number one priority of the Hillsborough County Public Schools Transportation Department. Students living two or more miles from the assigned school and exceptional education students with specialized transportation. need to qualify for transportation services according to state statute. Students living within two miles may qualify for transportation due to hazardous walking conditions as defined by the State of Florida

Students who are eligible for pupil transportation services are assigned to a specific bus and bus stop. Students must use the bus stop of record that coincides with their residence. Students are not authorized to ride other buses.

Parent notes authorizing a student to ride a different bus are not accepted. Requests due to a family hardship or an emergency must be submitted to a school administrator. for approval by the principal and the General Director of Transportation or designee.

If a student boards an unauthorized bus or attempts to board at an unauthorized bus stop, the driver will notify the school administrator who will contact the parent.

If the student continues boarding an unauthorized bus or continues use of an unauthorized bus stop, a disciplinary referral will be submitted to the school administration.

Principal



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH (STEM)

Our vision it to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

Carta de Asignación de Autobús

Estimado Padre:

La seguridad de los estudiantes es la prioridad número uno del Departamento de Transporte de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough. Los estudiantes que viven a dos o más millas de la escuela asignada y los estudiantes de educación excepcional con transporte especializado deben calificar para los servicios de transporte de acuerdo con el estatuto estatal. Los estudiantes que viven dentro de las dos millas pueden calificar para el transporte debido a las condiciones peligrosas para caminar según lo definido por el Estado de Florida.

Los estudiantes que son elegibles para los servicios de transporte de alumnos son asignados a un autobús específico y una parada de autobús. Los estudiantes deben utilizar la parada de autobús de registro que coincida con su residencia. Los estudiantes no están autorizados a viajar en otros autobuses.

No se aceptan notas para padres que autoricen a un estudiante a viajar en un autobús diferente. Las solicitudes debido a una dificultad familiar o una emergencia deben enviarse a un administrador de la escuela para su aprobación por el director y el Director General de Transporte o su designado.

Si un estudiante utiliza un autobús no autorizado o intenta abordar en una parada de autobús no autorizado, el conductor notificará a un administrador de la escuela que se comunicará con los padres.

Si el estudiante continúa abordando un autobús no autorizado o continúa usando una parada de autobús no autorizada, se presentará una referencia disciplinaria a la administración de la escuela.

Principal



MIDDLETON HIGH SCHOOL

Principal
Camilla Burton

MAGNET FOR SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH (STEM)

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

Our vision it to be a Model School of Excellence

Transportation Mutual Responsibility

Dear Parents/Guardians:

When transporting students to and from school, ensuring your students' safety is our number one priority. Our bus drivers have increasingly expressed concerns about the enforcement of transportation rules. Consistent enforcement of rules for student behavior is required to provide the safest conditions. Consequently, the district formed a study committee comprised of students, bus drivers, assistant principals, principals, and transportation field supervisors to improve our transportation system.

The hard work of the group produced a document that provides a consistent approach and incorporates best practices related to student safety. It also states expectations for drivers, students, parents, and school administrators. The guidelines are included with this letter.

Ensuring student safety is a shared responsibility. Please review the transportation section of the Student Handbook Student Code of Conduct (hillsboroughschools.org) and return this letter with the information requested below to the school. We appreciate your cooperation and assistance.

Sincerely,

Principal

Hillsborough County School Bus Mutual Responsibility Signature Form

Student Name (Printed) _____ Student Number _____

Parent Name (Printed) _____ Date _____

Name of School _____ Bus Route # _____

We have read the transportation section of the Student Handbook and understand the requirements for participation in the student bus transportation program.

Student Signature _____ Date _____

Parent Signature _____ Date _____

Bus Driver _____ Date _____



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR
SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH
(STEM)

Our vision it to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

Middleton High School PTSA

Dear Middleton Families,

Middleton High School PTSA is a recognized group of parents, teachers, and students who work together for the benefit of the school. Taking an active role in your child's school is critical for their success. The goal is to create an educational environment where our children can thrive. The PTSA raises fund to provide additional resources for Middleton High School students and teachers.

Why should I attend or join PTSA?

You will join a group of people who share the common goal of improving school for your children. Project responsibilities are flexible and can be adjusted to fit our members' availability such as virtual meetings. Your voice and opinions matter! You can help improve the quality of education for your students and their peers.

Where do I start?

Join today Contact Sunny Royal-Boyd 813-233-3360



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR
SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH
(STEM)

Our vision is to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

Cell Phones and Electronic Devices

During school hours and while on the bus, cell phones and other electronic devices are to be used under the supervision of district staff for educational purposes only.

Students must comply with the directives of school/district staff regarding when and where electronic devices can be used.

Devices may only be used in approved areas and students must comply with the directives of school/ district staff regarding when and where electronic devices may be used.

Cell phone conversations and video recording during the school day are prohibited unless under the supervision of staff/school personnel.



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH (STEM)

Our vision is to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

2023 - 2024

Notice to Parents: Right to Review Teacher Qualifications

To: All Parents

From: Hillsborough County Public Schools

Date: 8/1/22

As a parent of a student attending a Hillsborough County Public School, you have the right to know the professional qualifications of the teachers or paraprofessionals who instruct your child. Federal law allows you to ask for certain information about your child's teachers or paraprofessionals and requires us to give you this information in a timely manner if you ask for it. Specifically, you have the right to ask for the following information:

- Whether the Florida Department of Education has licensed or qualified the teacher for the grades and subjects he or she teaches.
- Whether the Florida Department of Education has decided that the teacher can teach in a classroom without being licensed or qualified under state regulations because of circumstances
- The teacher's college of major, whether the teacher has any advanced degrees, if so, the subjects and degrees.
- Whether any teachers' aides or similar paraprofessionals provide services to your child and, if they do, their qualifications.
- The level of achievement of your child on each of the State academic assessments

If you would like to receive any of this information, please contact your child's school at (____), • You may call the school between 8:00am-4:00pm, Monday through Friday, and ask to speak to the principal regarding this request. An appointment will be made for you to come to the school to view this information.



MIDDLETON HIGH SCHOOL

MAGNET FOR SCIENCE/TECHNOLOGY/ENGINEERING/MATH (STEM)

Our vision is to be a Model School of Excellence

Principal
Camilla Burton

Assistant Principals
Robert Quinn, APC
Henry Scurry, APA
Dr. David Williams, APSA
Brustoa White, APSA
Harriett Close, APSA

2023 - 2024

Aviso a los padres: Derecho de examinar la calificación profesional del maestro

A: Todos los padres

De: Distrito Escolar del Condado de Hillsborough

Fecha: 8/1/22

Como padre/madre de un estudiante que asiste a una escuela pública en el Condado de Hillsborough, usted tiene el derecho de conocer la calificación profesional de los maestros o para profesionales que enseñan a su niño. Las leyes federales le permiten obtener cierta información sobre los maestros o para profesionales de su niño y requieren que nosotros le proveamos dicha información una vez solicitada. Específicamente, usted tiene derecho de solicitar la siguiente información:

Si el Departamento de Educación de Florida ha certificado o calificado al maestro para los grados y materias que él o ella enseña.

- Si el Departamento de Educación de Florida ha decidido que el maestro puede enseñar en un salón de clases sin estar certificado o calificado bajo las regulaciones del estado debido a las circunstancias.

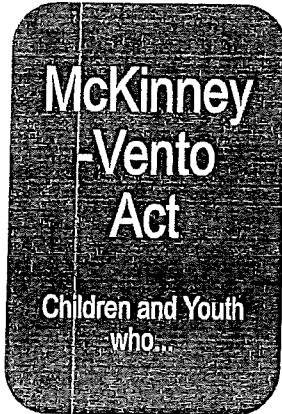
- Sobre la universidad donde el maestro asistió; si el maestro tiene un grado universitario avanzado y, si es así, las materias cursadas y los títulos obtenidos.

- Si algún asistente de maestro o para profesional provee servicios a su niño y, si es así, cuál es su calificación profesional.

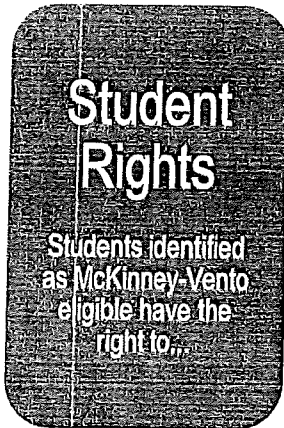
- El nivel de rendimiento académico obtenido por su niño en cada una de las pruebas académicas del estado

Si usted desea recibir esta información, por favor comuníquese con la escuela de su niño. Puede llamar a la escuela desde las 8:00 AM. hasta las 4:00 P.M. de lunes a viernes, y solicitar hablar con el director sobre esta petición. Se le programará una cita para que visite la escuela y examine esta información.

The McKinney-Vento Homeless Assistance Act At a Glance



- Lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence, and as a result they are:
- Sharing the housing of other persons temporarily due to loss of housing, economic hardship, or similar reason (doubled-up).
- Living in an emergency shelter or transitional housing, or abandoned in hospitals.
- Living in a car, park, public spaces, abandoned building, a bus or train station, substandard housing, or a similar setting.
- Living in a hotel, motel, AirBnB, temporary trailer park, or camping ground due to the lack of alternative adequate accommodations.
- Unaccompanied Youth, not in the physical custody of a parent or legal guardian and living in one (1) of the above circumstances.
- Migratory children living in one (1) of the above circumstances.



- Immediate school enrollment and attendance at either the *school of origin* (the school last attended before they lost their housing) or the *neighborhood school* (the school they are zoned for based upon their current temporary residence), even without required enrollment documentation. A thirty (30) day grace period is granted in which the School Social Worker assist parents with obtaining necessary enrollment documents.
- Remain at their *school of origin* for the duration of the school year even if they move outside of the school's attendance zone.
- Transportation to and from the *school of origin* for the duration of the current school year.
- Receive free breakfast and lunch immediately for the duration of the school year.
- Receive prompt resolutions about school placement/enrollment, to include special education, bilingual education, gifted, and remedial programs.



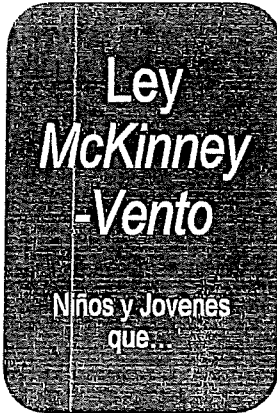
- Assist with McKinney-Vento identification and school enrollment.
- Assist with the development of an academic plan and post-secondary planning.
- Provide academic support and tutoring services.
- Provide back pack, school supplies, and uniforms.
- Coordinate transportation to and from "school of origin".
- Provide bus passes or gas cards as an alternative methods of transportation *while waiting* for an approval from the district's transportation office. *This applies to transportation request submitted through the H.E.L.P. Office.*
- Facilitate parent educational workshops.
- Provide referrals to community agencies.
- Collaborate and consult with all school staff about needs of all students who have been identified under the McKinney-Vento Homeless Assistance Act.



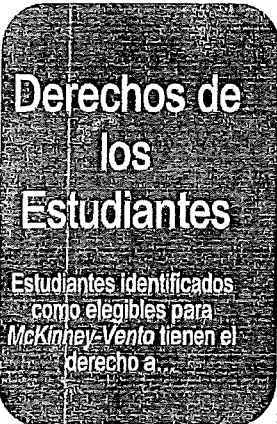
Homeless Education and Literacy Program (H.E.L.P.)

For more information contact: (813) 315 - HELP (4357)

La Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar- De un Vistazo



- *Carecen de una residencia nocturna fija, regular, adecuada, y como resultado están:*
- Compartiendo la vivienda de otras personas temporalmente debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o razones similares (compartiendo).
- Viviendo en un refugio de emergencia, vivienda de transición, o abandonado en hospitales.
- Viviendo en un automóvil, parque, espacios públicos, edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, vivienda deficiente, o un entorno similar.
- Viviendo en un hotel, motel, *Airbnb*, parque de remolques temporal, o campamento debido a la falta de alojamientos adecuados alternativos.
- Jóvenes no acompañados, que no están bajo la custodia física de un padre o tutor legal y que viven en una (1) de las circunstancias anteriores.
- Niños migratorios que viven en una (1) de las circunstancias anteriores.



- Inscripción y asistencia inmediata a la **escuela de origen** (la escuela a la que asistió por última vez antes de perder su vivienda) o a la **escuela del vecindario** (la escuela para la que están divididos en zonas según su residencia temporal actual), incluso si no tienen la documentación de inscripción requerida. Se le otorga un período de gracia de treinta (30) días en el que el trabajador social escolar ayuda a los padres a obtener los documentos de inscripción necesarios.
- Permanecer en su **escuela de origen** durante la duración del año escolar, aunque se muden fuera de la zona de asistencia de la escuela.
- Transporte desde y hacia la **escuela de origen** durante la duración del año escolar.
- Recibir desayuno y almuerzo gratis inmediatamente durante la duración del año escolar.
- Recibir resoluciones rápidas sobre la ubicación / inscripción escolar, que tengan: educación especial, educación bilingüe, dotados y programas de recuperación.



- Ayudar con la identificación de *McKinney-Vento* y la inscripción escolar.
- Ayudar con el Desarrollo de un plan académico y planificación postsecundaria.
- Proporcionar apoyo académico y servicios de tutoría.
- Proporcionar mochilas, útiles escolares y uniformes.
- Coordinar el transporte hacia y desde la "escuela de origen".
- Proporcionar pases de autobús o tarjeta de gasolina como métodos alternativos de transporte mientras esperan la aprobación de la oficina de transporte del distrito. Esto se aplica a la solicitud de transporte presentada a través de la Oficina H.E.L.P.
- Facilitar talleres educativos para padres.
- Proporcionar referencias a agencias comunitarias.
- Colaborar y consultar con todo el personal de la escuela sobre las necesidades de todos los estudiantes que han sido identificados bajo la Ley de Asistencia para Personas sin Hogar *McKinney-Vento*.

