

Forma de Registracion del Estudiante

NO ESCRIBA EN LA AREA OSCURA – Solo para la oficina					
STUDENT SCHOOL NUMBER	SCHOOL ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	HOMEROOM NUMBER	LOCKER NUMBER	BUS ROUTE AM PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE : Apellidos legales paterno/materno /		Primer Nombre Legal	Segundo Nombre	Apodo:
FECHA DE NACIMIENTO (Mes /Dia / Año)	SEXO(M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad	Estado	País
INFORMACION RACIAL Y ETNICA Vea la pagina adicional de la forma		IDIOMA PRIMARIO QUE SE HABLA EN CASA <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> espanol <input type="checkbox"/> otro _____ Idioma primario del estudiante _____		

NOMBRES DE PADRES/tutor legales donde vive el estudiante <i>Apellido del padre Nombre</i>		ESTUDIANTE vive con <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre / madrastra <input type="checkbox"/> Madre /Padrastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	Teléfono primario del hogar (incluya la código de área)	Teléfono #2 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)
<i>Apellido del madre Nombre</i>			Teléfono #3 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)	# Teléfono #4 <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular (incluya la área)
Dirección Residencial	<i>Calle</i>	# Apartamento	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Código postal</i>
Dirección de correo	(si es diferente de la dirección residencial)	<i>P O Box</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i> <i>Código postal</i>
Dirección del correo electrónico	<i>#1</i>	Dirección del correo electrónico	<i>#2</i>	

SEGUNDO HOGAR (Padre sin custodia y que no viven con el estudiante) <i>Apellido Primer Nombre</i>		RELACION CON <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Madre/Pareastro <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Otro _____	# TELÉFONO (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	#2 TELÉFONO (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
(Padre sin custodia y que no viven con el estudiante) <i>Apellido Primer Nombre</i>			# Teléfono 1 (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	# teléfono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
SEGUNDA DIRECCIÓN <i>(Calle/PO Box, Ciudad, Estado, Código)</i>			DIRECCIÓN ADICIONAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ PREVIAMENTE	EL DISTRITO QUE ASISTIÓ PREVIAMENTE	LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA(Ciudad, Estado)
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO LA ESCUELA PUBLICA DE ENUMCLAW? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>NOMBRE DE LA ESCUELA</u>		El Grado asistió (Mes/Año)

¿EL ESTUDIANTE HA SIDO SUSPENDIDO POR ALGUNA INFRACCIÓN DE ARMAS? Sí No Fecha: _____

¿TIENE LOS PADRES LA CUSTODIA COMPARTIDA? Sí No (En caso que sí, el archivo debe estar en el registro del escuela)

¿ALGUNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN EFECTO? Sí No (En caso que sí, El archivo debe estar el registro del escuela)

La orden de restricción es en contra de: Madre Padre otro _____

¿SU HIJO/HIJA HA CALIFICADO PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SU NINO HA SIDO REPITIDO ALGUN GRADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FECHA DEL ULTIMO IEP _____ FECHA TERMINATED _____	Cual grado(s) _____
¿SU HIJO/HIJA HA CALIFICADO POR EL PLAN DE 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SU HIJO/HIJA A PATIFICADO EN: <input type="checkbox"/> Titulo 1 <input type="checkbox"/> Ninos avansados <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> Otro _____	

EL ESTUDIANTE ATIENDE CUIDADO DE NIÑOS <input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la Escuela <input type="checkbox"/> Antes o después de la escuela	Cuidado de niños <i>Nombre</i> <i>Dirección</i> <i>Numero de Teléfono</i>
--	---

ARREGLOS ADICIONALES PARA CUIDADO DE NIÑO (Por favor de escribir la información en otro papel y mandarlo a la escuela)

POR FAVOR ANOTE TODOS LOS HERMANOS (LOS QUE ESTÁN ASISTIENDO, ASÍ COMO HERMANOS MENORES QUE AÚN NO ASISTEN)			
Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

MILITAR
 Uno o más padres están en el servicio activo a tiempo completo en los servicios uniformados de los Estados Unidos

INTRUCCIONES ESPECIALES CON RESPECTO A CREENCIAS RELIGIOSAS (Por favor de escribir la información en otro papel y mandarlo a la escuela)

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MEDICA Yo entiendo que en caso de accidente o enfermedad grave, cada esfuerzo se hará para contactar al padre/ guardián inmediatamente. Si la escuela no puede localizarla, yo autorizo la escuela para que tome cualquier acción necesaria en mantener la salud y el bienestar de mi niño.

Firma de Padres Legales/ Guardián _____ *Fecha* _____

En caso de una herida o una enfermedad o otra situación sin -emergencia ocurre implicando su niño, nosotros haremos el esfuerzo para contactar a las familias o otro adulto responsable. En un evento si no podemos localizar al padre/guardián, por favor liste personas responsables, y locales que usted les tenga confianza durante el día para que cuide a su niño.

PRIMER CONTACTO (diferente del padre/guardián) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	RELACIÓN AL NINO	#1 Telefono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	# 2 teléfono (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
PRIMER DIRECCIÓN <i>Calle</i>	<i>Ciudad,</i>	<i>Estado,</i>	<i>Código</i>
SEGUNDO CONTACTO (diferente del padre/guardián) <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i>	RELACIÓN AL NINO	PHONE #1 (incluya la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular	PHONE #2 (inclua la área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> celular
SEGUNDA DIRECCIÓN DE CONTACTO: <i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado,</i>	<i>Código</i>

AUTORIZACION DE LIBERACION DE ESTUDIANTE: EN CASO DE QUE LA ESCUELA SEA INCAPAZ DE CONTACTARME AUTORIZO QUE MI HIJO/HIJA PUEDE SER LIBERADO(A) A LAS PERSONAS LISTAS ARRIBA.

Firma de Padre Legal/Tutor Legal _____ *Fecha* _____

COMPROBACIÓN DE INFORMACIÓN: La información de esta forma es correcto y verdadero desde esta fecha. Entiendo falsificar información para lograr la matriculación puede causar la revocación de la matricula del estudiante en el distrito escolar de Enumclaw.

Firma de Padre Legal/ Tutor Legal _____ *Fecha* _____

Forma de registro de etnias y razas en el Estado de Washington

Los nuevos Requisitos Federales indican que es obligatorio contestar la pregunta sobre el origen racial del estudiante. Si los padres, los tutores legales o estudiantes no proporcionan la información racial de los alumnos, del distrito escolar asignará una raza al estudiante basado en la apariencia de la persona.

Apellido paterno del estudiante _____ Nombre _____

¿Es su niño hispano u origen latina? Sí, marque el recuadro correspondiente en los dos secciones.
 No, solamente marque la sección 2.

La sección 1. Verifique todo que aplica.	
<input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> dominicano <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> mexicano/ mexico-norteamericano/chicano	<input type="checkbox"/> centroamericano <input type="checkbox"/> sudamericano <input type="checkbox"/> latinoamericano <input type="checkbox"/> de algun otro país hispano
La sección 2. ¿Cuáles raíces le considera a su niño? (marque todo que aplica)	
<input type="checkbox"/> africano norteamericano/negro	Tribu de indio americano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Chehalis <input type="checkbox"/> Colville <input type="checkbox"/> Cowlitz <input type="checkbox"/> Hoh <input type="checkbox"/> Jamestown <input type="checkbox"/> Kalispel <input type="checkbox"/> Lower Elwha <input type="checkbox"/> Lummi <input type="checkbox"/> Makah <input type="checkbox"/> Muckleshoot <input type="checkbox"/> Nisqually <input type="checkbox"/> Nooksack <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam <input type="checkbox"/> Puyallup <input type="checkbox"/> Quileute <input type="checkbox"/> Quinault <input type="checkbox"/> Samish <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle <input type="checkbox"/> Shoalwater <input type="checkbox"/> Skokomish <input type="checkbox"/> Snoqualmie <input type="checkbox"/> Spokane <input type="checkbox"/> Squaxin Island <input type="checkbox"/> Stillaguamish <input type="checkbox"/> Suquamish <input type="checkbox"/> Swinomish <input type="checkbox"/> Tulalip <input type="checkbox"/> Yakima <input type="checkbox"/> de otro tribu del estado de Washington <input type="checkbox"/> de otro tribu de indio americano
<input type="checkbox"/> caucasion/blanco	
asiático <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> camboyano <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> indonesio <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> laosiano <input type="checkbox"/> malasio <input type="checkbox"/> pakistani <input type="checkbox"/> habitante de singapur <input type="checkbox"/> taiwanés <input type="checkbox"/> taiwanés <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de algun otro país asiático	
hawaiano nativo u otro isleño pacífico <input type="checkbox"/> hawaiano nativo <input type="checkbox"/> fijiano <input type="checkbox"/> guamanian o chamorro <input type="checkbox"/> isleño de mariana <input type="checkbox"/> melanesiano <input type="checkbox"/> micronesiano <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> tongano <input type="checkbox"/> de otro isla del pacífico	

Firma de Padre/tutor legal _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY	
Received by _____	Date _____

DISTRITO ESCOLAR DE ENUMCLAW VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para verificar la residencia dentro del Distrito Escolar de Enumclaw, un documento actual (fechado en los últimos 30 días) que se detalla a continuación, debe ser provisto, que muestre el **nombre de padre/tutor y la dirección**. Números de caja de Oficina Postal no son aceptables como direcciones de residencia.

- Documentos de fideicomiso, libro o declaración de hipoteca, formulario de impuesto a la propiedad, declaración de tarifas de asociaciones de propietarios
- Contrato de arrendamiento / contrato de alquiler y recibo de alquiler actual
- Carta en membrete del complejo de apartamentos o parque de casas móviles, firmada por el propietario, indicando que el padre / tutor vive allí
- Factura de gas, de electricidad, agua, cable de televisión, basura o de teléfono
- Verificación de Servicios Sociales
- Declaración de seguro de residencia

_____ (nombre en letra de imprenta) el padre/tutor de
_____ (*nombre en letra de imprenta del estudiante*) declara que el estudiante mencionado anteriormente reside en la dirección que se muestra en el documento marcado anteriormente y adjunto. Notificare a la escuela dentro de dos semanas si la residencia cambia y aceptó proporcionar nueva documentación de residencia y una declaración firmada actualizada en ese momento. Si me mudo fuera del distrito escolar, se debe presentar una solicitud de no residente para ser considerado para la asistencia continua de este estudiante.

La falsificación de una dirección o residencia (o condiciones de vivienda) para obtener una asignación escolar será causa de la revocación de la asignación escolar del estudiante y el regreso a la escuela apropiada de asignación y la pérdida de cualquier derecho de transferencia futura a través del nivel de grado más alto de esa escuela. Cualquier decisión de revocación de este tipo es una decisión final del Distrito y solo se puede apelar de conformidad con RCW 28A.645.010 (1).

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Formulario de inscripción-Salud de los Estudiantes

Nombre del Estudiante _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grade _____

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal de la escuela para anticipar cualquier problema de salud que puedan afectar a su hijo, la seguridad de los oficiales administrativos o de aprendizaje.

MÉDICO

¿Tiene su hijo un médico o enfermera? Sí _____ No _____

Nombre del médico o la enfermera _____ número de teléfono _____

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para obtener atención médica para su hijo? Sí _____ No _____

DENTAL

¿Tiene su hijo a un dentista? Sí _____ No _____ nombre del dentista _____ número del teléfono _____

¿Recibirá su hijo un examen dental en los últimos 12 meses? Sí _____ No _____ No Sé _____

Describe la condición de los dientes de su hijo. Buena _____ Mal _____ No Sé _____

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para obtener cuidado dental para su hijo? Sí _____ No _____

SEGURO

¿Tiene su hijo cobertura de seguro médico? Sí _____ No _____ No Sé _____ el nombre de proveedor _____

¿Tiene su hijo cobertura de seguro dental? Sí _____ No _____ No Sé _____ el nombre de proveedor _____

¿Medicaid asegurar él / ella? (Apple Health for Kids) Sí _____ No _____ No Sé _____

LA HISTORIA CLÍNICA

¿Alguna vez le ha dicho un profesional médico que su niño tiene:

_____ Asma _____ Convulsiones _____ Trastorno hemorrágico _____ ADD / ADHD

_____ Diabetes _____ Enfermedad del músculo o hueso _____ Condición de la piel

_____ Discapacidad de aprendizaje _____ Condición de Corazón _____ condición de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación) Otro _____

¿Experiencia su hijo cualquiera de los siguientes?

_____ Sangra de Nariz _____ Dolores de oído frecuentes _____ Más de peso para la edad

_____ Discapacidad física _____ Falta de apetito _____ Estómagos frecuentes _____ Dolores de cabeza frecuentes

_____ Desmayos _____ Se cansa fácilmente _____ Peso inferior al normal _____ Problemas emocionales

Otros _____

¿Alguna de la condición anterior (s) limita o efecto de su hijo en la escuela? _____ *Sí _____ No *Describe: _____

CONDICIONES DE VIDA O MUERTE ¿Tiene su hijo una enfermedad que amenaza la vida? _____ Sí _____ No

Describe: _____

En caso afirmativo, una reunión con la enfermera de la escuela se requiere. Ley estatal de Washington requiere que las órdenes de mediación o tratamiento y un plan de cuidado de la salud estar en su lugar antes de comenzar la escuela.

ALERGIAS

_____ Plantas _____ Animales _____ Alimentación _____ Moldes _____ Drogas _____ Abejas _____ Otros _____

Por favor, describa la reacción alérgica y el tratamiento para cada alergia comprobar

¿Tiene planes para su hijo para recibir comidas escolares preparado? Sí * _____ No _____

* Una forma adicional debe ser completado para las alergias alimentarias

MEDICAMENTOS

¿Toma su hijo algún medicamento? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, el nombre del medicamento:

Propósito Se medicamentos necesarios en la escuela? Sí * _____ No _____

* Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, por favor comuníquese con la oficina de la forma necesaria autorización. Este formulario debe ser completado antes de cualquier medicamento que se traigan a la escuela.

AUDIENCIA / VISION

¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo use audífonos? Sí _____ No _____

¿Tiene dudas sobre la visión de su hijo? Sí _____ No _____

¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto? Sí _____ No _____

DISCURSO DEL LENGUAJE

¿Tiene alguna preocupación sobre el discurso de su hijo y / o lenguaje? Sí _____ No _____ ¿Otros tienen dificultades para entender a su hijo? Sí _____ No _____ If sí, por favor, explica _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Entiendo que la información aquí proporcionada será compartida con el personal apropiado de la escuela para proveer para la salud y la seguridad de mi hijo. Si yo o una persona de contacto de emergencia autorizado que no se puede llegar en el momento de una emergencia médica, autorizo y directo personal de la escuela a enviar a mi hijo al hospital de más fácil acceso o el médico. Entiendo que asumirá toda la responsabilidad por el pago de cualquier transporte o servicios médicos de emergencia prestados.

Padre / Tutor Firma _____ Fecha _____

Medically Verified Immunization Records

All immunization records turned in to schools or child care centers are required by state law to be medically verified. A medically verified Certificate of Immunization Status (CIS) form is a:

- CIS printed by a health care provider or school from the Washington State Immunization Information System. This is medically verified by the Immunization Information System.
 - CIS printed from MyIR which is a free Department of Health online tool that allows families to view and print their official immunization records themselves. This is medically verified by the Immunization Information System. Go to <https://wa.myir.net/register> to begin the sign-up process.
 - Hardcopy CIS (2020-2021) completed by hand. Find the CIS form by visiting <https://www.doh.wa.gov/SCCI> and clicking on “Certificate of Immunization Status.”
 - Must be verified with a health care provider signature.
- OR
- Must have medical vaccination records attached so it can be verified for accuracy by school or child care staff



To request this document in another format, call 1-800-525-0127. Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov. **DOH 348-755 March 2020**