

# District 197

## Lista de verificación de Kínder

¡Use esta lista de verificación para asegurarse de haber completado todos los pasos para inscribir a su hijo en la escuela primaria!

- Verificación de nacimiento**  
Se debe presentar un certificado de nacimiento u hospital en el registro para verificar la fecha de nacimiento de su hijo. Se puede obtener un certificado de nacimiento en el Centro de Servicios del Condado de Dakota del Norte en West St. Paul (651-554-6600)..
- Verificación de residencia**  
Proporcione un documento que muestre el nombre y la dirección del padre/Guardián u otra persona que tenga la custodia legal del estudiante. Los documentos de verificación de dirección pueden incluir una factura de servicios públicos (fecha dentro de los 60 días de solicitada la inscripción) como electricidad, gas, agua, alcantarillado, teléfono (teléfono fijo, celular, VOIP), internet, TV (cable, satélite).
- Encuesta de inscripción**  
Responda lo mejor que pueda. Completar este formulario ayuda a la escuela a llevar a su hijo a las clases apropiadas y a apoyar las necesidades de su hijo y garantizar una transición sin problemas.
- Cuestionario de evaluación de la primera infancia**  
Si su hijo fue examinado por el Distrito 197, puede que esté en el archivo. De lo contrario, necesitamos una copia de la información de evaluación antes del primer día de clases para que el estudiante comience la escuela. Si su estudiante no ha sido evaluado, llame al 651-403-8363 lo antes posible para programar una cita de evaluación.
- Formulario de inscripción para las escuelas del área West St. Paul-Mendota Heights-Eagan**
- Encuesta de idiomas de Minnesota**
- Formulario de designación étnica y racial**
- Formulario de salud del estudiante**  
Ayuda a proporcionar a los profesionales de la salud de la escuela información para servir mejor a su hijo. Completar este formulario también nos alerta sobre los formularios suplementarios que posiblemente deba completar (por ejemplo, Plan de acción para el asma, Plan de acción para la alergia alimentaria).
- Registro de emergencia**  
Este formulario se mantiene archivado en la Oficina de Salud de la escuela y se utiliza para contactar a las personas apropiadas en caso de una emergencia.
- Formulario de inscripción en el autobús (residentes)**  
Todos los estudiantes que planean viajar en un autobús deben registrarse para el servicio. El transporte está disponible (sin cargo) para los estudiantes de primaria que viven a más de .75 millas de su escuela (los estudiantes que viven a .75 millas o menos de la caminata escolar o tienen la opción de viajar en un autobús a un costo). Los formularios se deben entregar a la Oficina de Transporte antes del 1 de agosto. Por favor, regístrese solo para el servicio cuando esté seguro de que su hijo viajará en un autobús. Para obtener más información, visite [www.isd197.org/services/transportation](http://www.isd197.org/services/transportation).
- Formulario de vacunación**  
Para ingresar al Kínder, la ley estatal requiere que cada niño presente una verificación de que ha sido vacunado. Se debe completar un registro de vacunación de los alumnos (o formulario notariado de exención de conciencia) que indique la fecha (mes, día, año) de cada vacunación y que esté archivado en la escuela antes del primer día de clases.

**Formulario de examen físico**

La oficina de salud de la escuela solicita un formulario de examen físico. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el profesional de atención médica de su escuela.

**Solicitud de beneficios educativos (no disponible hasta el 1 de agosto del 2020)**

Las comidas escolares gratuitas o de precio reducido están disponibles para las familias que cumplen con los requisitos específicos de ingresos. Se pide a todas las familias que completen el formulario y lo entreguen. Para solicitar comidas escolares gratuitas o de precio reducido, complete y envíe una Solicitud de Beneficios Educativos. Las solicitudes también se pueden completar en línea en [www.isd197.org/services/childnutrition](http://www.isd197.org/services/childnutrition).

## **FORMULARIOS SUPLEMENTARIOS (SI CORRESPONDE)**

**Tarifa por Formulario de servicio de autobús**

Los estudiantes que viven a .75 millas o menos de la escuela deben caminar o tienen la opción de tomar el bus, pero deberán hacer un pago. Los estudiantes pueden pagar por usar el bus el año completo o por una temporada. Los formularios se deben entregar a la Oficina de Transporte antes del 1 de agosto. Para obtener más información, visite [www.isd197.org/services/transportation](http://www.isd197.org/services/transportation).

**Formulario de Certificación de elegibilidad 506 del Título VI de los Indios americanos**

Si su estudiante tiene un padre o abuelo que es miembro de una tribu o grupo de Indios americanos reconocidos por el estado o por el gobierno federal, complete un Formulario 506 para asegurarse de que su hijo cuente para el financiamiento federal y esté incluido en Programación Indio Americana (Si lo desea).

**Verificación de la relación padre/guardián**

Solo los padres biológicos o adoptivos legales pueden inscribir a un estudiante. Si no es el padre biológico o adoptivo legal, se requerirá uno de los siguientes formularios o documentación. Proporcione también cualquier documento relacionado con las limitaciones de tutela o custodia, si corresponde.

- 1) Guardián legal - documentación de custodia
- 2) Foster - Formulario de información del hogar de acogida
- 3) Cuidado y tratamiento - Formulario de cuidado y tratamiento
- 4) Custodia de estado - Formulario de información del hogar de acogida
- 5) Otro - Formulario de liberación de los padres

**Plan de acción para el asma**

Estudiantes que requieren las adaptaciones especiales deben completar el formulario apropiado y hacer los arreglos necesarios con el profesional de atención médica de su escuela. Obtenga más información en [www.isd197.org/enroll](http://www.isd197.org/enroll).

**Plan de acción para la alergia alimentaria**

Los estudiantes que requieren adaptaciones especiales deben completar el formulario apropiado y hacer los arreglos necesarios con el profesional de atención médica de su escuela. Obtenga más información en [www.isd197.org/enroll](http://www.isd197.org/enroll).

**Declaración de dieta especial**

Los estudiantes que requieren adaptaciones especiales deben completar el formulario, hacer que lo firme el médico de su hijo y hacer los arreglos necesarios con el profesional de atención médica de su escuela. Obtenga más información en [www.isd197.org/enroll](http://www.isd197.org/enroll).

**Forma de Consentimiento para la administración de medicamentos en la escuela**

Los estudiantes que necesitan tomar medicamentos recetados o de venta libre en la escuela deben completar el formulario correspondiente, ser firmado por el médico de su hijo y hacer los arreglos necesarios con el personal de Servicios de Salud de su escuela. Obtenga más información en [www.isd197.org/enroll](http://www.isd197.org/enroll).

**Solicitud de opciones de inscripción a nivel estatal (no residentes/inscripciones abiertas)**

Las familias que no residen dentro de los límites del Distrito 197 pueden solicitar que sus hijos asistan a la escuela en el distrito. Además de completar esta solicitud, las familias deberán completar una solicitud de inscripción abierta en línea para la escuela de su elección.

**Formulario de registro de autobús (no residentes / inscripciones abiertas)**

En ciertas circunstancias, los estudiantes que no viven dentro de los límites del Distrito 197 pueden viajar en el autobús escolar hacia y desde la escuela. Para obtener más información, visite [www.isd197.org/services/transportation](http://www.isd197.org/services/transportation).

# Formulario de inscripción de estudiantes - Escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan (ISD #197)

**PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE**

Student ID: \_\_\_\_\_ Begin Enrollment Date: \_\_\_\_\_ Resident District: \_\_\_\_\_  
 School #: \_\_\_\_\_ Teacher/Counselor: \_\_\_\_\_ Previous Enrollment District: \_\_\_\_\_  
 Grade: \_\_\_\_\_ Walk or Bus #: \_\_\_\_\_ Home Language: \_\_\_\_\_  
 Address Verification:  Major Utility Bill  Lease Agreement  Birth Verification  Other

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO**

*Nombre legal completo requerido para la inscripción*

<b>Grado de inscripción:</b>	<b>APELLIDO(s) del estudiante (todos):</b>	<b>PRIMER nombre del estudiante:</b>	<b>SEGUNDO nombre del estudiante:</b>
<b>Apodo (opcional):</b>	<b>Fecha de nacimiento del estudiante:</b>	<b>Lugar de nacimiento (estado/país):</b>	<b>Género del estudiante:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
			<b>Escuelas 197 a las que asistió anteriormente</b> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (¿Que escuela? _____)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono principal/residencial: \_\_\_\_\_  
 Calle Apt #

Ciudad Código postal Condado Fecha en que el estudiante se mudó a esta dirección

¿Vive otra familia en esta dirección? No  Si  En caso afirmativo, indique el(los) apellido(s) de otra familia o familias: \_\_\_\_\_

Dirección de recogida/guardería (si no es su casa): \_\_\_\_\_

**A continuación, enumere todas las escuelas a las que ha asistido el estudiante (primero las escuelas más recientes)**

Nombre de Escuela	Ciudad y estado	Grados atendidos	Fechas en las que asistió

El estudiante vive con (marque todo lo que corresponda): Madre  Padre  Padrastro/Madrastras  Padre adoptivo  Otro  \_\_\_\_\_

¿Existen órdenes judiciales que se apliquen a la custodia del estudiante? No  Si  (En caso afirmativo, proporcione copias)

	Padre/tutor #1 (custodia/reside con el estudiante)	Padre/tutor #2 (custodia/reside con el estudiante)	Padre/tutor #3 (envío sin custodia/segundo correo)
Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)			
Genero (femenino/masculino)			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)			
Relación con el estudiante			
Dirección postal/ciudad /código postal			
Dirección de correo electrónico			
Número de teléfono celular/residencial			
Número de teléfono del trabajo			

**A continuación, enumere todos los niños que residen en el hogar (incluidos los que no asisten actualmente a la escuela)**

Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste	Grado	Género	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/tutor #1	Relación con el padre/tutor #2	Relación con el padre/tutor #3

¿Es este estudiante un joven militar conectado? Relación \_\_\_\_\_ SI  No

¿Se ha mudado en los últimos tres años para buscar trabajo como jornalero remunerado en algún tipo de agricultura o pesca? SI  No

¿Tiene este estudiante servicios de educación especial (un PEI)? SI  No

¿Tiene este estudiante un plan de adaptación 504? SI  No

¿Es la dirección actual del estudiante un arreglo de vivienda temporal? SI  No

¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? SI  No

¿Carece el estudiante de una residencia nocturna fija, regular y adecuada? SI  No

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# District 197

# Encuesta de inscripción

¡Bienvenido a las escuelas del área de West St. Paul-Mendota Heights-Eagan! Nos sentimos honrados de que nos haya elegido para apoyar la educación de sus niños. Queremos asegurarnos de que la transición de su niño a la escuela sea lo más fácil posible. Por favor, ayúdenos a conocer a su niño y los apoyos que necesita respondiendo lo mejor que pueda a las preguntas a continuación. ¡Gracias!

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el estudiante fue identificado por una escuela como “Dotado y Talentoso” y participó en un programa especial?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
¿Se ha saltado el estudiante un nivel de grado?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grado?
¿Se ha acelerado el grado en una clase/materia específica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, que clase?
¿Ha participado anteriormente este estudiante en un programa de Avance Vía Determinación Individual (AVID)?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grados?
¿Ha participado el estudiante alguna vez en un programa de Inglés como Segundo Idioma (ESL) o Aprendices de Inglés (EL)?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué grados?
¿En qué idioma prefiere la comunicación escrita de la escuela?			
¿Ha participado el estudiante en alguna prueba individual en la escuela para la cual tuvo que dar su permiso?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez el estudiante recibió ayuda o apoyo en la escuela de alguno de los siguientes?			Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Maestro de educación especial <input type="checkbox"/> Maestro del habla <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Maestro de educación física adaptativa (EFA) <input type="checkbox"/> Otra: _____

<p>¿Ha recibido este estudiante alguna otra ayuda académica especial para alguna materia?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, marque todos los apoyos y asignaturas que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Intervención o clase de apoyo durante el día escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela de verano</p> <p><input type="checkbox"/> Clases después del horario escolar</p> <p>Si es así, ¿en que áreas académicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Lectura</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura</p> <p><input type="checkbox"/> Matemáticas</p> <p><input type="checkbox"/> Ciencias</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>
<p>¿El estudiante ha recibido alguna vez apoyo o ayuda de un consejero escolar o trabajador social de la escuela relacionado con necesidades sociales o emocionales?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Alguna vez el estudiante recibió el apoyo de un consejero, terapeuta o psicólogo fuera de la escuela?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Hay alguna circunstancia familiar especial que el personal de la escuela deba conocer (por ejemplo, documentos judiciales relacionados con custodia, situaciones de vivienda, etc.)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Ha recibido el estudiante algún apoyo especial en la escuela por comportamiento?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, explique: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Ha tenido el estudiante problemas de disciplina (suspensión, expulsión)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, describa: _____</p> <p>_____</p>
<p>¿Tiene el estudiante un oficial de libertad condicional?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, provea la información de contacto: _____</p> <p>_____</p>

¿Hay alguna otra información que desee que el personal de la escuela sepa sobre el estudiante para que la transición sea lo más fácil posible?

# Distrito 197

## Cuestionario de detección en la primera infancia

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La evaluación de la primera infancia es un componente esencial del proceso de “preparación para kínder”. Los aspectos importantes de la detección son:

- La ley del estado de Minnesota exige la evaluación de la primera infancia para ingresar al kínder de las escuelas públicas. No hay ningún cargo por esta evaluación.
- La evaluación de la primera infancia es un control minucioso del crecimiento y desarrollo de su hijo.
- El distrito 197 proporciona exámenes de detección para los residentes del distrito. Las citas están disponibles en las fechas programadas durante todo el año escolar. Una prueba de detección es todo lo que se necesita antes de que su hijo comience la escuela.

Verifique las respuestas apropiadas:

- Mi hijo ya ha participado en la evaluación de la primera infancia. Esa evaluación se realizó en el Distrito 197. Por favor, proporcione la hoja que obtuvo de ese examen, si la tiene.
- Mi hijo fue examinado en otro distrito. Nombre del distrito o ciudad: \_\_\_\_\_  
Me pondré en contacto con ese distrito para obtener una copia de la información de la evaluación para llevarla a mi escuela.
- Mi hijo está recibiendo servicios de educación especial en el Distrito 197. La información de detección está disponible a través de ese programa.
- Mi hijo NO ha tenido exámenes de detección en la primera infancia. Llamaré a la oficina de evaluaciones para hacer una cita al 651-403-8363 o visitaré [www.isd197.org/schools/preschool](http://www.isd197.org/schools/preschool). (Nota: No hay cargos por esta evaluación).
- Obtendré la evaluación a través de la oficina de mi médico y traeré el resumen firmado a mi escuela. Si selecciona esta opción, tenga en cuenta todos los componentes obligatorios que deben ser evaluados por su médico:
  - Visión y audición
  - Desarrollo de habla y lenguaje
  - Coordinación muscular
  - Desarrollo general de habilidades
  - Evaluación de crecimiento
  - Revisión de las vacunas
  - Revisión de cualquier circunstancia familiar especial
  - Resumen de resultados de salud y desarrollo

**La ley del estado de Minnesota exige una evaluación de la primera infancia para el ingreso a la escuela pública de kínder.**

## Formulario de designación demográfica racial y étnica 2019-20

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Se requiere que las escuelas reporten el origen étnico y la raza al estado y al Departamento de Educación de los EE. UU. Debido a los cambios recientes en la ley del estado de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para representar aun más nuestras poblaciones estudiantiles. Los padres o tutores no están obligados a responder las preguntas federales (**en negrita**) de sus hijos. Si usted decide no responder a las preguntas federales (**en negrita**), la ley federal exige que las escuelas respondan por usted. Este es un último recurso: preferimos que los padres o tutores completen el formulario. Las preguntas estatales se etiquetan como "Opcional" y las escuelas no completarán esta información por usted. Negarse a responder no afectará la inscripción en la escuela.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje para todos, y nos ayuda a identificar y abogar con precisión por los estudiantes actualmente desatendidos. La información que recopila este formulario se considera información privada. Puede revisar el aviso de privacidad para obtener más información sobre el propósito de recopilar esta información, cómo se usará y no se usará, y cómo se identificaron los grupos detallados. El aviso de privacidad se puede encontrar en nuestras *Preguntas frecuentes*:

*Formulario de designación étnica y racial, <https://education.mn.gov/MDE/fam/count>*

**¿Es el estudiante hispano/latino según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza. <sup>1</sup>

**[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta.]**

**Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]

**No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

Pregunta opcional A Si respondió Sí en la parte superior, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

Declina indicar

Guatemalteco

Salvadoreño

Otro hispano/latino

Colombiano

Mexicano

De España/español/

Origen desconocido

Ecuatoriano

Puertorriqueño

español-americano

*Pase a la pregunta 1.*

**[Seleccione "sí" a al menos una de las preguntas (1-6) a continuación.]**

**Pregunta 1: ¿ Se identifica el estudiante como indio americano o nativo de Alaska según lo define el estado de Minnesota?** La definición del estado de Minnesota incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad. [Esta pregunta es necesaria para calcular la ayuda/financiación estatal.]

**Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.]

**No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (*el personal de la escuela no contestará esta pregunta*):

Declina indicar

Cherokee

Otra afiliación tribal india de América del Norte

Anishinaabe/Ojibwe

Dakota/Lakota

Origen desconocido

*Pase a la pregunta 2.*

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

<sup>1</sup>Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

**Pregunta 2. ¿Es el estudiante indio americano de Sur o Centro América?**

- Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3.)
- No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3.)

---

**Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam <sup>1</sup>

- Sí** (En caso afirmativo, pase a la pregunta 3a.)
- No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4.)

Pregunta opcional 3a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- |  |                                   |                                     |  |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Chino    | <input type="checkbox"/> Karen      | <input type="checkbox"/> Otro lugar asiático |
| <input type="checkbox"/> indio asiático  | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Origen desconocido  |
| <input type="checkbox"/> Birmano         | <input type="checkbox"/> Hmong    | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |

Pase a la pregunta 4.

---

**Pregunta 4. ¿Es el estudiante negro o afroamericano según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. <sup>1</sup>

- Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 4a.]
- No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5.]

Pregunta opcional 4a. Si respondió Sí, seleccione todas las que correspondan de la lista a continuación (el personal de la escuela no contestará esta pregunta):

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Declina indicar | <input type="checkbox"/> Etíope-otro | <input type="checkbox"/> Somalí             |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano   | <input type="checkbox"/> Liberiano   | <input type="checkbox"/> Otra raza negra    |
| <input type="checkbox"/> Etíope-Oromo    | <input type="checkbox"/> Nigeriano   | <input type="checkbox"/> Origen desconocido |

Pase a la pregunta 5.

---

**Pregunta 5. ¿Es el estudiante nativo de Hawái u otra isla del Pacífico según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. <sup>1</sup>

- Sí** (Pase a la pregunta 6.)
- No** (Pase a la pregunta 6.)

---

**Pregunta 6. ¿Es el estudiante blanco según lo define el gobierno federal?** La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África. <sup>1</sup>

- Sí**
- No**

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

El propósito de recopilar cada grupo, cómo se usará y no se usará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede encontrar en el documento de preguntas frecuentes adjunto.

<sup>1</sup>Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274



## Encuesta sobre el Idioma en Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 diferentes idiomas. La habilidad para hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que provee será usada por la escuela del distrito para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües podrían calificar para un Sello Multilingüe luego de una evaluación adicional. Adicionalmente, la información provista determinará si su estudiante debería tomar la prueba de proeficiencia de Inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso para la enseñanza es requerida por la ley estatal y federal. Como padre o representante, usted tiene el derecho de declinar la enseñanza del aprendiz de Inglés en cualquier momento.** Cada estudiante registrado debe ser provisto con la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota durante el proceso de inscripción. La información requerida en esta forma es importante para nosotros para poder mejor servir al estudiante. Su asistencia completando la Encuesta sobre el Idioma en Minnesota es altamente apreciada.

Información del Distrito	
Nombre Completo del Estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento o ID del Estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el/los idioma(s) aparte del Inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
2. Mi estudiante habla:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente en:	Otro(s) Idioma(s) que Inglés. Inglés e idioma(s) aparte de Inglés. Sólo Inglés.	

**El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como un estudiante de Inglés. Si se indica un idioma que no sea Inglés, su estudiante será evaluado en el dominio del idioma Inglés.**

Información de los Padres/Representante	
Nombre de los Padres/Representante (letra de imprenta):	
Firma de los Padres/Representantes:	Fecha:

\* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirá con el personal del distrito que necesite la información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y la elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntaria.

# Distrito 197

# Registro de emergencia

Para uso  
de la oficina

Identificación del  
estudiante:

Identificación  
de la familia:

Revise la información a continuación y realice los cambios necesarios. Gracias.

Marque aquí si esta información representa un cambio en el registro de emergencia del estudiante en archivo.

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Autobús AM: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Autobús PM: \_\_\_\_\_

Utilice el código de área e identifique los tipos de números de teléfono: W = trabajo, C = celular, B = buscapersonas  
N = noche

**Padre o tutor 1:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_ El niño vive con:   
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

**Padre o tutor 1:** \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_ El niño vive con:   
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Si están disponible, las traducciones de las comunicaciones para los padres se solicitan en: \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas (nombres, fechas de nacimiento, y escuelas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vacunas en el último año (tipo y mes / día / año): \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA (dos contactos que cuidarían al niño si no se puede contactar a un padre o tutor)

Contacto 1: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Contacto 2: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Proveedor de guardería \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dentista de la familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nuestro procedimiento será contactar a los padres en la casa o en el trabajo. Se le pedirá que recoja al niño y le brinde la atención adecuada. Si no podemos comunicarnos con usted, llamaremos al amigo, pariente o vecino que haya mencionado anteriormente y le pediremos que cuide a su hijo. En caso de emergencia extrema, se llamará a una ambulancia y su hijo será llevado al hospital más cercano. El costo de esto será cubierto por el padre.

Firma del padre o tutor 1: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor 2: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar 197

## Formulario de información de salud para estudiantes

Nombre del estudiante: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Padres / guardián: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabaja #: \_\_\_\_\_  
Padres / guardián: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabaja #: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hospital de elección: \_\_\_\_\_

Estimados padres: A continuación, describa los problemas de salud de su hijo en detalle. Es importante que mantenga informada a la escuela sobre CUALQUIER cambio en la salud o en la medicación que pueda afectar el desempeño de su hijo. Si su hijo necesita tomar medicamentos en la escuela, notifique a la enfermera de la escuela. Asegúrese de que la escuela tenga una copia del registro de vacunación más reciente de su hijo. Si su hijo tiene un plan de acción para el asma, un plan de acción para alergias / anafilácticas, un plan de acción para convulsiones o un plan de acción para la diabetes, asegúrese de que la oficina de salud tenga la copia más reciente del proveedor de atención médica.

No hay problemas de salud que yo sepa.

### Historial de salud actual

Responda marcando	No	Sí	
¿Su hijo tiene problemas de visión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Grafas
¿Su hijo tiene problemas de audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Audifono ( <input type="checkbox"/> Derecha / <input type="checkbox"/> Izquierda)
¿Tiene su hijo un PEI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene su hijo un 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Restricción dietética: _____
Alergia a insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lista de desencadenantes: _____
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno(s) digestivo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo dieta <input type="checkbox"/> Medicamentos orales <input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina <input type="checkbox"/> Bomba de insulina
Trastorno genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Dolores de cabeza / migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Restricción de actividad _____
Mental Health Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____ Fecha de la última convulsión: _____
Afección de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____

Programa de tratamiento: marque si su hijo ha estado en un programa de tratamiento para:  Salud mental  Uso de sustancias químicas

Si es así, ¿cuándo y dónde?: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo medicamentos de algún tipo?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita medicamentos mientras está en la escuela o en funciones después de la escuela?  No  Sí\*, explique \_\_\_\_\_

\*\* Los estudiantes que requieran medicamentos (recetados o sin receta) en la escuela DEBEN tener una orden por escrito de un profesional de atención médica con licencia y el consentimiento por escrito de los padres.

¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad o lesión grave?  No  Sí, explique \_\_\_\_\_

Cobertura: Marque si tiene cobertura:  Médico  Dental  Ninguna

La enfermera de la escuela puede compartir información médica con el personal de la escuela para garantizar un cuidado prudente. Si tiene inquietudes acerca de compartir esta información, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Distrito 197

# Inscripción para el transporte

La forma de inscripción vence el 1° de agosto del 2021

Todos los estudiantes de Kínder a 12° grado que tienen derecho y planean usar el sistema de transporte escolar **DEBEN** registrarse para este servicio **CADA AÑO**.

## EL TRANSPORTE ESCOLAR ESTÁ DISPONIBLE PARA:

- Grados K-4 que viven a más de 0.75 milla de la escuela
- Grados 5-8 que viven a más de 1 milla de la escuela
- Grados 9-12 que viven a más de 2 millas de la escuela

## PROCESO DE INSCRIPCIÓN:

- Los estudiantes no estarán en las listas para usar el transporte en el otoño a no ser que la oficina de transporte reciba una solicitud antes del 1° de agosto.
- Aquellas solicitudes que se reciban después del 1° de agosto será puestas en espera. Los estudiantes tal vez no tengan transporte las primeras dos semanas de clases o puede que sean transportados a casa en una van (para primaria) o se les pedirá utilizar el autobús de Actividades Académicas (para la intermedia y secundaria) hasta que se le asigne una ruta. Las solicitudes de transporte que se reciban después de las primeras dos semanas de clases serán procesadas dentro de 2-3 días hábiles.
- Por favor inscriban a su niño únicamente si está seguro de que él/ella usará el autobús escolar.
- Completen una forma por cada niño.
- Al completar las solicitudes para el transporte, ustedes están de acuerdo con cumplir con nuestras normas y procedimientos. Estas normas se encuentran en la página web del Distrito 197 bajo "District – School Board – Policy Manual".
- Todos los estudiantes (grados K-12) serán dejados en sus paradas estén o no sus padres/madres presentes.
- Envíen esta solicitud a la oficina de la escuela de su niño. Si la escuela está cerrada durante el verano, envíen por correo a: District Transportation, 1145 Medallion Drive, Mendota Heights, MN 55120. No envíen esta forma a la escuela de su niño por correo durante el verano.
- La oficina de transporte enviará las tarjetas con la información sobre los autobuses a finales de agosto. Si tienen preguntas sobre esta inscripción, por favor contate nuestras oficinas al teléfono 651-403-8324. Esta forma también puede completarse a través del sitio de Internet, [www.isd197.org/services/transportation/espanol/formas](http://www.isd197.org/services/transportation/espanol/formas).

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela en 2021-22: \_\_\_\_\_ Grado en 2021-22: \_\_\_\_\_  
Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Cuándo su niño usará el transporte? (Marque uno o ambos)  AM  PM  
¿Su niño tiene alguna necesidad de salud especial o preocupaciones? \_\_\_\_\_

Información sobre el cuidado infantil/guardería (Completar si es necesario. La parada del bus debe ser la misma los cinco días a la semana. La parada de la mañana y de la tarde puede ser diferente.)

Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la guardería: \_\_\_\_\_

Hacia la escuela: (solo escoja una):  Recoger en casa  Recoger en guardería  SAC

Desde la escuela:  Dejar en casa  Dejar en guardería  SAC

Introduzca los datos de cada una de las vacunas que su hijo/a haya recibido hasta la fecha. Especifique el mes, el día y el año de cada dosis (p. ej., 01/01/2020)

# Formulario de vacunaciones

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Vacunas requeridas para cuidados infantiles, programas para la primera infancia y la escuela.

Vacuna	0 - 6 meses	12 - 24 meses	En el jardín de infantes	En 7.º grado	En 12.º grado
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La ley de Minnesota obliga a que los niños matriculados en cuidados infantiles, programas para la primera infancia o la escuela estén vacunados contra ciertas enfermedades, excepto si el niño cuenta con una exención médica o no médica.

### Instrucciones para el padre, la madre o el guardián:

- Indique las fechas en orden cronológico, incluso si su hijo/a recibió alguna vacuna fuera de la categoría de edad o grado que aparece en el recuadro. Dependiendo de la edad de su hijo/a, es posible que no haya recibido todas las vacunas, por lo que algunos recuadros se dejarán en blanco.
  - Si tiene una copia del historial de vacunación de su hijo/a, puede incluir una copia del mismo en lugar de rellenar la parte delantera de este formulario.
  - Su clínica o doctor pueden proporcionarle una copia del historial de vacunación de su hijo/a. Si le falta o necesita información sobre el historial de vacunación de su hijo/a, hable con su doctor o llame a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) al 651-201-3980 o al 800-657-3970.
- Firme u obtenga las firmas necesarias para la parte trasera de este formulario.
  - Documente las exenciones médicas y no médicas en la sección 1.
  - Verifique el historial de varicela en la sección 2.
  - Proporcione consentimiento para compartir información sobre vacunaciones (opcional) en la sección 3.

**Instrucciones:** Rellene la sección 1 para documentar una exención médica o no médica, la sección 2 para comprobar el historial de varicela y la sección 3 para dar consentimiento para compartir información sobre vacunaciones.

Nombre \_\_\_\_\_

**1. Documente una exención médica o no médica (A y/o B).**

Marque con una X en el recuadro para indicar si se trata de una exención médica o no médica. Si existen exenciones para más de una vacuna, marque cada vacuna con una X.

Vacuna	Exención médica	Exención no médica
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

**A. Exención médica:** Con mi firma a continuación confirmo que este/a niño/a no debería recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe una confirmación de laboratorio conforme ya es inmune.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*)

**2. Historial de varicela.** Este/a niño/a tuvo la varicela durante el mes y año \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que confirmo que este/a niño/a no necesita de la vacuna contra la varicela porque:

- Soy un profesional médico y a este/a niño/a le fue previamente diagnosticada la varicela, o bien el padre o la madre proporcionaron una descripción que indica que su hijo/a tuvo la varicela en el pasado.
- Soy el padre, la madre o el guardián y este/a niño/a tuvo la varicela antes o en fecha del 1 de septiembre de 2010.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*, representante de clínica pública o padre/madre/guardián). El padre o la madre pueden firmar si la varicela tuvo lugar antes de septiembre de 2010.

\*La definición de profesional médico se aplica a médicos con licencia, practicantes de enfermería o ayudantes de médicos.

**B. Exención no médica:** No es obligatorio vacunar a un menor si esto va en contra de las creencias de su padre, madre o guardián. No obstante, elegir no vacunar puede poner en riesgo la salud o la vida de su hijo/a o de otras personas con las que entre en contacto. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad que pueda prevenirse mediante vacunación pueden ser obligados a permanecer fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades con el fin de protegerles tanto a ellos mismos como a otros.

Con mi firma confirmo que este/a niño/a no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla a causa de mis creencias. Soy consciente de que es posible que se obligue a mi hijo/a a quedarse fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades en caso de estar expuesto/a.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del padre, madre o guardián en presencia del notario)

**Las exenciones no médicas deben ser firmadas y selladas por un notario:**

Este documento fue firmado en mi presencia el \_\_\_\_\_ (fecha)

por \_\_\_\_\_  
(nombre del padre, madre o guardián)

Firma del notario: \_\_\_\_\_

Sello del notario



ESTADO DE MINNESOTA, CONDADO DE \_\_\_\_\_

**3. Consentimiento para compartir información sobre vacunaciones:** Esta escuela solicita su permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo/a con el sistema de información de vacunaciones de Minnesota. Dar su permiso:

- Proporcionará un acceso más fácil para que tanto usted como su escuela verifiquen los registros de vacunación (p. ej., al inicio del curso escolar cada año).
- Ayudará a su escuela a proteger a los estudiantes al saber quiénes pueden ser vulnerables a enfermedades de acuerdo con sus registros de vacunación. Esto puede ser muy importante durante el brote de una enfermedad.

Según la ley de Minnesota, toda la información que proporcione es privada y únicamente podrá compartirse con los que estén autorizados a recibirla. Firmar esta sección del formulario es opcional. Si elige no firmar, esto no afectará a los servicios médicos o educativos que su hijo/a reciba.

Estoy de acuerdo en permitir que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de vacunación de mi hijo/a con sistema de información de vacunaciones de Minnesota:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(de padre/madre/guardián)