



**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)**
- 

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



**Por favor marque la ubicación que le interesa:**

- Goodyear Elementary     Goodyear MS     Goodyear HS     VAA Phoenix
- VAA GCU     Queen Creek     Sun City     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 \_\_\_\_\_



**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**



**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**



**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 comuniqué 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**



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**



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**

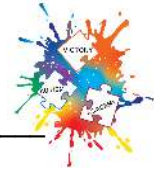
Entiendo y acepto las condiciones anteriores, y otorgó permiso para que el personal de Victory Autism Academy utilice Intervenciones de prevención de crisis y / o retenciones terapéuticas. Además, me pondré en contacto con Victory Autism Academy si tengo alguna pregunta sobre intervenciones conductuales, 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



Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Solicitado Por: \_\_\_\_\_

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>VAA Goodyear Elementary Campus</b> 1781 N. Central Avenue Goodyear, AZ 85338	<input type="checkbox"/> <b>VAA Goodyear Middle School Campus</b> 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite B102
<input type="checkbox"/> <b>VAA Phoenix Elementary Campus</b> 6849 W. Indian School Road Phoenix, AZ 85033	<input type="checkbox"/> <b>VAA Goodyear High School Campus</b> 13530 West Van Buren Street Goodyear AZ, 85338 Suite 105
<input type="checkbox"/> <b>VAA Queen Creek Elementary Campus</b> 20365 E. Ocotillo Road Queen Creek, AZ 85142	<input type="checkbox"/> <b>VAA GCU</b> 2930 W. Bethany Home Road Phoenix, AZ 85017
<input type="checkbox"/> <b>VAA Anthem</b> 41900 N. 42nd Ave. Anthem, AZ 85086	<input type="checkbox"/> <b>VAA Sun City</b> 13950 W. Meaker Blvd. Sun City West, AZ 85375

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

## Reconocimiento y Acuerdo del Manual para Estudiantes y Padres

El Manual para Estudiantes y Padres de Victory Autism Academy describe políticas, procedimientos, expectativas y responsabilidades importantes que apoyan un entorno de aprendizaje seguro y productivo para todos los estudiantes. Sirve como una guía para que los estudiantes y las familias comprendan sus roles en el fomento del éxito académico y la conducta respetuosa en la escuela.

Yo, el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido y revisado el Manual para Estudiantes y Padres de Victory Autism Academy. Entiendo las políticas y los procedimientos descritos en el manual y acepto cumplir con ellos como condición para la inscripción continua de mi hijo(a) en Victory Autism Academy.

Estoy al tanto de que una copia digital del manual está disponible en el sitio web de la escuela para consulta continua.

Si tengo preguntas o necesito aclaraciones sobre cualquier contenido del manual, entiendo que es mi responsabilidad consultar con el director(a) de la escuela.

Al firmar a continuación, afirmo que he leído y comprendido el contenido del manual y acepto apoyar y cumplir con las expectativas establecidas por Victory Autism Academy.

---

**Nombre del Padre, Madre o Tutor (en letra de imprenta):**

---

**Firma del Padre, Madre o Tutor:**

---

**Nombre del Alumno:**

---

**Fecha:**

---