

PADRES: Rellenen solamente para los alumnos de kínder

Nombre del alumno: _____

Nombre del padre: _____

¿Asistió su hijo(a) a una guardería y/o al preescolar? Sí No (Encierre una opción)

Si sí,

Nombre de la guardería/preescolar	Fechas de asistencia	¿Fue un programa de todo el día o de medio día?

Hermanos menores en casa

Nombre	Edad

¿Le gustaría obtener más información en cuanto al programa de verano Jump Start del distrito escolar de Mount Vernon o acerca de otras oportunidades de aprendizaje a edad temprana para sus hijos?

Sí No

Sólo para uso de la oficina: (Office only - English) Building Secretary - please give a copy of this sheet to the student's Kindergarten teacher and to Jump Start Kindergarten teacher(s) in your building.



INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES FORMULARIO DE MATRICULACION

Fecha: _____

STUDENT INFO	APELLIDO		NOMBRE		MEDIO		
	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	¿El nombre del estudiante ha sido legalmente cambiado? ¿Cuál era el nombre anterior? <i>Legal name change?</i>	IDIOMA PRIMARIO DEL ESTUDIANTE (<i>student primary language</i>)			GRADO:	GENERO
			<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Ukraine <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario
¿Residente del Distrito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de Nacimiento		Ciudad <i>city</i> Estado <i>state</i> País <i>country</i>		¿Comprobante de edad* adjunto?: PA attached?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PRIMARY HOUSEHOLD	INFORMACION DEL PADRE/TUTOR PRINCIPAL (Información del hogar donde reside el estudiante)						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1 <i>guardian last</i>			Primer Nombre <i>guardian first</i>			
	Domicilio <i>house number</i>	Calle <i>street</i>		Apto. <i>apt</i>	Ciudad/ <i>city</i>	Estado <i>State</i>	Código <i>country</i>
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado	Código
	Teléfono Principal <i>primary phone</i>			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
	<input type="checkbox"/> Por favor marque si es confidencial <i>confidential</i>			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
	Correo Electrónico <i>email address</i>						
	Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre			
	Correo Electrónico			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro							

*Comprobante de edad: Algunos de los documentos que se pueden utilizar para este propósito incluyen un acta de nacimiento, un certificado religioso, de un hospital o de un médico que muestre la fecha de nacimiento, un pasaporte, un registro de adopción, registros escolares previamente verificados, una declaración jurada por parte de un padre, una entrada en una Biblia de la familia o cualquier otro documento autorizado por la ley.

¿Quién tiene la custodia legal del estudiante?	Existen los derechos de visita especial que hay que saber? En caso afirmativo, favor de proporcionar la documentación legal a la escuela para que podamos mantener a su hijo a salvo.
---	---

SECOND HOUSEHOLD	INFORMACION DEL SEGUNDO HOGAR (El estudiante no reside principalmente en esta residencia)						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1			Primer Nombre			
	Domicilio	Calle		Apto.	Ciudad	Estado	Código
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado	Código
	Teléfono Principal			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
	<input type="checkbox"/> Por favor marque si es confidencial			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
	Correo Electrónico						
	Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Así Mismo <input type="checkbox"/> Otro						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre			
	Correo Electrónico			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro							

ETNIA Y RAZA

Los distritos escolares en el Estado de Washington están obligados a informar datos de los estudiantes por categorías de raza y etnia a la Oficina del Estado de Superintendente de Instrucción Pública. Etnia y categorías raciales utilizadas en nuestro distrito son los mismos que utiliza en todos los distritos escolares de Washington. Son fijados por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington, y el Superintendente Estatal de Instrucción Pública.

Por favor conteste las DOS preguntas 1 sobre el origen hispano Y La pregunta 2 sobre la raza:

1. ¿Es su niño de origen hispano o latino?

- No, mi hijo no es hispano o latino
- Sí, mi hijo es hispano o latino - (Marque todas las que apliquen):
- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Americano del Sur |
| <input type="checkbox"/> Dominicano | <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano | <input type="checkbox"/> Americano Latino |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Centroamericano | <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino |

2. ¿De qué raza se considera usted a su hijo? (Marque todas las que apliquen)

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Africano Americano o negro | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Port Gamble S'Klallam | <input type="checkbox"/> Yakima |
| <input type="checkbox"/> Blanco o ca | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Puyallup | <input type="checkbox"/> Otro Indio Americano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Quileute | <input type="checkbox"/> Otro Tribu Indio Americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Fiji | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Quinault | |
| <input type="checkbox"/> Guam o Chamorro | <input type="checkbox"/> Miao | <input type="checkbox"/> Hoh | <input type="checkbox"/> Samish | |
| <input type="checkbox"/> Las Islas Marianas | <input type="checkbox"/> Indonesio | <input type="checkbox"/> Jamestown S'Klallam | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle | |
| <input type="checkbox"/> Melanesia | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Kalispel | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay | |
| <input type="checkbox"/> Micronesia | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Lower Elwa Klallam | <input type="checkbox"/> Skokomish | |
| <input type="checkbox"/> Samoa | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Lummi | <input type="checkbox"/> Snoqualmie | |
| <input type="checkbox"/> Tonga | <input type="checkbox"/> Malasio | <input type="checkbox"/> Makah | <input type="checkbox"/> Spokane | |
| <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico | <input type="checkbox"/> Pakistaní | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Squaix Island | |
| | <input type="checkbox"/> Singapur | <input type="checkbox"/> Nisqually | <input type="checkbox"/> Stillaguamish | |
| | <input type="checkbox"/> Taiwanés | <input type="checkbox"/> Nooksack | <input type="checkbox"/> Suquamish | |
| | <input type="checkbox"/> Tailandés | | <input type="checkbox"/> Swinomish | |
| | <input type="checkbox"/> Vietnamita | | <input type="checkbox"/> Tulalip | |
| | <input type="checkbox"/> Otro Asiático | | | |

Escuela asistido previamente (más reciente)	Fecha de Entrada	Fecha de Retiro	Dirección de la Escuela Anterior (calle, ciudad, estado y código postal)
¿El estudiante ha asistido a otro distrito escolar en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, nombre el distrito escolar en el Estado de Washington		Año Escolar
¿El estudiante ha asistido a una escuela en el distrito escolar de Mount Vernon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, nombre la escuela asistido en el distrito escolar de Mount Vernon		Año Escolar

POR FAVOR ANOTE OTROS HERMANOS QUE ASISTEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE MOUNT VERNON

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

¿El estudiante asiste a la guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la guardería
<input type="checkbox"/> Antes de Escuela	Domicilio
<input type="checkbox"/> Después de Escuela	Teléfono
<input type="checkbox"/> Antes y Después de Escuela	

¿Se ha suspendido su estudiante de la escuela? Sí No

Por favor, explique _____

¿Su estudiante ha sido suspendido por una violación de las armas? Sí No Fecha: _____

¿Ha estado alguna vez su estudiante ante un tribunal por cuestiones de asistencia? Sí No Fecha: _____

Información de Contacto de Emergencia Cuando los accidentes, enfermedades u otras situaciones de emergencia se producen con su hijo, queremos ser capaces de hablar rápidamente a las familias o adultos responsables. Nuestro primer contacto es siempre un padre o tutor, pero en el caso de que no podemos hablar con un padre/tutor, por favor de proveer los nombres de personas que estén disponibles durante el día para atender a su hijo.

Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo

HISTORIA DEL ESTUDIANTE

<p>¿Su hijo(a) ha calificado o matriculado en un Programa de Educación Especial /IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Su niño ha calificado a favor o había un plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Su hijo ha participado en?: <input type="checkbox"/> Título 1 <input type="checkbox"/> LAP <input type="checkbox"/> Talentoso <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Migrante</p>	<p>¿Su hijo ha repetido un grado o superado un curso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha repetido</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha superado</p> <p>Cuál Nivel?</p>
---	--

Especifique cualquier problema de aprendizaje (s) o ayuda especial que necesita / specify any learning problem(s) or special help needed

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MÉDICA: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, todo esfuerzo será en hacer contacto con el padre / tutor de inmediato. Si el padre o tutor no puede ser alcanzado, Yo autorizo a las autoridades escolares para obtener atención de emergencia para mi hijo.

"Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información para efectuar el registro o la cesión puede ser motivo de revocación de la inscripción del estudiante o la asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Mount Vernon. Estoy de acuerdo de notificar a la escuela del Distrito Escolar de Mount Vernon por escrito dentro de los cinco (5) días escolares después de cualquier cambio de residencia".

_____ **Firma del Padre/Tutor Legal**

_____ **Fecha**

Distrito Escolar de Mount Vernon
124 E. Lawrence St Mount Vernon WA 98273
Teléfono (360) 428-6110 Fax (360) 428-6172

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE PADRE O TUTOR MILITAR

La legislatura estatal de Washington ha exigido que la información de los alumnos que provienen de familias militares debe recopilarse como se declara en la **RCW 28A.300.507**.

Con el propósito de recopilar información, sírvase a marcar todas las que apliquen:

- Actualmente** ningún padre o tutor sirve como un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual del **servicio activo** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual de las **reservas** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual de la **Guardia Nacional de Washington**.
- Sin respuesta o rehúsa declarar.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

(Nota: Si en algún momento a lo largo del ciclo escolar el estatus militar cambia, sírvase contactar la oficina del distrito escolar de Mount Vernon o la escuela de su hijo para informar acerca del cambio.)



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a todos los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p>Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.

Propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

La Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar se proporciona a *todos* los estudiantes que se inscriben en escuelas de Washington. La siguiente información debería contribuir a responder a algunas de las preguntas que podría tener sobre este formulario.

¿Cuál es el propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar?

El propósito principal de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar es contribuir a identificar a los estudiantes que podrían calificar para obtener ayuda con el fin de desarrollar las habilidades del idioma inglés necesarias para tener éxito en la clase y de recibir otros servicios. Es importante que esta información se registre correctamente, ya que puede afectar la elegibilidad de los estudiantes para recibir los servicios que necesitan para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario evaluarlos a fin de determinar si precisan servicios de apoyo adicionales en relación con el idioma y académicos. Ningún estudiante será asignado al programa de desarrollo del idioma inglés solo en función de las respuestas a este formulario.

¿Por qué preguntan acerca de la primera lengua del estudiante y del (de los) idioma(s) que se habla(n) en el hogar?

Las dos preguntas sobre el idioma del estudiante nos ayudan a determinar:

- si el estudiante puede ser elegible para obtener ayuda con el aprendizaje del inglés, y
- si el personal de la escuela debería conocer otros idiomas utilizados por el estudiante en su hogar.

El idioma que su hijo aprendió primero puede ser distinto del idioma que su hijo utiliza para comunicarse en el hogar ahora. Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán a la escuela a proporcionarle instrucción adecuada según las necesidades individuales del estudiante, y también contribuirán con las necesidades de comunicación que puedan surgir. Los estudiantes que primero aprendieron un idioma que no sea inglés pueden calificar para obtener servicios de apoyo adicionales. Incluso los estudiantes que hablan bien inglés podrían precisar apoyo para desarrollar habilidades del idioma necesarias para tener éxito en la escuela.

¿Por qué preguntan dónde nació el estudiante?

Esta información ayuda al distrito escolar y al estado a determinar si al estudiante le corresponde la definición de inmigrante a los fines del financiamiento federal. Esto se aplica incluso cuando ambos padres del estudiante son ciudadanos estadounidenses, pero el estudiante nació fuera de los Estados Unidos. Este formulario no se utiliza para identificar a estudiantes que quizás sean indocumentados.

¿Por qué preguntan sobre la educación anterior del estudiante?

La información sobre la educación de un estudiante contribuirá a garantizar que la educación del estudiante tanto dentro como fuera de los Estados Unidos sea tomada en cuenta en las recomendaciones para la participación en programas y servicios del distrito. Los antecedentes educativos del estudiante también constituyen información importante para ayudar a determinar si el estudiante está avanzando lo suficiente hacia los estándares estatales en función de sus antecedentes educativos anteriores.

Gracias por proporcionar la información necesaria en la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar. Comuníquese con su distrito escolar si tiene otras preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo.



District Entry Date _____

School Entry Date _____

School _____

Nombre de Alumno: _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela Previa _____ Ciudad _____

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública del Estado de Washington provee fondos a programas diseñados para ayudar a los niños de 0 a 21 años que se han mudado por su propia cuenta o con sus padres en los últimos tres años para buscar o conseguir un trabajo temporal en actividades relacionadas con:

Agricultura (agriculture)

Empaquetadora (packing/warehouses)

Forestales (forestry)

Lechería (dairy)

Avicultura (poultry)

Pesca Comercial (commercial fishing)

Res (beef)

Mariscos (shellfish)

Le agradeceríamos su colaboración para responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Usted o su familia se mudó en los últimos tres (3) años?
(Have you or your family moved within the past three years) SI NO
2. ¿La familia cruzaron fronteras del distrito escolar?
(Did the family cross school district boundaries) SI NO
3. ¿Fue el propósito de la mudanza para trabajar en empleo de agricultura o la pesca?
(Was the move made for the purpose of seeking/obtaining agricultural/fishing related employment) SI NO
4. ¿Sí su respuesta es "Sí", ¿podemos ponernos en contacto con usted para recibir más información?
(If YES, may we contact you for more information) SI NO



For School Use Only		Kindergarten Only	
Centennial		AM	
Jefferson			
Lincoln			
Little Mountain		PM	
Madison			
Washington			

INFORMACION de TRANSPORTE de ESTUDIANTE

Los estudiantes se transportan a y de la escuela por los autobuses del distrito escolar. Estas formas serán usadas para el transporte del hogar/guardería a y de la escuela solamente

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Sexo _____
(student name) (grade) (gender)

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa/Celular _____
(guardian name) (home/cell phone)

Domicilio _____
(home address)

Nombre de Guardería _____ Teléfono _____
(daycare name) (phone)

Domicilio de Guardería _____
(daycare address)

SOLAMENTE USO DE LA OFICINA DE TRANSPORTACION: (for transportation use only)

M - TU - W - TH - F	M - TU - W - TH - F	M - TU - W - TH - F	M - TU - W - TH - F
1. Bus _____	2. Bus _____	1. Bus _____	2. Bus _____
Stop _____	Stop _____	Stop _____	Stop _____
Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____

¿Se necesitará el transporte? Will district transportation be needed) SI NO

Por favor indique el local de los días aplicables para la RECOGIDA de su estudiante a la ESCUELA (indicate BEFORE SCHOOL PICK-UP location) Hogar (home) lunes martes miercoles jueves viernes Guarderia: (daycare) lunes martes miercoles jueves viernes	Por favor indize el local de los días aplicables para el REGRESO de su estudiante DESPUES DE ESCUELA (indicate AFTER SCHOOL DROP-OFF location) Hogar (home) lunes martes miercoles jueves viernes Guarderia: (daycare) lunes martes miercoles jueves viernes
--	--

Trate de conocer a otros padres que usan la parada de autobús de su niño así usted puede tener un plan alternado en el evento que usted esta incapaz de estar en la parada de autobús cuando su niño llega.

Si hay un cambio en su horario después de que usted ha registrado a su niño por favor someta otra forma de Información del Transporte para su Niño



Los alumnos acertados fortalecen a nuestra comunidad

Guía para los padres de Familia de la Asistencia y Ausencia Escolar

Mount Vernon School District No. 320
124 East Lawrence Street
Mount Vernon, Washington 98273

Carl Bruner, Superintendente
360-428-6181 Fax: 360-428-6172
www.MountVernonSchools.org

¡ES LA LEY! La asistencia a la escuela es algo muy importante. El estado de Washington tiene una ley (RCW 28A.225) que requiere que los jóvenes matriculados entre la edad de seis(6) años y diecisiete años (17) asistan a la escuela pública en el distrito en el cual los jóvenes residen (con ciertas excepciones). Usted puede pedir al distrito una copia completa de esta ley si llama a la Oficina del Superintendente al número: 360-428-6181 o visitando la biblioteca de leyes en el condado de Skagit (336-9324). También puede encontrarse en la red al <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.225>.

- **Responsabilidad de los Padres de Familia:** Los padres tienen la responsabilidad de asegurar que sus hijos asistan a la escuela de tiempo completo. Nuestro distrito quiere evitar la proliferación de formularios y peticiones relacionados a las ausencias y necesita la ayuda de los padres de familia para asegurar que los estudiantes vayan a la escuela y no estén ausentes sin una excusa escrita firmada por los padres o guardianes. El término: "Una ausencia escolar sin motivo" quiere decir que el estudiante no asistió a la mayoría de las horas o períodos en un día escolar normal, o que el estudiante no ha cumplido con una póliza más estricta del distrito respecto a ausencias con excusa. Si su hijo no puede venir a la escuela, por favor haga lo siguiente: Escriba un recado indicando los motivos por los cuales él/ella no va a venir a la escuela (ejemplo: el estudiante está enfermo, tiene una cita médica, etcétera). Después, llame a la oficina de la escuela e infórmeles que su hijo/a no va a asistir y el motivo de la ausencia. Estudiantes que falten a la escuela sin permiso de los padres de familia o guardianes serán considerados "Ausentes" (*truants*).
- **Obligaciones de la Escuela:** Durante todo el año escolar, si un estudiante no viene a la escuela, la oficina llamará a los padres de familia o a los guardianes legales de los estudiantes para informarles ya sea por teléfono o por escrito que el estudiante faltó a la escuela sin excusa. En ese mismo momento, el padre o guardián también será informado acerca de las consecuencias de la ausencia escolar. Si un estudiante no tiene excusa justificada cada vez que no va a la escuela, después de dos ausencias escolares sin excusa firmada por los padres de familia o guardianes, se realizará en ese mismo mes escolar una reunión con los padres/ guardianes y el estudiante para analizar las causas por las cuales el estudiante no ha ido a la escuela. La escuela tomará pasos para eliminar o reducir las ausencias del niño.
- **El Papel de la Corte al Requerir la Asistencia Escolar de los Estudiantes:** Si las acciones tomadas por la escuela no ayudan en reducir sustancialmente las ausencias escolares de los estudiantes, el distrito escolar, escribirá y mandará una petición autenticada con la evidencia de las ausencias a la Corte Superior de Acción Civil del Condado de Skagit, para que la corte sepa que el estudiante no está asistiendo a la escuela. Esta petición deberá ser presentada antes de que terminen los primeros 5 días sin excusa justificada en el mismo mes, o en los primeros 10 días de una excusa que no está justificada en ese mismo año escolar. La petición hablará de una violación al código legal RCW.28A225 por (a.) el padre de familia/guardián o (b.) el estudiante o (c.) el padre de familia/guardián y el estudiante. Cuando una petición ha sido entregada a la corte Superior del Condado de Skagit, Usted será notificado de cualquier audiciones planificadas del tribunal y consecuencias posibles para la infracción de algún mandatos judicial, si es aplicable.

Por favor, si tiene alguna pregunta, llame al director de la escuela de sus hijos:

Mount Vernon High School	360-428-6100	Lincoln Elementary School	360-428-6135
LaVenture Middle School	360-428-6116	Little Mountain Elementary School	360-428-6125
Mount Baker Middle School	360-428-6127	Madison Elementary School	360-428-6131
Centennial Elementary School	360-428-6138	Washington Elementary School	360-428-6122
Jefferson Elementary School	360-428-6128		

Afirmación de haber leído la información aquí contenida:

Recibí y leí este panfleto sobre los procedimientos referentes a las disculpas por faltas injustificadas y la nueva ley al respecto.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO _____

ESCUELA: _____

FECHA _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Aviso sobre la Información Escolar

Salvo en algunos casos, la Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) exige que el Distrito Escolar de Mount Vernon obtenga su consentimiento por escrito antes de revelar información que conste en los registros educativos de su hijo y que permita identificarlo individualmente. Sin embargo, puede revelar aquellos datos correctamente denominados “Información Escolar” sin su consentimiento por escrito, a menos que usted le haya indicado al Distrito lo contrario en conformidad con los procedimientos de dicho Distrito. El objetivo principal de la Información Escolar es permitirle al Distrito Escolar de Mount Vernon incluir este tipo de información –tomada de los registros educativos de su hijo– en determinadas publicaciones escolares. Algunos ejemplos incluyen:

- El cartel de una obra de teatro que indica el papel que desempeña su hijo.
- El anuario escolar.
- El cuadro de honor u otras listas de reconocimiento.
- Los programas de graduación.
- Las planillas de actividades deportivas, como la lucha libre, en las que se exhibe el peso y la altura de los integrantes del equipo.

La Información Escolar es aquella que, si se divulga, no suele ser perjudicial ni considerarse una invasión de la privacidad. Dicha información también puede revelarse a organizaciones externas sin el consentimiento previo por escrito de los padres. Las organizaciones externas incluyen, entre otras, empresas que fabrican anillos de graduación o publican anuarios. Además, hay dos leyes federales que exigen que los organismos educativos locales (LEA, por sus siglas en inglés) que reciben asistencia conforme a la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary Education Act, ESEA) de 1965 les proporcionen a los reclutadores militares, si lo solicitan, tres tipos de Información Escolar: nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes, a menos que los padres le hayan informado al LEA que no quieren que se revele la información de su hijo sin que ellos lo autoricen previamente por escrito.¹

Si no quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele Información Escolar de los registros educativos de su hijo sin que usted brinde consentimiento previo por escrito, debe notificárselo al Distrito por escrito antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este Aviso sobre la Información Escolar. El Distrito Escolar de Mount Vernon ha determinado que la siguiente información constituye Información Escolar:

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

¹ Las leyes mencionadas son las siguientes: Sección 9528 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Código de los Estados Unidos: 20 U.S.C. §7908) y sus enmiendas y Código de los Estados Unidos: 10 U.S.C. § 503 (c) y sus enmiendas.

SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN ESCOLAR

Información Escolar

La Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia permite que los distritos escolares revelen Información Escolar a determinadas personas o instituciones (como los medios de comunicación, las universidades o el ejército), a menos que los padres o el tutor del estudiante soliciten que dicha información NO se divulgue.

El Procedimiento N.º 3231P de la Junta del Distrito Escolar de Mount Vernon define los siguientes datos como "Información Escolar":

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

Si usted está de acuerdo con que se revele Información Escolar sobre su hijo, no tiene que tomar ninguna medida.

Si NO quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele información escolar sobre su hijo, complete el siguiente formulario y envíelo a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario. Envíe un formulario por cada estudiante.

Revelación de información al ejército

La Ley federal de Educación Primaria y Secundaria exige que las escuelas preparatorias les proporcionen a los reclutadores militares una lista con nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes. Los padres tienen derecho a solicitar que el nombre de su hijo no se incluya en dicha lista. Si usted no está de acuerdo con que se le proporcione al ejército el nombre de su hijo, marque a continuación la casilla que corresponda y envíe este formulario a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

- NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ningún reclutador militar.
(mil)
- NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ninguna de las comunidades de educación superior.
(high ed)
- NO** usar fotografías de mi hijo en ninguna publicación que se distribuya en todo el Distrito (por ejemplo, el calendario, sitio web) ni revelar la fotografía de mi hijo a los medios de comunicación.
(pub)
- NO** revelar ninguna información escolar sobre mi hijo.
(dist)
- NO** revelar información escolar sobre mi hijo, pero sí pueden incluir el nombre de mi hijo en el boletín escolar y en el directorio de la escuela.
(dist)
- NO** incluir la fotografía individual de mi hijo en el anuario escolar.
(local)
- Optar a favor de las llamadas y mensajes de texto automatizados:** todos los padres y/o tutores recibirán automáticamente llamadas o mensajes de texto automatizados del distrito escolar en caso de emergencia. Al marcar esta casilla, doy permiso para que el distrito escolar y la escuela me envíen llamadas telefónicas y mensajes de texto automatizados en caso de no emergencia, tales como información acerca de eventos y actividades escolares. Comprendo que puedo anular este permiso mediante contactar el gerente de la oficina escolar.

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Pautas para el uso adecuado de la tecnología

Política de uso aceptable para el estudiante

Acepto todos los derechos y responsabilidades de la ciudadanía digital.

- Me comporto de manera cortés y respetuosa con las personas en línea, tal como trato a la gente personalmente.
- Tengo derecho a acceder a Internet en la escuela, siempre y cuando la use de manera responsable.
- No revelo mi nombre, dirección ni número de teléfono a ninguna persona en línea, como tampoco comparto mi información personal con extraños.
- No revelo mi nombre de usuario ni contraseña, como tampoco le doy las llaves de mi casa a un extraño.
- Incluyo a otras personas en proyectos de aprendizaje digital, tengan o no una computadora, como también deseo que los miembros del equipo me incluyan a mí.
- No publico materiales hirientes ni ofensivos en Internet, como tampoco coloco grafitis hirientes ni ofensivos en la pared de mi cuarto.
- Apago mi teléfono celular en clase cuando la profesora lo solicita, como también lo hago en el cine para no molestar a las demás personas.
- No elimino ni dañaré el contenido digital que pertenezca a otra persona, como tampoco dañaré a una persona físicamente.
- No estafaré a ninguna persona ni robaré sus ideas, trabajo, música u obras de arte, como tampoco quiero que ninguna persona se aproveche del trabajo que yo creo.

A continuación se detalla lo que puede hacer en línea.

Visitar los sitios de Internet que su profesor le indique y usar las herramientas electrónicas de su PC para:

- Crear archivos, proyectos electrónicos, videos, páginas web y podcasts para proyectos de la clase.
- Crear contenidos para blogs, wikis, tableros de anuncios, sitios de redes sociales, comunidades en línea, páginas web, correos electrónicos y bases de datos del aula de clases.
- Publicar su trabajo escolar en el sitio web de la escuela, si su padre/madre o tutor le dan permiso.

A continuación se detalla lo que no puede hacer.

Sabotear la red.

- Realizar acciones que perjudiquen la integridad de la red de la escuela y sus recursos, como piratear (*hacking*), vulnerar sistemas (*cracking*) y destruir deliberadamente.
- Usar la información o los equipos de la escuela de manera inadecuada o ilegal.

Tomar de punto, atormentar, amenazar, acosar, humillar, avergonzar o poner en peligro a otras personas.

- Intimidar a personas a través del correo electrónico de la escuela o en el sitio web de esta.
- Difundir ideas de odio o discriminación, incluidos chistes y comentarios.
- Realizar acciones amenazantes o que puedan representar un peligro de daño para otras personas. Por ejemplo: compartir información sobre cómo hacer una bomba o fabricar drogas ilícitas.
- Acceder, cargar/descargar, almacenar o distribuir material obsceno, pornográfico o sexualmente explícito.

Mantener la seguridad en la calle y en Internet es igual de importante.

- Internet es una red mundial y nada en ella es verdaderamente privado. Por lo tanto, sea inteligente y sepa qué contenidos compartir. Mantenga la confidencialidad de su información personal y de la información de otras personas en línea. Usted no compartiría esta información con un extraño en la calle; haga lo mismo en Internet.

He tomado conocimiento de la Política de uso aceptable para el estudiante, la comprendo y la respetaré en todo momento.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del Profesor _____ Fecha _____

Revise con sus hijos la Política de uso aceptable para el estudiante.

Mount Vernon es un distrito escolar que ofrece la opción de no divulgar cierta información ("Opt Out"). Firme y envíe esta sección del documento solamente si **NO** desea que su estudiante tenga acceso a Internet ni publique trabajos en línea.

___ No deseo que mi estudiante, _____, tenga acceso a Internet.
(Nombre del estudiante)

___ No deseo que mi estudiante, _____, publique trabajos en el sitio web de la escuela/del distrito.
(Nombre del estudiante)

Firma del padre/de la madre/del tutor _____ Fecha _____

Notificación de derechos para alumnos de escuela primaria y secundaria

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) les concede a los padres y a los estudiantes mayores de 18 años (“estudiantes aptos”) determinados derechos con respecto a los registros educativos del alumno. Los derechos mencionados son los siguientes:

1. **Derecho a examinar y revisar los registros educativos del alumno dentro de un plazo de 45 días a partir del momento en que la escuela recibe una solicitud para acceder a ellos.** Los padres de los estudiantes aptos deben presentar ante el director de la escuela una solicitud por escrito en la que se especifique cuáles son los registros que desean examinar. La autoridad escolar coordinará el acceso a los registros y les notificará a los padres o al estudiante apto el horario y el lugar en que se podrán examinar los registros.
2. **Derecho a solicitar la modificación de los registros educativos del alumno si los padres o el estudiante apto consideran que son inexactos, que se pueden malinterpretar o que, de alguna manera, infringen los derechos de privacidad del estudiante conforme a la FERPA.** Los padres o los estudiantes aptos que deseen solicitarle a la escuela que modifique un registro deben dirigirse por escrito al director de la escuela, especificar claramente qué parte del registro desean que se modifique y por qué debe hacerse esa modificación. Si la escuela decide rechazar la solicitud de modificación del registro presentada por los padres o el estudiante apto, la escuela notificará esa decisión a los padres o al estudiante apto y les informará que tienen derecho a solicitar una audiencia con respecto al pedido de modificación. Los padres o el estudiante apto recibirán información adicional sobre los procedimientos para las audiencias cuando se les informe acerca de su derecho a solicitar una audiencia.
3. **Derecho a que la información que consta en los registros educativos del alumno y que permite identificarlo individualmente sea confidencial, excepto en la medida en que la FERPA autorice la revelación sin consentimiento.** Un caso en que la revelación sin consentimiento está permitida es cuando se revela información a las autoridades de la escuela que tienen intereses educativos legítimos. Se denomina “autoridad escolar” a toda persona que trabaja para la escuela como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluso personal médico o de salud y empleados de la unidad responsable del cumplimiento de la ley); a toda persona que integra la junta escolar; a toda persona o empresa que presta servicios o desempeña funciones que, de lo contrario, debería prestar o desempeñar el personal de la escuela (por ejemplo: abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); a todo padre, madre o alumno que integra una comisión oficial, tal como una comisión de disciplina o reclamos; o a todo padre, madre, estudiante u otra persona que ayuda voluntariamente a otra autoridad escolar a realizar sus tareas. Una autoridad escolar tiene un interés educativo legítimo cuando necesita revisar un registro educativo a fin de cumplir con sus obligaciones profesionales. Si se solicita, la escuela puede revelar registros educativos sin consentimiento a las autoridades de otro distrito escolar en el cual el estudiante desea o intenta inscribirse o en el que ya se inscribió, siempre que la finalidad de dicha revelación esté vinculada con la inscripción o el traslado del alumno.
4. **Derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos (U.S. Department of Education) debido a supuestos incumplimientos de los requisitos de la FERPA por parte de la escuela.** Se incluyen a continuación el nombre y la dirección de la oficina responsable de la FERPA:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-8520



**Mount Vernon School District
124 E. Lawrence Street**

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- En un motel
- En un refugio
- Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos
- En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- Vivienda de transición
- Otro _____

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Mes/Día/Año

Género: _____ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: _____
(O menor sin supervisión)

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(O menor sin supervisión)

*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Devuelva este formulario contestado a:

Stephanie Thomas	360-428-6110	124 E. Lawrence Street, Mount Vernon, WA 98273
Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

- (N) No en situación de falta de vivienda
- (A) Refugios
- (B) Con otra familia
- (C) Sin refugio
- (D) Hoteles/Moteles

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

- (1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.
- (2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —
 - (A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y
 - (B) incluye a —
 - (i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y
 - (iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).
- (6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

**SPECIAL
EDUCATION
ONLY**

**Complete only if you child had special education services
previously**

Mount Vernon School District Special Services
920 S. 2nd Street * Mount Vernon, WA 98273
Tel: (360) 428-6141 Fax: (360) 336-2715

**Recomendación para Servicios de Educación Especial Para estudiantes
transferidos de otro distrito escolar**

(Transfer referral for Special Education Services for students transferring from another school district)

Fecha de hoy: _____
(today's date)

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(student's name) (birthdate)

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____
(address)

Asiste a la Escuela: _____ Grado: _____
(school attending)

Hombre del Padre/Tutor: _____
(parent/guardian name)

Teléfono del hogar: _____ Telefono celular: _____
(home phone) (cell phone)

Lengua materna: _____ Lengua maternal de los padres: _____
(child's primary language) (parents primary language)

Nombre & relación de la persona que hace la recomendación: _____
(name & relationship of the person making the referral)

Distrito Escolar Anterior: _____
(last school district attended)

Nombre de la Escuela: _____ Ciudad y Estado: _____
(school name) (city & state)

Permiso Para Traslado de Archivos de Educación Entre Escuela o Agencias. SI NO
(consent to release special education records from previous school district/agency)

¿Consentimiento para colocación y servicios para el estudiante en el programa de educación especial ?
(En caso negativo, favor de venir a la oficina de educación especial para recibir ayuda). SI NO
(consent to place and serve student in the special education program)



Firma de los Padres/Tutor

Elegible para Medicaid: (¿Reciben cupones médicos?) SI NO

Si es elegible, tenemos consentimiento para verificar y cobrar de Medicaid? Lo remitimos al reverso..
(if eligible do we have consent to verify and bill Medicaid?) SI NO



Firma de los Padres/Tutor

Información de este lado solamente

Explicación de las solicitudes de consentimiento:

Propósito del consentimiento de los padres para servir: Un distrito escolar debe informar cabalmente a los padres/guardianes de toda la información relacionado con el distrito tomando una decisión respecto a la colocación inicial de un estudiante. Como padre, usted puede dar su consentimiento o no a alguna actividad propuesta por el distrito. Esta solicitud le pide su consentimiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, puede llamar al director del distrito escolar de educación especial para obtener una explicación en cuanto a la razón por la cual se le está pidiendo una petición.

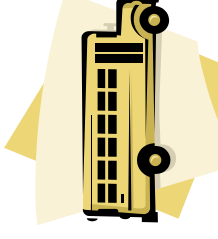
Al dar su consentimiento, usted reconoce que (1) usted ha sido plenamente informado de toda la información pertinente a la actividad por la cual se le está pidiendo su consentimiento, (2) que entiende que el otorgamiento del consentimiento es voluntario de su parte y puede ser revocado en cualquier tiempo, (3) si usted revoca su consentimiento, la revocación no es retroactiva, y (4) si usted se niega a dar su consentimiento, el distrito puede solicitar una mediación o una audiencia de debido proceso con el fin de anular su rechazo. * El consentimiento no es necesario si el distrito ha hecho las medidas razonables para obtener su consentimiento para servicios de educación especial y no ha respondido.

Consentimiento para Medicaid:

Verificación de elegibilidad de Medicaid. El distrito escolar tiene la obligación de presentar solicitudes para servicios relacionados con la salud para los estudiantes de educación especial o estudiantes que se refiere a la educación especial. Estos servicios incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, audiología, enfermería, consejería y evaluación psicológica. Con su permiso, vamos a presentar el nombre del estudiante y fecha de nacimiento con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar la elegibilidad de Medicaid. Dicha solicitud de ninguna manera impactara negativamente los servicios incluidas en el programa de su niño de educación individualizada (IEP).

Padres, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ciclo escolar 2019-2020



Recursos para padres de familia y tutores legales

Instrucciones: para ver cuáles vacunas son requeridas para asistir a la escuela, encuentre el grado al que asistirá su hijo y lea únicamente la información acerca de las vacunas y dosis requeridas que se encuentra en esa hilera.

	Hepatitis B	DTaP/Tdap (Difteria, Tétanos, Pertusis) Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	Polio Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)	Varicela (Chickenpox)
Kínder al 5º Grado	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o El doctor verifica la enfermedad
6º al 12º Grado	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o el médico verificó que el niño tuvo la enfermedad <i>(Se permiten excepciones para ciertos estudiantes)</i>

- Los estudiantes deben recibir las dosis de vacunas en el plazo de tiempo correcto para cumplir con los requisitos escolares de vacunación. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para el ingreso escolar, hable con su proveedor de salud o personal escolar capacitado.
- Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas pero no requeridas para el ingreso escolar en: www.immunize.org/cdc/schedules/



Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

Office Use Only:
 Reviewed by: _____ Date: _____
 Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a: _____ **Primer nombre:** _____ **Inicial del otro nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (mes/día/año):** _____ **Sexo:** _____

Firma requerida del padre, madre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Firma requerida del padre, madre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.

	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela						
◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela						
● Requisito único para guardería y preescolar						
◆ DTaP / DT (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
◆ Tdap (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
◆ Td (Tétanos, Difteria)						
◆ Hepatitis B <input type="checkbox"/> 2-dosis entre las edades de 11–15 años						
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
◆ IPV / OPV (Polio)						
◆ MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● PCV / PPSV (Neumocócica)						
◆ Varicela <input type="checkbox"/> Inmunidad verificada por el Sistema						
Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela						
Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV / MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity
Healthcare provider use only

If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it **MUST** be verified by a healthcare provider.

I certify that the child named on this form has:

a verified history of Varicella (Chickenpox).
 laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rubella	_____
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tetanus	_____
<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Varicella	_____

Licensed healthcare provider signature
 Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name _____

Instrucciones para completar esta forma: imprímala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.

Para imprimir con todos los datos: pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídale imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.mvir.net> y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: waisrecords@doh.wa.gov o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

Para llenar esta forma a mano:

#1 En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

#2 Información sobre vacunas: bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad: si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".

Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades: Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadros correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twinrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevnal®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		

Mount Vernon School District/Distrito Escolar de Mount Vernon
Health Inventory Form/Formulario Inventario de Salud

Student Name/Nombre del estudiante: _____ **Date of Birth/Fecha de nacimiento:** _____
Daytime Phone Number/Teléfono de horas diarias: _____ **Grade/Grado:** _____

Please check any health concerns that apply to your student. If your student does not have any health concerns, simply check the box that says "No Health Concerns at this Time." **Please complete and return this form to the school as soon as possible.** /Favor de marcar cualquier problema de salud aplicable a su hijo/a. Si su hijo/a no padece de ninguna enfermedad, simplemente marque el recuadro para "Ninguna enfermedad al presente." **Favor de llenar este formulario y devolverlo lo más pronto posible.**

No Health Concerns at this Time/Ninguna enfermedad al presente

Does your student have a Life Threatening Condition? /¿Tiene su estudiante una condición que amenaza su vida?

Yes/Si **No**

Under Washington State Law, "Life Threatening Condition" means a health condition that puts the student in danger of death during the school day if a medication is not administered (Epi-Pen/Diastat/Midazolam/ Glucagon/Severe Asthma)/Bajo la ley del Estado de Washington, "Condición amenazante de vida" significa uncondición de salud que pone al estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no se administra un medicamento (EpiPen/Diastat/Midazolam/Glucagon/Asma Severa)

Allergies/Alergias:

Bee/Insect Allergy/Alergia a abejas o insectos

- Mild Reaction/leve reacción
- Anaphylactic reaction/ reacción anafiláctica
- Epi-Pen Benadryl
- No medications/ ningún medicamento

Food Allergy/Alergias a alimentos _____

- Mild Reaction/leve reacción
- Anaphylactic reaction/reacción anafiláctica
- Epi-Pen Benadryl
- No medications/ningún medicamento

Drug Allergy/Alergia a drogas _____

Environmental/Seasonal allergies/Alergias al ambiente temporales _____

Diagnosed with Asthma/Asma:

Inhaler/Inhalador: yes/sí no

Triggers/Provocado por:

- Colds/resfriados Exercise/ejercicio
- Allergies/alergias Weather/clima

Diagnosed with Diabetes/Diabetes:

Type 1/Tipo 1 Type 2/Tipo

Mental Health Concerns/Problemas de Salud Mental:

Diagnosed OCD/Diagnosticado con trastorno compulsivo-obsesivo:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed ODD/Diagnosticado con trastorno de oposición desafiante:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed Anxiety Disorder/Diagnosticado con trastorno de ansiedad:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed Depression/Bipolar Disorder/ Diagnosticado con Depresión o Trastorno Bipolar:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed with Attention Deficit Hyperactive Disorder /Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed with Autism Spectrum Disorder/Trastorno del espectro autista:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Seizures/Ataques:

- Grand Mal Seizures/Convulsiones tónico-clónicas
- Petit Mal Seizures/Convulsiones petit mal
- History of Febrile Seizures/Historial de convulsions febriles

Other/Otros:

- Blood Disorder/Trastornos sanguíneos
- Cerebral palsy/Parálisis cerebral
- Chronic constipation/Constipación crónica
- Color Blindness/Daltonismo
- Contact/Glasses/Pupilentes o anteojos
- Down Syndrome/Síndrome de down
- Documented Hearing loss/Pérdida documentada de audición
- Eczema/Ecema
- Genetic condition/Condición Genética
- Frequent ear infections/Frecuentes infecciones del oído
- Frequent Nosebleeds/Frecuentes hemorragia nasales
- Headaches/Dolores de cabeza
- Heart Murmur/Soplo cardíaco
- Activity restrictions?/¿Restricciones de actividad?
 yes/sí no
- Hearing aids/Audifonos
- Hemophilia/Hemofilia
- High blood pressure/Hipertensión
- Kidney problems/Problemas renales
- Muscular Dystrophy/Distrofia muscular
- Spina Bifida/Espina bífida
- Thyroid Problems/Problemas de la tiroides
- Tourette Syndrome/Síndrome de Tourette
- Ulcers/Úlceras

Other Health Concerns (please list)/Otros Problemas de Salud (favor de alistar): _____

Medical History /Historial Médico

Was your child born before 37 weeks gestation (premature)/Nacio su hijo antes de las 37 semanas de gestación (premature)?

Yes/Sí No

If yes, how many weeks/Si contestó SI, de cuántas semanas? _____

Has your child ever been hospitalized/Estuvo si hijo alguna vez hospitalizado?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had surgery/Ha tenido si hijo alguna cirugía?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had a head injury (concussion)/Ha tenido su hijo una lesión en la cabeza (conmoción)?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had any significant injuries/Ha tenido si hijo algunas lesiones significativas?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had significant health problems/Ha tenido su hijo problemas de salud significativos? Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Do you have any concerns about your child's health/Tiene usted alguna preocupación sobre la salud de su hijo?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Does your child have a primary health care provider/Tiene su hijo un doctor principal de atención?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Does your child have a dentist/Tiene su hijo un dentista?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Does your child have an eye doctor/Tiene su hijo un doctor de la vista?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Parent Signature/Firma del padre/madre: _____ Date/Fecha: _____