



¡Bienvenido!

Estamos muy complacidos de que su hijo asista al Distrito Escolar de Mead.

Por favor, asegúrese de que todos los siguientes documentos de inscripción sean completados en su totalidad y devueltos a la escuela de su hijo.

Los formularios de inscripción para el próximo año escolar se aceptarán a partir del 1° de marzo.



- ✓ Formulario de inscripción (2 páginas)
- ✓ Encuesta sobre la lengua materna
- ✓ Formulario federal de etnicidad
- ✓ Verificación de residencia (2 piezas)
 - Estado de cuenta de la hipoteca o contrato de arrendamiento
 - Factura actual de servicios públicos
- ✓ Guía de recursos electrónicos para estudiantes
- ✓ Formulario de información de salud y tratamiento de emergencia
- ✓ Cartilla de vacunación del Estado de Washington
- ✓ Expediente académico no oficial (para los estudiantes de secundaria) y puntuaciones de la evaluación estatal de las escuelas anteriores
- ✓ Documentación para acreditar la edad (sólo para los inscritos en el jardín de infancia)

Por favor, venga preparado con el nombre y la dirección de la escuela anterior de su hijo. Lo necesitará para la Solicitud de Transferencia de Registros Educativos que firmará en la nueva escuela.

Para más información, visite www.mead354.org y consulte el enlace de la escuela de su vecindario.



Formulario de inscripción

Sólo para uso de la oficina

Fecha de registro: _____

Maestro: _____

Escuela: _____

Número del estudiante: _____

Nombre **legal** del niño : _____
(En letra de molde) Apellido Nombre Inicial 2do. nombre

Nombre preferido (opcional): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: M F X GRADO _____ No. cel estudiante _____

¿Describe alguna de las siguientes situaciones su situación de vivienda actual? NO SÍ (En caso afirmativo, marque lo que corresponda y complete la "Información de inscripción para estudiantes que viven en transición")

- Compartiendo: viviendo con otra familia debido a la pérdida de vivienda, trabajo o ingresos
- Actualmente viviendo en un refugio o vivienda de transición
- Actualmente viviendo en un hotel/motel debido a la pérdida de la vivienda
- Actualmente viviendo en un campamento, vehículo de recreo, automóvil u otra situación que se considere inadecuada.

¿Asistió o fue atendido por las escuelas de Mead con anterioridad? SÍ NO Si sí, ¿en qué escuela? _____ Año _____

Última escuela a la que asistió _____ Ciudad/Estado/Código postal _____ Año escolar _____

INFORMACIÓN SOBRE LA CASA /CONTACTO

Dirección de la casa _____

Dirección postal de la casa 1 _____

Dirección de la casa 2: _____

Dirección postal de la casa 2 _____

CONTACTO 1 _____ Vive en la Casa 1 Casa 2

Teléfono primario _____ Tipo de teléfono _____ 2do. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____

3er. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____ Correo electrónico preferido _____

Relación con el estudiante _____ Tiene la custodia Vive con usted Puede recogerlo Contacto de emergencia

CONTACTO 2 _____ Vive en la Casa 1 Casa 2

Teléfono primario _____ Tipo de teléfono _____ 2do. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____

3er. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____ Correo electrónico preferido _____

Relación con el estudiante _____ Tiene la custodia Vive con usted Puede recogerlo Contacto de emergencia

CONTACTO 3 _____ Vive en la Casa 1 Casa 2

Teléfono primario _____ Tipo de teléfono _____ 2do. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____

3er. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____ Correo electrónico preferido _____

Relación con el estudiante _____ Tiene la custodia Vive con usted Puede recogerlo Contacto de emergencia

CONTACTO 4 _____ Vive en la Casa 1 Casa 2

Teléfono primario _____ Tipo de teléfono _____ 2do. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____

3er. Teléfono _____ Tipo de teléfono _____ Correo electrónico preferido _____

Relación con el estudiante _____ Tiene la custodia Vive con usted Puede recogerlo Contacto de emergencia

Es cualquier padre/tutor: ¿Militar en servicio activo? SÍ NO ¿Guardia Nacional? SI NO ¿Reserva militar? SÍ NO

¿Existe un PLAN DE CUSTODIA CONJUNTA O DE PATERNIDAD en vigor? SÍ NO (Si sí, el plan debe estar archivado en la escuela para su aplicación)

¿Hay una ORDEN DE RESTRICCIÓN en vigor? SÍ NO (Si sí, los documentos legales deben estar archivados en la escuela para su aplicación.)

¿Está el estudiante bajo cuidado de crianza? SÍ NO

¿Su hijo ha calificado alguna vez en una de las siguientes áreas? _____ Educ especial _____ 504 ¿Suspensiones o expulsiones? SÍ NO

Su hijo ha participado alguna vez en: TÍTULO LAP DOTADO ESL OTRO _____

Información adicional (continuación)

NOMBRE	APELLIDO	ESCUELA	GRADO

Indique su disposición a recibir notificaciones generales por teléfono sobre actividades y eventos (recaudación de fondos, conciertos, ASB (Grupo de Estudiantes Asociados) y otras funciones estudiantiles, medidas del Consejo Escolar, noche de padres, reuniones, etc.) seleccionando una de las siguientes opciones y firmando.

Sí NO Firma de los padres/tutores _____

Contactos de emergencia/Autorizaciones

Autorización de emergencia médica

¿Sufre su hijo de alguna **REACCIÓN ALÉRGICA O CONDICIÓN MÉDICA QUE PONGA EN PELIGRO SU VIDA**? Sí NO En caso afirmativo, descríbala:

Marque aquí si alguna de las condiciones de salud de su hijo puede **poner en peligro su vida**. Si es así, la ley del Estado requiere que las órdenes de medicación/tratamiento y el plan de cuidados de enfermería estén establecidos antes de que el estudiante asista a la escuela (RCW 28A.210).

Si es necesario que su hijo tome la medicación en la escuela, debe proporcionarle a esta las instrucciones por escrito del médico y su permiso por escrito. Los medicamentos en la escuela deben mantenerse en su envase original. No se administrará ningún tipo de medicamento (con o sin receta) en la escuela a menos que se cumplan las condiciones anteriores.

Yo **no** autorizo el tratamiento de emergencia de este niño por parte del personal de cualquier sala de emergencias del hospital: _____
Por favor, ponga sus iniciales

En caso de enfermedad/lesión u otra emergencia, **cuando el hogar no puede ser contactado**, autorizo al Distrito Escolar a llamar a uno de los siguientes:

Contacto de emergencia

TELÉFONO () _____ TELÉFONO ALT. () _____ Relación _____

Contacto de emergencia

TELÉFONO () _____ TELÉFONO ALT. () _____ Relación _____

En caso de emergencia, autorizo al Distrito Escolar de Mead a entregar a mi hijo a la(s) persona(s) mencionada(s) ___ Sí ___ No

Aviso: Sólo los estudiantes que residen físicamente dentro de los límites del Distrito Escolar de Mead y los estudiantes no residentes que han obtenido una autorización de sus distritos de residencia y han sido aceptados oficialmente por el Distrito Escolar de Mead pueden asistir legalmente a la escuela dentro del Distrito Escolar de Mead. Reconociendo este requisito legal, por la presente verifico que el estudiante arriba nombrado reside físicamente dentro de los límites del Distrito Escolar de Mead o ha obtenido una autorización de su distrito de residencia y ha sido aceptado oficialmente por el Distrito Escolar de Mead.

Certifico que la información anterior es verdadera y reconozco que cualquier falsificación u omisión de información podría resultar en la modificación de la localización escuela o del programa de este estudiante, incluyendo el envío del estudiante a su distrito de residencia.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____



Información sobre la inscripción para estudiantes que viven en una situación de transición

Nombre del estudiante _____ Edad _____ Grado _____ Fecha nacimiento _____ Escuela _____

¿Dónde pasa la noche el estudiante?

- Refugio
- Moteles y hoteles
- Automóvil
- Joven no acompañado
- Campamento
- Se ha juntado temporalmente con otra familia debido a la pérdida de vivienda/ingresos
- Otro lugar que no es apropiado para las personas (por ejemplo, un edificio abandonado)
- Otros _____

Dirección temporal actual:

Calle/No. apt. _____ Ciudad/Estado/Cód. postal _____

El mejor número de teléfono : _____

Persona de contacto en el albergue/agencia u otro (si procede): _____

Número de teléfono de otra persona de contacto: _____

¿Adónde quiere que le enviemos su correo?

Calle/Apartado de correos/Ciudad/Estado/Código postal _____

- El niño ha estado asistiendo a la escuela _____ del Distrito Escolar Mead #354.
- El niño ha estado asistiendo a la escuela _____ del distrito escolar _____.
- Me gustaría que mi hijo permaneciera en su actual colegio. (Se proporcionará transporte si es necesario, de acuerdo con las normas del servicio de transporte).
- Quisiera que mi hijo fuera reasignado a la nueva escuela del vecindario. Escuela _____.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta, y entiendo que la falsificación de cualquier información puede ser causa de revocación de la asignación escolar del estudiante. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela de mi hijo si mi dirección, número de teléfono o situación de vivienda cambiase. He recibido información de las Escuelas Públicas de Mead sobre los derechos de mi hijo como estudiante sin hogar.

Firma del padre/tutor/joven no acompañado

Nombre impreso

Fecha

Cc: Kelly Schultz, Registradora de Edificios

El objetivo de la "Encuesta sobre la lengua hablada en casa"

La "Encuesta sobre la lengua hablada en casa" se le hace a todos los alumnos que se inscriben en las escuelas de Washington. La siguiente información debería ayudar a responder algunas de las preguntas que pueda tener sobre este formulario.

¿Cuál es el objetivo de la "Encuesta sobre la lengua hablada en casa"?

El objetivo principal de la "Encuesta sobre la lengua hablada en casa" es ayudar a identificar a los alumnos que califican para recibir apoyo para ayudarles a desarrollar las habilidades lingüísticas en inglés necesarias para tener éxito en el aula y que pudieran calificar para recibir otros servicios. Es importante que esta información se registre correctamente ya que puede afectar a la elegibilidad de los alumnos para los servicios que necesitan para tener éxito en la escuela. Pudiera ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan o no apoyos lingüísticos y académicos adicionales. No

El alumno será colocado en un programa de desarrollo del idioma inglés con base únicamente en las respuestas a este formulario.

¿Por qué se pregunta por la lengua materna del alumno y por la(s) lengua(s) utilizada(s) en casa?

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

- si su alumno puede recibir ayuda para aprender el inglés, y
- si el personal de la escuela debe estar al tanto de otras lenguas que utiliza el alumno en casa.

La lengua que su hijo aprendió por primera vez puede ser diferente de la que utiliza ahora para comunicarse en casa. Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán a la escuela a proporcionar una instrucción adecuada a las necesidades individuales del alumno, así como a ayudar con las necesidades de comunicación que puedan surgir. Los alumnos que aprendieron por primera vez un idioma distinto del inglés pueden tener derecho a ayudas adicionales. Incluso los alumnos que hablan bien el inglés pueden necesitar apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela.

¿Por qué se pregunta dónde nació el alumno?

Esta información ayuda al distrito escolar y al estado a determinar si el alumno cumple la definición de inmigrante a efectos de la financiación federal. Esto aplica incluso cuando los padres del alumno son ambos ciudadanos estadounidenses , pero el alumno ha nacido fuera de los Estados Unidos. Este formulario no se utiliza para identificar a los alumnos que puedan estar indocumentados.

¿Por qué se pregunta por la formación previa de mi alumno?

La información sobre la educación de un alumno ayudará a garantizar que se tenga en cuenta la educación del alumno, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos, en cualquier recomendación que se haga para la participación en programas y servicios del distrito. Los antecedentes educativos del alumno también son una información importante para ayudar a determinar si el alumno está haciendo un progreso adecuado para alcanzar los estándares estatales en función de sus antecedentes educativos.

Gracias por proporcionar la información necesaria en la "Encuesta sobre la lengua hablada en casa". Póngase en contacto con su distrito escolar si tuviese más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo.

Nombre Escuela _____

Formulario de autoidentificación de raza/etnia

A partir del año escolar 2018-19, todas las escuelas K-12 en el Estado de Washington están obligadas a recopilar datos desglosados sobre la raza y el origen étnico de los estudiantes, utilizando la base de datos de los Estados Unidos. "Directrices para la presentación de informes sobre raza y etnia" del Departamento de Educación de 2007, con modificaciones que incluyen muchas categorías adicionales.

Por favor, seleccione todas las etnias y razas que correspondan o que desee identificar (2 páginas anverso y reverso). **Por favor, tenga en cuenta que si usted se niega a identificar un origen étnico y al menos una raza, el personal de su escuela tendrá que utilizar la observación para identificarlos para su estudiante.

HISPANO O LATINO (puede marcar las categorías y utilizar la opción de escribir)

<input type="checkbox"/> Argentino <input type="checkbox"/> Boliviano <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Chicano (mexicano americano) <input type="checkbox"/> Chileno <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Costarricense <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Ecuatoriano <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Guyanés <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Jaiquirino	<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Nativo Agregar: _____ <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> Panameño <input type="checkbox"/> Paraguayo <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Surinamés <input type="checkbox"/> Uruguayo <input type="checkbox"/> Venezolano Agregar: _____
--	--

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE (puede marcar las categorías y utilizar la opción de agregar)

<input type="checkbox"/> Argelino <input type="checkbox"/> Amazigh o bereber <input type="checkbox"/> Árabe o de la lengua árabe <input type="checkbox"/> Asirio <input type="checkbox"/> Bareini <input type="checkbox"/> Beduino <input type="checkbox"/> Caldeano <input type="checkbox"/> Copta <input type="checkbox"/> Druzo <input type="checkbox"/> Egipcio <input type="checkbox"/> Emirati <input type="checkbox"/> Iranés	<input type="checkbox"/> Iraquí <input type="checkbox"/> Israelita <input type="checkbox"/> Jordano <input type="checkbox"/> Kurdo <input type="checkbox"/> Kuwaití <input type="checkbox"/> Libanés <input type="checkbox"/> Libio <input type="checkbox"/> Marroquí <input type="checkbox"/> Omaní <input type="checkbox"/> Palestino <input type="checkbox"/> Qatarí	<input type="checkbox"/> Árabe saudí <input type="checkbox"/> Sirio <input type="checkbox"/> Tunecino <input type="checkbox"/> Yemení Agregar para el Oriente Medio: _____ Agregar para el África del Norte: _____
---	---	---

Formulario de autoidentificación de raza/etnia

ASIÁTICO (puede marcar las categorías y

<input type="checkbox"/> Indio asiática	<input type="checkbox"/> Malayo
<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Mieno
<input type="checkbox"/> Butanese	<input type="checkbox"/> Mongol
<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Nepalí
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Okinawo
<input type="checkbox"/> Chamés	<input type="checkbox"/> Pakistani
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Punjabí
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Singapurense
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Ceilanés
<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Taiwanés
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Tibetano
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
Agregar:	
<hr/>	

ISLA DEL PACÍFICO (pueden marcarse las categorías y agregar)

<input type="checkbox"/> Caroliniano	<input type="checkbox"/> Papuano
<input type="checkbox"/> Chamorro	<input type="checkbox"/> Pohnpeiano
<input type="checkbox"/> Chuukese	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Fiyi	<input type="checkbox"/> Isleño de Salomón
<input type="checkbox"/> i-Kiribati / Gilbertés	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Kosraeano	<input type="checkbox"/> Tokelauano
<input type="checkbox"/> Maorí	<input type="checkbox"/> Tongano
<input type="checkbox"/> Mariscalo	<input type="checkbox"/> Tuvaluano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Yapese
<input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu	
<input type="checkbox"/> Palauano	
Agregar:	
<hr/>	

NEGRO (puede marcar las categorías y agregar)

- Afroamericano
- Afrocanadiense

Caribeño

<input type="checkbox"/> Anguilense	<input type="checkbox"/> Cubanodominicano	<input type="checkbox"/> Jamaiquino
<input type="checkbox"/> Antiguanos	<input type="checkbox"/> Dominicano (República Dominicana)	<input type="checkbox"/> Martiniqués/montserratino
<input type="checkbox"/> Bahameño	<input type="checkbox"/> Antillano holandés (Antillas Neerlandesas)	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Barbadosense	<input type="checkbox"/> Granadino	
<input type="checkbox"/> Sanbartolomeano (San Bartolomé)	<input type="checkbox"/> Guadalupeño	
<input type="checkbox"/> Isleño de las Vírgenes Británicas	<input type="checkbox"/> Haitiano	
<input type="checkbox"/> Caimanés (Islas Caimán)		
Agregar:		
<hr/>		

Centroafricana

<input type="checkbox"/> Angoleño	<input type="checkbox"/> Congolés (República del Congo)	<input type="checkbox"/> Gabonés
<input type="checkbox"/> Camerunés	<input type="checkbox"/> Congolés (República Democrática del Congo)	<input type="checkbox"/> Santotomense
<input type="checkbox"/> Centroafricano (República Centroafricana)	<input type="checkbox"/> Ecuatoguineano	<input type="checkbox"/> Príncipe
<input type="checkbox"/> Chadiano		
Agregar:		
<hr/>		

Formulario de autoidentificación de raza/etnia

África Oriental

<input type="checkbox"/> Burundés <input type="checkbox"/> Comorense <input type="checkbox"/> Yibutiano <input type="checkbox"/> Eritreo <input type="checkbox"/> Etiópe <input type="checkbox"/> Keniano <input type="checkbox"/> Malgache (Madagascar)	<input type="checkbox"/> Mauriciano (Mauricio) <input type="checkbox"/> Mayotés (Mayotte) <input type="checkbox"/> Mozambiqueño <input type="checkbox"/> Reunionés <input type="checkbox"/> Ruandés <input type="checkbox"/> Seychellense <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Sursudanés	<input type="checkbox"/> Sudanés <input type="checkbox"/> Ugandés <input type="checkbox"/> Tanzano (República Unida de Tanzania) <input type="checkbox"/> Zambiano <input type="checkbox"/> Zimbabuense Agregar: <hr style="border: 1px solid black;"/>
--	--	---

Latinoamericano

<input type="checkbox"/> Argentino <input type="checkbox"/> Boliviano <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Chileno <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Ecuatoriano <input type="checkbox"/> Isleño de las Malvinas <input type="checkbox"/> Guayanés francés	<input type="checkbox"/> Guyanés <input type="checkbox"/> Paraguayo <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Islas del Georgia del y de Sándwich del Sur <input type="checkbox"/> Surinamés <input type="checkbox"/> Uruguayo <input type="checkbox"/> Venezolano	<input type="checkbox"/> Beliceño <input type="checkbox"/> Costarricense <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Nicaragüense <input type="checkbox"/> Panameño Agregar: <hr style="border: 1px solid black;"/>
---	--	---

Sudafricano

<input type="checkbox"/> Botsuano <input type="checkbox"/> Mosotense (Lesotense) <input type="checkbox"/> Namibio	<input type="checkbox"/> Sudafricano <input type="checkbox"/> Suazi Agregar: <hr style="border: 1px solid black;"/>
---	--

África Occidental

<input type="checkbox"/> Beninense <input type="checkbox"/> Bisauguineano <input type="checkbox"/> Burkinés (Burkina Faso) <input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Marfileño (Costa de Marfil) <input type="checkbox"/> Gambiano	<input type="checkbox"/> Ghanés <input type="checkbox"/> Liberiano <input type="checkbox"/> Malí <input type="checkbox"/> Mauritano <input type="checkbox"/> Nigerino (Níger) <input type="checkbox"/> Nigeriano (Nigeria)	<input type="checkbox"/> Santaheleno <input type="checkbox"/> Senegalés <input type="checkbox"/> Sierraleonés <input type="checkbox"/> Togolés Agregar: <hr style="border: 1px solid black;"/>
--	---	---

Agregar: _____

Formulario de autoidentificación de raza/etnia

La categoría de raza y etnia de los indios americanos/nativos de Alaska (AIAN) se desglosa en dos subgrupos: Tribus reconocidas a nivel federal y tribus no reconocidas a nivel federal. El Grupo de Trabajo desea respetar la soberanía única y los derechos de los tratados de las tribus. Además de la relación con el gobierno federal de EE.UU. establecida a través de nueve tratados, el Acuerdo del Centenario proporciona un marco para la relación de gobierno a gobierno entre el estado de Washington y cada una de las veintinueve tribus soberanas reconocidas a nivel federal. Los estudiantes pertenecientes a tribus de afuera de Washington pueden seleccionar su raza y etnia en la encuesta marcando una casilla y agregando su tribu.

INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA (puede marcar las categorías y usar la opción de agregar)

<input type="checkbox"/> Tribu Chinook	<input type="checkbox"/> Tribu India Nisqually	<input type="checkbox"/> Tribu Spokane de la Reserva Spokane
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis	<input type="checkbox"/> Tribu India Nooksack de Washington	<input type="checkbox"/> Tribu de la Isla Squaxin de la Reserva de la Isla Squaxin
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de la Reserva Colville	<input type="checkbox"/> Tribu Port Gamble S'Klallam	<input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom
<input type="checkbox"/> Tribus y Bandas Confederadas de la Nación Yakama	<input type="checkbox"/> Tribu Puyallup de la Reserva Puyallup	<input type="checkbox"/> Tribu de los Indios Stillaguamish de Washington
<input type="checkbox"/> Tribu India Cowlitz	<input type="checkbox"/> Tribu Quileute de la Reserva Quileute	<input type="checkbox"/> Tribu India Suquamish de la reserva de Port Madison
<input type="checkbox"/> Tribu Duwamish	<input type="checkbox"/> Nación India Quinault	<input type="checkbox"/> Comunidad Tribal de los Indios Swinomish
<input type="checkbox"/> Tribu India Hoh	<input type="checkbox"/> Nación India Samish	<input type="checkbox"/> Tribus Tulalip de Washington
<input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam	<input type="checkbox"/> Tribu India Sauk-Suiattle de Washington	<input type="checkbox"/> Tribu India Upper Skagit de Washington
<input type="checkbox"/> Comunidad India Kalispel de la Reserva Kalispel	<input type="checkbox"/> Tribu India de la reserva India de Shoalwater Bay	
<input type="checkbox"/> Nación India Kikiallus	<input type="checkbox"/> Tribu India Skokomish	
<input type="checkbox"/> Comunidad Tribal de Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Tribu India Skokomish	
<input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la Reserva Lummi	<input type="checkbox"/> Tribu Snohomish	
<input type="checkbox"/> Tribu India Makah de la Reserva India Makah	<input type="checkbox"/> Tribu India Snoqualmie	
<input type="checkbox"/> Banda Marietta de la Tribu Nooksack	<input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmoo	
<input type="checkbox"/> Tribu India Muckleshoot		

Nativo de Alaska
Agregar: _____

Indígena Americano
Agregar: _____

BLANCO (puede marcar las categorías y utilizar la opción de agregar)

Europea del Este

<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Ucraniano
<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Bosnio
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Herzegovino
Agregar: _____	

Agregar: _____



NOTIFICACIÓN AL TUTOR RECURSOS ELECTRÓNICOS UTILIZADOS POR NUESTROS ESTUDIANTES

Como padre o tutor del niño nombrado a continuación, he leído y comprendido la [Política 2022](#) y el [Procedimiento 2022](#) sobre los Recursos Electrónicos del Distrito Escolar de Mead (<https://tinyurl.com/MSD-Board-Policies>). Reconozco que el Distrito proporcionará a todos los estudiantes acceso a la Internet, a los servicios de la red informática, incluyendo una cuenta de correo electrónico, y a las plataformas de aprendizaje en línea, según sea necesario para las clases en las que estén inscritos.

Mead suministra a estas plataformas una información mínima que cumple con la COPPA. Para más información, visite estos sitios: https://edu.google.com/k-12-solutions/privacy-security/?modal_active=none y <https://www.ftc.gov/search/site/coppa>.

La mayoría de las plataformas que utilizamos son compatibles con el Compromiso de Privacidad de los Estudiantes (<http://studentprivacypledge.org/>).

El acceso de un estudiante a los recursos electrónicos puede ser restringido si él o ella no cumple con la Política y Procedimiento 2022 del Distrito Escolar de Mead y los Recursos Electrónicos.

Entiendo y estoy de acuerdo en que mi hijo/a cumplirá con la Política y el Procedimiento 2022 del Distrito Escolar de Mead sobre Recursos Electrónicos. He conversado con mi hijo acerca de las normas y el reglamento y él/ella las respetará.

Exención de responsabilidad

El Distrito Escolar de Mead no ofrece garantías de ningún tipo, ni expresas ni implícitas, respecto a los recursos electrónicos que proporciona. El uso de cualquier información obtenida a través de la red es bajo su propio riesgo. El Distrito Escolar de Mead niega específicamente cualquier responsabilidad por la calidad de la información obtenida a través de sus sistemas electrónicos. Los usuarios deben ser conscientes de que hay servicios disponibles en la red que pueden resultar ofensivos para determinados grupos de usuarios. Los administradores de los recursos electrónicos de Mead no pueden eliminar el acceso a todos esos servicios.

El Distrito no garantiza que la red esté libre de errores o que los servicios no se interrumpan ocasionalmente. El Distrito no será responsable de ningún daño directo o indirecto, incidental o consecuente, costos, gastos u honorarios que se puedan sufrir o incurrir debido a la información obtenida, los datos perdidos o la incapacidad de utilizar la red.

Exclusión de la imagen de los estudiantes

Si desea que se excluya la imagen de su hijo/a de publicaciones como anuarios, directorios de estudiantes, boletines o plataformas web, envíe una carta al director de su edificio, a más tardar el primer lunes de octubre o en un plazo de 10 días a partir de la fecha de inscripción, en la cual se indique el nombre de su hijo y se especifiquen las publicaciones de las que prefiere excluirlo.

Revisado en enero de 2021

Mensajes de texto

El Distrito Escolar de Mead contrata a SchoolMessenger, un líder de la industria, para proporcionar las herramientas de comunicación que utilizamos para hacerle llegar información importante. **Los mensajes de texto SMS** (o mensajería de "Servicio de Mensajes Cortos"), mejoran nuestros medios de comunicación actuales (correo electrónico y llamadas telefónicas) al permitirnos enviar mensajes rápidos y breves directamente a su teléfono. En la actualidad, el distrito tiene previsto utilizar este servicio únicamente para proporcionar alertas e información de emergencia.

Para participar en este servicio gratuito*, debe indicarnos que está dispuesto a recibir mensajes de texto en su teléfono. El proceso es sencillo y solo se tarda unos segundos en completarlo.

Deberá repetir el proceso de inclusión para cualquier número de teléfono móvil que desee incluir.

Simplemente envíe un mensaje de texto con cualquiera de los siguientes datos al número **67587: *Subscribe, Optin, Yes o Y.***

Sabrás que ha tenido éxito si recibe el siguiente mensaje de respuesta:

"You are registered to receive aprox 3 msgs/mo. Txt STOP to quit, HELP for help." [Está registrado para recibir aproximadamente 3 mensajes/mes. Envíe STOP para dejar el servicio, HELP para solicitar ayuda.]



También puede optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento, simplemente respondiendo a uno de nuestros mensajes con la palabra **"Stop"**.

Sírvase tener en cuenta: Además de realizar el proceso de inclusión anterior, debe asegurarse de que el distrito tenga su(s) número(s) de teléfono móvil en nuestra base de datos de información de los estudiantes. Si aún no ha proporcionado dicha información a su centro educativo, póngase en contacto con ellos y hágalo.

El distrito lanzará oficialmente el nuevo servicio a finales de marzo de 2018, por lo que hasta entonces no recibirá ningún mensaje de texto.

SchoolMessenger acata el Compromiso de Privacidad del Estudiante™, por lo que puede estar seguro de que su información está segura y nunca será entregada o vendida a nadie.

¡Opte por incluirse desde su teléfono móvil ahora mismo!



Solo tiene que enviar "Y" o "Yes" al 67587

[Información sobre los mensajes de texto SMS y los códigos cortos:](#)

SMS significa Servicio de Mensajes Cortos y se conoce comúnmente como "mensaje de texto." La mayoría de los teléfonos móviles admiten este tipo de mensajes de texto. SchoolMessenger utiliza el verdadero protocolo SMS desarrollado por la industria de las telecomunicaciones específicamente para la mensajería de texto masiva, conocida como mensajes de texto de "código corto". Este método es rápido, seguro y muy fiable dado que está estrictamente regulado por las compañías de telefonía móvil y sólo permite el acceso a proveedores autorizados. Si alguna vez ha enviado un voto de texto para un programa de televisión a un número como el 46999, entonces ya ha utilizado la mensajería de texto de código corto.

*Términos y condiciones - La frecuencia de los mensajes varía. Es posible que se apliquen las tarifas estándar para mensajes y datos - consulte a su operador. Los operadores de telefonía móvil no son responsables de los mensajes retrasados o no entregados. Vaya a schoolmessenger.com/bd para más información.

Distrito Escolar de Mead

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y EL TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA

Nombre del niño _____ Nombre legal _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre de pila Inicial 2do. nombre (Si es diferente)

Dirección _____ Código postal _____ Teléfono _____ Grado _____ Maestro _____

Vive con: (Circule uno) Ambos padres Sólo la madre Sólo el padre Por su cuenta Tutor legalOtro _____

Nombre del padre/madre/tutor _____ Mejor teléfono _____ Correo electrónico _____
(Marque uno)

Nombre del padre/madre/tutor _____ Mejor teléfono _____ Correo electrónico _____
(Marque uno)

MARQUE CON UN CÍRCULO CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA

El código RCW 28A.210 requiere que los estudiantes con condiciones médicas que pongan en peligro su vida deben contar con órdenes del médico y un plan de atención de enfermería antes de asistir a la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal del distrito escolar que tenga la "necesidad de saber", con el fin de proporcionar un entorno sano y seguro.

NINGÚN PROBLEMA DE SALUD CONOCIDO <input type="checkbox"/>	¿Historial de Covid? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No. Fecha de la enfermedad _____
PROBLEMA CARDÍACO	Tipo: _____ Necesidades especiales: _____
DIABETES	Medicación: _____ Necesidades especiales: _____
TRASTORNO CONVULSIVO - Epilepsia, etc.	Tipo: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
PROBLEMA NEUROLÓGICO Hidrocefalia, parálisis cerebral, etc.	Tipo: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (A.D.D./A.D.H.D.)	Necesidades especiales/medicación: _____
ALERGIAS SEVERAS A: Alimentos, insectos, medicamentos, etc. ¿Pone en peligro la vida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tipo y reacción: _____ Medicación necesaria: _____
PROBLEMA RESPIRATORIO Asma, fibrosis quística, etc.	Gravedad: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
PROBLEMA ORTOPÉDICO Artritis, escoliosis, ortesis, silla de ruedas	Tipo: _____ Cirugías/limitaciones: _____
CÁNCER, LEUCEMIA, TUMORES	Tipo: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
PROBLEMAS DIGESTIVOS - Úlcera, colitis, etc.	Tipo: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
TRASTORNO URINARIO O RENAL- Nefritis, etc.	Tipo: _____ Necesidades especiales/medicación: _____
PROBLEMA O PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN	Tipo: _____ Necesidades especiales/correcciones: _____
PROBLEMA O PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN	Describir: _____ Necesidades especiales: _____
ENFERMEDADES, LESIONES, OPERACIONES GRAVES	Describir/fechas: _____ Necesidades especiales: _____
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS	Describir: _____ Necesidades especiales/medicación: _____

NOTA: Si se necesita medicación en la escuela, pídale a la oficina de la escuela los formularios correspondientes.

Persona de contacto en caso de emergencia, distinta de los padres, a la que hay que llamar si no se puede localizar a los padres:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Relación _____

Dr. _____ Teléfono _____ Dentista _____ Teléfono _____

Autorizo al personal de la escuela a ponerse en contacto con el proveedor de atención médica de mi hijo y/o con el 911 para obtener tratamiento de emergencia para mi hijo, incluyendo el transporte al centro de emergencia médica más cercano.

Me comprometo a informar a la escuela de cualquier cambio en la información respecto a la atención médica de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por la Enfermera de la Escuela para ver si hay problemas de salud: _____ (Iniciales)

NOVEDADES SOBRE LAS INMUNIZACIONES

A partir del 1 de agosto de 2020, la norma revisada del capítulo 246-105 del Código Administrativo de Washington (WAC) **exige registros de vacunación verificados médicamente para poder ingresar a las escuelas y guarderías**. El registro médicamente verificado incluye uno o más de los siguientes:

- Un Certificado de Estado de Vacunación (CIS, por su sigla en inglés) impreso desde el Sistema de Información de Vacunación (WAIS, por su sigla en inglés)
- Una copia física del formulario del certificado CIS con la firma del profesional de la salud
- Un certificado CIS impreso por el padre desde la aplicación MYIR en esta dirección web: <https://wa.myir.net/>
- Para las vacunas de otros estados que no están en el sistema WAIS, póngase en contacto con el IIS(CDC) del estado donde su hijo recibió sus vacunas más recientes. (<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/contacts-locate-records.html#state>)
- Por favor, póngase en contacto con su proveedor de atención médica si no tiene un certificado CIS completado para traerlo consigo a la escuela para la inscripción de su hijo

A partir del año escolar 2020-2021 todos los estudiantes que asisten a los grados 7 a 12 deben haber recibido una dosis de la vacuna Tdap:

- Para los estudiantes de 7° y 8° grados, la vacuna Tdap debe ser administrada a la edad de 10 años o más para poder ser aceptado para ingresar a la escuela.
- Para los estudiantes de los grados 9° a 12° , la vacuna Tdap debe ser administrada a la edad de 7 años o más para poder ser aceptado para ingresar en la escuela.

	DTaP/Tdap (Difteria, tétanos, tosferina)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B)	MMR (Sarampión, paperas y rubeola)	PCV (Conjugado neumocócico)	Polio	Varicela (Varicela)
Preescolar Edad de 19 meses a <4 años el 09/01/2022	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis** (dependiendo de la vacuna)	1 dosis	4 dosis**	3 dosis	dosis 1***
Preescolar/jardín de infancia (incluido el jardín de infancia de transición) Edad =4* años el 09/01/2022	5 dosis de DTaP**	3 dosis	3 o 4 dosis** (dependiendo de la vacuna) (No se requiere a la edad de ≥ 5 años)	2 dosis	4 dosis** (No se requiere a la edad ≥ 5 años)	4 dosis**	2 dosis***
Desde el jardín de infancia hasta el 6º curso Edad ≥ 5 años el 09/01/2022	5 dosis de DTaP**	3 dosis	No se requiere	2 dosis	No se requiere	4 dosis**	2 dosis***
7º a 9º	5 dosis de DTaP** Más Tdap a edad ≥ 10 años	3 dosis	No se requiere	2 dosis	No se requiere	4 dosis**	2 dosis***
10º a 12º	5 dosis de DTaP** Más Tdap a edad edad ≥ 7 años	3 dosis	No se requiere	2 dosis	No se requiere	4 dosis**	2 dosis***

*Consistente con el calendario de vacunación del ACIP CDC. **Menos dosis de vacunas que las indicadas pueden ser aceptables, dependiendo de cuándo se hayan administrado. ***También se acepta la verificación por parte del proveedor de servicios médicos de los antecedentes de la enfermedad de la varicela. Consulte la "Tabla de edad mínima e intervalo" en la página 2 para obtener información sobre la edad mínima requerida y el espaciamiento entre dosis de vacunas.

Encuentre información sobre otras vacunas que se recomiendan, pero no se exigen, para ingresar a guarderías/preescolares en: www.immunize.org/cdc/schedules.

Vea el "Resumen de requisitos para las vacunas individuales" para obtener información más detallada, que se encuentra en nuestra página web:

www.doh.wa.gov/SCCI

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Los clientes sordos o con problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-051 Dic 2021

Vacuna	Dosis no.	Edad mínima	Intervalo mínimo* entre dosis	Notas
Hepatitis B (Hep B)	Dosis 1	Nacimiento	4 semanas entre las dosis 1 y 2	Se aceptan 2 dosis si ambas se documentan como dosis de adulto de Recombivax HB* administradas entre los 11 y los 15 años. Las dosis deben estar separadas por al menos 4 meses. Se recomienda completar la serie de la hepatitis B, pero no es obligatorio para los estudiantes de 19 años o más.
	Dosis 2	4 semanas	8 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	24 semanas	16 semanas entre las dosis 1 y 3	
Difteria, tétanos y tosferina (DTaP y Tdap)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	Se recomienda un intervalo de 6 meses entre la dosis 3 y la 4, pero se acepta un intervalo mínimo de 4 meses. La dosis 5 no es necesaria si la dosis 4 se administra en o después del 4to. cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis 3
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre las dosis 3 y 4	La DTaP puede administrarse a los niños hasta los 6 años. Si se necesitan dosis de rescate a partir de los 7 años, se utiliza la Tdap seguida de dosis adicionales de Tdap o Td si fuese necesario.
	Dosis 4	12 meses	6 meses entre las dosis 4 y 5	
	Dosis 5	4 años	—	Se requiere una dosis de refuerzo de Tdap para todos los estudiantes de los grados 7 a 12. Para los estudiantes de 7º a 9º grado, la dosis de Tdap es aceptable si se administra a partir de los 10 años de edad. Para los estudiantes de los grados 10º a 12º, la dosis de Tdap es aceptable si se administra a partir de los 7 años de edad.
	Refuerzo	10 años	—	
Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	Si se administraron todas las 3 dosis de PedvaxHIB, sólo se necesitan 3 dosis en total. La dosis 3 debe administrarse a ≥12 meses de edad. Sólo se requiere una dosis si se administra a partir de los 15 meses de edad.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre las dosis 3 y 4	Edad >5 años: No se requiere dado que no se administra rutinariamente a los niños de 5 años o más.
	Dosis 4	12 meses	—	
Conjugado neumocócico (PCV13)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	Sólo se requiere una dosis si se administra a partir de los 24 meses de edad.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre las dosis 3 y 4	Edad >5 años: No se requiere dado que no se administra rutinariamente a los niños de 5 años o más.
	Dosis 4	12 meses	—	
Polio (IPV u OPV)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	La dosis 4 no es necesaria si la dosis 3 se administra en o después del 4to. cumpleaños y al menos 6 meses después de la dosis 2.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre las dosis 3 y 4	La OPV administrada a partir del 04/01/16 no puede ser aceptada como una dosis válida en la serie. Se recomienda completar la serie de polio, pero no es obligatorio para los estudiantes de 18 años o más. Para conocer la edad mínima y los intervalos de los 12 grados, consulte el enlace del "Resumen de requisitos para las vacunas individuales" que aparece a continuación
	Dosis 4	4 años	—	
Sarampión, paperas y Rubéola (MMR o MMRV)	Dosis 1	12 meses	4 semanas entre las dosis 1 y 2	La MMRV (MMR + Varicela) puede utilizarse en lugar de las vacunas MMR y de varicela por separado.
	Dosis 2	13 meses	—	Debe administrarse el mismo día que la varicela O con al menos 28 días de diferencia, véase también* la nota a pie de página.
Varicela (VAR)	Dosis 1	12 meses	3 meses entre las dosis 1 y 2 (12 meses hasta los 12 años) 4 semanas entre la dosis 1 y 2 (13 años y más)	Recomendado: 3 meses entre las dosis de varicela, pero se acepta un intervalo mínimo de 28 días. La verificación de los antecedentes de la enfermedad por parte del proveedor de servicios médicos es aceptable para documentar la inmunidad.
	Dosis 2	15 meses	—	Debe administrarse el mismo día que la MMR o con un intervalo mínimo de 28 días, véase también* la nota a pie de página.

*El período de gracia de 4 días puede aplicarse a todas las dosis, excepto entre dos dosis de vacunas vivas diferentes (como MMR, MMRV, varicela y Flumist).

Para más detalles sobre los calendarios, consulte el "Resumen de requisitos para las vacunas individuales": <https://www.doh.wa.gov/SCCI>

DOH 348-051 Dec

	Hepatitis B	DTaP (Difteria, tétanos, tosferina)	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B)	Polio	PCV (Conjugado neumocócico)	MMR (Sarampión, paperas y rubeola)	Varicela (Varicela)
A los 3 meses	2 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	No se administra de forma rutinaria antes de los 12 meses de edad	No se administra de forma rutinaria antes de los 12 meses de edad
A los 5 meses	2 dosis	2 dosis	2 dosis	2 dosis	2 dosis		
A los 7 meses	2 dosis	3 dosis	2 o 3 dosis (dependiendo de la vacuna)	2 dosis	3 dosis		
A los 16 meses	2 dosis	3 dosis	3 o 4 dosis (dependiendo de la vacuna)	2 dosis	4 dosis	1 dosis	1 dosis
A los 19 meses	3 dosis	4 dosis	3 o 4 dosis (dependiendo de la vacuna)	3 dosis	4 dosis	1 dosis	1 dosis
A los 7 años o preescolar/ ingreso escuela a \geq 4 años*	3 dosis	5 dosis	No se administra de forma rutinaria a niños de 5 años o más	4 dosis	No se administra de forma rutinaria a niños de 5 años o más	2 dosis	2 dosis

***Los niños que asisten desde preescolar hasta el 12º grado deben cumplir con los requisitos de vacunación para su grado en la escuela.**

Encuentre la tabla de requisitos de preescolar a 12º grado y en el "Resumen de requisitos para las vacunas individuales" en la sección de inmunización en de la página web: www.doh.wa.gov/SCCI Consulte la "Tabla de edad mínima e intervalos" en la página 2 para obtener información sobre la edad mínima requerida y el espaciamiento de las dosis de vacunas.

Encuentre información sobre otras vacunas que se recomiendan, pero no se exigen, para ingresar a guarderías/preescolares en: www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Los clientes sordos o con problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un

Vacuna	Dosis no.	Edad Mínima*	Intervalo mínimo* entre dosis	Notas
Hepatitis B (HepB)	Dosis 1	Nacimiento	4 semanas entre las dosis 1 y 2	La última dosis de la serie debe administrarse al menos a las 24 semanas de edad.
	Dosis 2	4 semanas	8 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	24 semanas	16 semanas entre las dosis 1 y 3	
Difteria, tétanos y tosferina (DTaP)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	<p>Calendario típico de vacunas: 2, 4, 6 y 15-18 meses de edad.</p> <p>Recomendado: 6 meses entre las dosis 3 y 4, pero se acepta un intervalo mínimo de 4 meses.</p>
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre las dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	6 meses entre las dosis 4 y 5	
	Dosis 5	4 años	—	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	<p>Si se administraron todas las 3 dosis de PedvaxHIB, sólo se necesitan 3 dosis en total. La dosis 3 debe administrarse a \geq12 meses de edad.</p> <p>Sólo se requiere una dosis si se administra a partir de los 15 meses de edad. Vea el "Resumen de requisitos para las vacunas individuales" para conocer las dosis mínimas requeridas: https:// www.doh.wa.gov/SCCI</p>
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre las dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
Conjugado neumocócico (PCV13)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	<p>Sólo se requiere una dosis si se administra a partir de los 24 meses de edad. Vea el "Resumen de requisitos para las vacunas individuales" para conocer las dosis mínimas requeridas: https:// www.doh.wa.gov/SCCI</p>
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre las dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
Polio (IPV u OPV)	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre las dosis 1 y 2	Se aceptan tres dosis si el niño recibió la dosis 3 en su 4to. cumpleaños o después.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre las dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre las dosis 3 y 4	
	Dosis 4	4 años	—	
Sarampión, paperas y rubéola (MMR o MMRV)	Dosis 1	12 meses	4 semanas entre las dosis 1 y 2	La MMRV (MMR + Varicela) puede utilizarse en lugar de las vacunas MMR y de varicela por separado. Debe administrarse el mismo día que la varicela O con al menos 28 días de diferencia, véase también* la nota a pie de página.
	Dosis 2	13 meses	—	
Varicela (VAR)	Dosis 1	12 meses	3 meses entre las dosis 1 y 2 (12 meses hasta los 12 años). 4 semanas entre las dosis 1 & 2 (a partir de los 13 años)	<p>Recomendado: 3 meses entre las dosis de varicela, pero se acepta un intervalo mínimo de 28 días.</p> <p>Debe administrarse el mismo día que la MMR o con un intervalo mínimo de 28 días, véase también* la nota a pie de página.</p>
	Dosis 2	15 meses	—	

*El período de gracia de 4 días puede aplicarse a todas las dosis, excepto entre dos dosis de vacunas vivas diferentes (como MMR, MMRV, varicela y Flumist).

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Los clientes sordos o con problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Los clientes sordos o con problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un



Servicios de Transporte

El Distrito Escolar de Mead proporciona transporte de ida y vuelta a la escuela para los estudiantes de todos los grados K-12 que viven fuera del área de recorrido a pie sugerida para su escuela asignada.

Requerimos que las familias preinscriban a sus hijos si planean utilizar el servicio de transporte en autobús. Visite www.mead354.org y haga clic en "Transportation" (Transporte). Encontrará el enlace de inscripción cerca del centro de la página de transporte. Una vez que haya realizado la inscripción, podrá encontrar la ubicación de su parada de autobús siguiendo el enlace de nuestra página web o accediendo directamente a:

<https://www.infofinderi.com/ifi/?cid=MSD57UEZPVK9&cid=MSD57UEZPVK9>

Utilizamos más de 100 autobuses para transportar a los estudiantes hacia y desde la escuela y los eventos extracurriculares/deportivos. Nuestro objetivo es proporcionar un transporte en autobús escolar seguro y agradable para todos los estudiantes. Nuestros autobuses están equipados con unidades GPS y sistemas de vídeo. Estos sistemas ayudan a localizar los autobuses en situaciones de emergencia, contribuyen a la eficacia de las rutas y ayudan a nuestros conductores y a las escuelas a apoyar el comportamiento positivo de los alumnos en el autobús.

Animamos a los estudiantes a que lleguen a la parada de autobús **asignada** 5 minutos antes de la hora de recogida programada y a que hagan el viaje en autobús desde Y hasta la parada de autobús **asignada**.

Durante el año escolar, el horario de oficina del Departamento de Transporte es de lunes a viernes, de 6 am a 5 pm. Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono (509-465-6107) o por correo electrónico (transportation@mead354.org). Nuestra dirección es 12304 N Market St, Mead WA.

