



Para obtener una solicitud completa con Victory Autism Academy, se deben enviar los siguientes elementos.

- Solicitud de Victory Autism Academy (adjunta)
- Formulario de reconocimiento de estudiantes y padres
- Copia del acta de nacimiento del estudiante (En Color)
- Copia más reciente del IEP del estudiante
- Copia más reciente del MET del alumno
- Comprobante de beca de la ESA o copia de la carta de confirmación de que ha solicitado la beca
- Comprobante de residencia (cualquier factura con el nombre y la dirección física de los padres)
- Registros de inmunización
- Fotocopia de la identificación de los padres (licencia de conducir)

VAA Goodyear Elementary Campus 1781 N. Central Avenue Goodyear, AZ 85338	VAA Goodyear Middle School Campus 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite B102
VAA Phoenix Campus 6849 W. Indian School Road Phoenix, AZ 85033	VAA Goodyear High School Campus 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite 105
VAA Queen Creek 20365 E. Ocotillo Rd. Queen Creek, AZ 85142	VAA GCU Campus 2930 W. Bethany Home Road Phoenix, AZ 85033
VAA North Scottsdale 7191 E. Ashler Hills Dr. Scottsdale, AZ 85266	VAA Sun City 13950 W. Meeker Blvd. Sun City, AZ 85375
VAA Anthem 41900 N. 42nd Ave. Anthem, AZ 85086	



Por favor marque la ubicación que le interesa:

☐ Goodyear Elementary ☐ Goodyear MS ☐ Goodyear HS ☐ VAA Phoenix
☐ VAA GCU ☐ Queen Creek ☐ Sun City ☐ North Scottsdale ☐ Anthem

Informacion de Estudiante | Victory Autism Academy

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Distrito _____

Etnicidad _____ Género _____ Número de Teléfono _____

Student Street Address _____ City _____ Zip Code _____

☐ Madre Legal/Guardián Legal _____

Número de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Email _____ Empleador _____

☐ Padre Legal/Guardián Legal _____

Número de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Email _____ Empleador _____

☐ El estudiante reside con (si no es madre / padre) _____

Nombre _____ Relación _____ Custodia legal? Si _____ No _____

Número de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Email _____ Empleador _____

Los Contactos de Emergencia son Diferentes de las Personas Mencionadas anteriormente.

Nombre _____ Nombree _____

Relación _____ Relación _____

Número de Teléfono _____ Número de Teléfono _____

Autorizado Para Recoger _____ Autorizado Para Recoger _____

¿Existe alguna orden de restricción u otras restricciones legales contra personas que puedan intentar ver a su estudiante? Si es así, el Padre / Guardián Legal ha proporcionado documentación legal para la aplicación de la ley por parte de la escuela?

Si _____ No _____ Si es así, describa: _____

Psiquiatra _____ Número _____

Médico _____ Número _____

Terapeuta _____ Número _____

Administrador de Casos _____ Número _____



Historia Social | Victory Autism Academy

Si No ¿Su hijo está bajo el cuidado de un médico (incluso psiquiátrico) por una inquietud específica? En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si No ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes? (Marque con un círculo): Ansiedad, Depresión, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de Oposición Desafiante, ADD / ADHD, Otro: _____

Si No ¿Su hijo ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, indique la (s) fecha (s), la (s) ubicación (es) y los motivos de la hospitalización: _____

Si No ¿Alguna vez su hijo ha mostrado agresión hacia sí mismo o hacia los demás? _____

Si No ¿Se utilizan estrategias o incentivos en el hogar que mejor ayuden a su hijo a controlar su comportamiento? _____

Si No ¿Su hijo duerme adecuadamente por la noche? _____

Si No ¿Tiene un defensor? Si es así ¿Quién? _____
Teléfono _____

¿Qué actividades disfruta su hijo? _____

¿Qué talentos disfruta su hijo/a? _____

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Historia de salud | Victory Autism Academy

Si No Trastorno convulsivo o convulsiones frecuentes (epilepsia) Frecuencia: _____

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma: _____

Tipo de convulsión: _____ Edad al inicio: _____

Si No Diabetes Tipo 1 _____ Tipo 2 _____ Fecha diagnosed: _____

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma : _____

** Si se administra en la escuela, el padre / tutor debe proporcionar medicamentos y materiales.*

Si No Asma

Medicamentos actuales, incluida la dosis y el tiempo que los toma: _____

** Si se administra en la escuela, el padre / tutor debe proporcionar medicamentos y materiales.*

Si No Corazón, sangre o presión arterial alta.

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si No Infecciones crónicas de oído o garganta

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si No Dolores de cabeza o migrañas frecuentes

Si No Lesiones en la cabeza o accidentes / traumatismos graves de cualquier tipo

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Si No La discapacidad auditiva

Grado de pérdida: _____ Utiliza audífonos: Si _____ No _____

Si No Discapacidad visual

Grado de deterioro: _____ Utiliza anteojos: Si _____ No _____

Estoy de acuerdo en informar a Victory Autism Academy de cualquier cambio en las condiciones médicas y / o medicamentos o dosis de mi hijo. Entiendo que los cambios en los medicamentos pueden afectar seriamente el comportamiento de mi hijo en la escuela. Entiendo que esta información se puede compartir con otro personal de la escuela según sea necesario para ayudar a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro para mi hijo.

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Solicitud para Administrar Medicamentos en la Escuela | Victory Autism Academy

Nombre del Medicamento y Dosis que se Toma en la Escuela

Nombre del Medicamento	Razón de la medicación	Tiempo para dar en la Escuela

Este medicamento debe ser proporcionado por un padre o tutor y debe estar en el envase de prescripción original con el nombre del medicamento, la cantidad que debe administrarse, la hora a la que debe administrarse y el nombre del médico.

Medicamentos que se Toman en Casa

Nombre del Medicamento	Razón de la medicación	Tiempo para dar en la Casa

Si No Alergias

En caso afirmativo, describa:

Comida _____
Insectos _____
Ambiental _____
Animales _____
Medicamentos _____
Cualquier otro _____

Si No Lápiz EPI

Doy al personal de Victory Autism Academy la autoridad para usar un EPI-Pen si lo consideran necesario. _____ (Inicial del padre / tutor legal)

Doy permiso para que Victory Autism Academy se comuniquen con el médico de mi hijo:

Nombre _____ Número de Teléfono _____
Dirección _____

Doy permiso a los empleados de Victory Autism Academy para que administren los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela. Estoy de acuerdo en informar a Victory Autism Academy de cualquier cambio en las condiciones médicas y / o medicamentos o dosis de mi hijo. Entiendo que los cambios en los medicamentos pueden afectar seriamente el comportamiento de mi hijo en la escuela. Entiendo que esta información se puede compartir con otro personal de la escuela según sea necesario para ayudar a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro para mi hijo.

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Consentimiento para Foto, Video y Terapia con Animales | Victory Autism Academy

Durante el año escolar, los estudiantes pueden ser fotografiados, grabados o filmados por el personal de Victory Autism Academy, mientras participan en divertidos y emocionantes programas, eventos y actividades escolares.

El propósito de este formulario de consentimiento es otorgar permiso y autoridad a Victory Autism Academy para usar y / o publicar el nombre, la imagen y / o trabajos creativos de su hijo para promover la misión educativa de Victory Autism Academy. Por ejemplo, los usos pueden incluir reconocimiento positivo, anuario, boletines escolares, nuestro sitio web, nuestra página de Facebook o fotografías que se muestran en la escuela o oficina.

- ☐ Por la presente autorizo yo doy mi consentimiento para el uso, divulgación y / o publicación por parte de Victory Autism Academy del nombre, la imagen (en cualquier forma) y el trabajo creativo de mi hijo a través de cualquier medio, lo que incluye, entre otros, exhibición, Internet, publicación escrita. y transmitir con fines educativos, promocionales, comerciales o de otro tipo sin previo aviso o compensación. Victory Autism Academy puede ejercer sus derechos según lo considere apropiado para sus producciones, para publicidad y para otros fines..
- ☐ No autorizo el Consentimiento para fotos y videos.

Entiendo que Victory Autism Academy utiliza animales vivos en la terapia y educación con los estudiantes. Algunos de los animales incluirían: gallinas, patos, cerdos, mini-ponis, conejos, burros, perros, etc. Los estudiantes siempre están bien supervisados cuando están cerca de los animales; sin embargo, es posible que ocurra un accidente o una lesión. Si desea que su hijo participe en esta parte tan valiosa de nuestro programa, firme el comunicado a continuación:

- ☐ Por la presente libero a Victory Autism Academy y a los empleados de cualquier daño, lesión o accidente que pudiera sucederle a mi hijo como parte del programa de Terapia Animal; Doy permiso a mi hijo para que participe.
- ☐ No deseo que mi hijo participe en el programa de terapia animal.

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Acuerdo para el uso de Tecnología por Parte de los Estudiantes | Victory Autism Academy

Victory Autism Academy se esforzará por hacer cumplir todas las reglas relacionadas con el acceso de los estudiantes a Internet mediante el uso de la tecnología. La escuela también hará todo lo posible para mantener a todos los estudiantes a salvo de información y / o contacto inapropiado mientras usan la tecnología. Victory Autism Academy ha instalado el software de filtrado web Barracuda, que es utilizado por la mayoría de los distritos escolares del estado para eliminar el acceso de los estudiantes a materiales, información y sitios web. Cada estudiante es responsable de su propio comportamiento y será responsable. Se requerirá que los padres tomen una decisión sobre si permitir o no que su hijo tenga acceso a Internet. Todas las partes conocen las consecuencias de un comportamiento inapropiado o violaciones de las reglas.

Como padre / tutor de este niño, he leído el Acuerdo de padre / estudiante para el uso de la tecnología de Victory Autism Academy por parte de los estudiantes y la Política de uso apropiado para el acceso de los estudiantes a Internet.

- Reconozco que es imposible que la escuela restrinja el acceso a todo el material objetable, y no haré responsable a Victory Autism Academy por los materiales adquiridos o los contactos realizados en Internet.
- Entiendo que los estudiantes pueden tener acceso a información inapropiada, y si mi hijo tiene acceso a esta información, no haré responsable a Victory Autism Academy por ningún daño que pueda causar.
- Entiendo que cualquier conducta de mi hijo que esté en conflicto con estas responsabilidades es inapropiada, y dicha conducta puede resultar en la terminación de todo acceso a la tecnología de Victory Autism Academy, incluido Internet, así como en una posible acción disciplinaria.
- Le he explicado estas responsabilidades a mi hijo y hablé de las posibles consecuencias de un comportamiento inapropiado.
- Doy permiso a Victory Autism Academy para proporcionar acceso a Internet a mi hijo.

Acepto pagar cualquier costo de reparación del hardware y / o software que mi hijo pueda dañar por mal uso. Les pedimos a los padres que nos ayuden a capacitar a los estudiantes para que nos ayuden a cuidar este costoso equipo. Nuestro deseo es proporcionar los mejores recursos disponibles.

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Política de Intervención Conductual | Victory Autism Academy

El personal de Victory Autism Academy (VAA) se esfuerza por lograr la excelencia al proporcionar programas educativos de la más alta calidad para todos los estudiantes. Hacemos todo lo posible para proporcionar un entorno saludable, positivo y seguro que promueve lo académico, las habilidades para la vida, las habilidades sociales y el comportamiento positivo. Usamos una variedad de técnicas de intervención de comportamiento y prevención de crisis (CPI) para garantizar que el cuidado, el bienestar, la seguridad y la protección de todos los estudiantes, el personal y otras personas en el entorno educativo es una prioridad máxima.

La intervención física sólo se utilizará como último recurso cuando consideremos que un niño se está poniendo a sí mismo o a otros en peligro inmediato. Victory Autism Academy no utiliza "salas de reclusión" como una forma de intervención. Sin embargo, el personal de Victory Autism Academy puede llevar a un estudiante a caminar para calmarse o proporcionar un área alternativa fuera de la clase para mantener la dignidad y la privacidad del estudiante y para mantener la seguridad de sus compañeros.

El personal de Victory Autism Academy está capacitado en el uso de intervenciones físicas, así como en estrategias de desescalamiento. Las intervenciones físicas pueden ser tan sutiles como una señal física y tan restrictivas como una sujeción terapéutica. El personal de Victory Autism Academy está capacitado en retenciones terapéuticas y es supervisado por un capacitador de intervención de prevención de crisis. El personal está completamente capacitado cada año y se proporciona no menos de dos actualizaciones durante el año escolar.

Cuando se produce una suspensión terapéutica, el miembro principal del personal que respondió documentará el incidente en un formulario de informe terapéutico. Los padres o tutores serán informados ese día a través del registro de comunicación diario, correo electrónico, llamada telefónica o reunión en persona. Los padres pueden solicitar una copia del informe del incidente en cualquier momento. Todos los incidentes se rastrean para que podamos construir un patrón de comportamiento para establecer diferentes técnicas para evitar que el comportamiento ocurra en el futuro, para determinar si un niño puede necesitar apoyo adicional en el aula y para establecer comportamientos de reemplazo que se puedan enseñar.

Consentimiento para intervenciones de prevención de crisis y / o retenciones terapéuticas

Entiendo y acepto las condiciones anteriores, y otorgó permiso para que el personal de Victory Autism Academy utilice Intervenciones de prevención de crisis y / o retenciones terapéuticas. Además, me pondré en contacto con Victory Autism Academy si tengo alguna pregunta sobre intervenciones conductuales, intervenciones de prevención de crisis o retenciones terapéuticas. Reconozco que la firma de un padre / tutor legal es suficiente para estos permisos.

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha



Autorización para Divulgar Información Confidencial | Victory Autism Academy

Fecha de solicitud: _____ Solicitado Por: _____

El nombre del estudiante: _____ DOB: _____

☐ VAA Goodyear Elementary Campus 1781 N. Central Avenue Goodyear, AZ 85338	☐ VAA Goodyear Middle School Campus 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite B102
☐ VAA Phoenix Elementary Campus 6849 W. Indian School Road Phoenix, AZ 85033	☐ VAA Goodyear High School Campus 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite 105
☐ VAA Queen Creek Elementary Campus 20365 E. Ocotillo Road Queen Creek, AZ 85142	☐ VAA GCU 2930 W. Bethany Home Road Phoenix, AZ 85017
☐ VAA North Scottsdale 7191 E. Ashler Hills Dr. Scottsdale, AZ 85266	☐ VAA Sun City 13950 W. Meaker Blvd. Sun City West, AZ 85375
☐ VAA Anthem 41900 N. 42nd Ave. Anthem, AZ 85086	

Requerido para: _____

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Firma del padre legal / Tutor legal

Fecha

Entiendo que esta información se utilizará de manera confidencial y profesional y en el mejor interés del estudiante. Toda la información se mantendrá de acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Envíe por correo, correo electrónico o fax los siguientes registros:

____ Calificaciones retiradas-ID SAIS

____ Transcripciones

____ Registros de disciplina

____ Registros de asistencia

____ Todos los registros de colocación en educación especial

____ Informes de evaluación, incluidos informes psicológicos, de agencias externas, ocupacionales

____ Terapia, terapia del habla / lenguaje, fisioterapia y consejeros

____ Informes MET firmados

____ Plan de educación individual (PEI)

____ Informes y datos médicos generales