

Bienvenido al Distrito Escolar de Edmonds. Ya estamos aceptando paquetes de inscripción de nuevos estudiantes para el año escolar 2024-25. Por favor llene este paquete de inscripción y regréselo a la escuela de su estudiante junto con cualquier documento adicional requerido. Si usted inscribió a su estudiante en línea en Skyward, por favor no llene este paquete. Esperamos con gusto poder trabajar con usted y con su hijo/a.

Paso 1: Llene los siguientes formularios requeridos

- P-134 Formulario de inscripción del estudiante
- P-135 Formulario de comprobante de domicilio y verificación de comprobantes de domicilio

Si no puede proveer comprobantes de domicilio, llene uno de estos documentos y anéxelo a este formulario.

- P-160 Cuestionario de vivienda del estudiante (elegibilidad a la ley McKinney -Vento Act)
- P-110 Declaración jurada de residencia/domicilio (contacte a su escuela)

- HS-534 Formulario de salud del estudiante para su inscripción
- HS-518 Récores de vacunación/inmunización descargados de MyIR
 - Consulte las instrucciones en la carta de presentación del HS-518

Se exhorta a las familias elegibles a que apliquen al programa de alimentos gratis y de precio reducido. El proceso de solicitud es sencillo y es confidencial. Las solicitudes están disponibles en la liga a continuación, en Skyward o en cualquier escuela.

- Solicitud de alimentos gratis y de precio reducido (si aplica) puede encontrar información en: <https://bit.ly/ESDFoodandNutrition>

Grade Level Assignments			
Elementary		Secondary	
Kínder	9/1/2018 al 8/31/2019	7 ^{mo} Grado	9/1/2011 al 8/31/2012
1 ^{er} Grado	9/1/2017 al 8/31/2018	8 ^{vo} Grado	9/1/2010 al 8/31/2011
2 ^{do} Grado	9/1/2016 al 8/31/2017	9 ^{no} Grado	9/1/2009 al 8/31/2010
3 ^{er} Grado	9/1/2015 al 8/31/2016	10 ^{mo} Grado	9/1/2008 al 8/31/2009
4 ^{al} Grado	9/1/2014 al 8/31/2015	11 ^{vo} Grado	9/1/2007 al 8/31/2008
5 ^{al} Grado	9/1/2013 al 8/31/2014	12 ^{vo} Grado	9/1/2006 al 8/31/2007
6 ^{al} Grado	9/1/2012 al 8/31/2013		

Paso 2: Regrese este paquete completo con toda la documentación adicional requerida a la escuela de su estudiante.

Un oficial escolar lo contactará para finalizar su aplicación, y si es necesario, solicitarle documentación adicional. El oficial escolar le dará una fecha de inicio una vez entregado el paquete completo. Los documentos incompletos pueden retrasar la fecha de inicio del estudiante.

Importante:

Acta de nacimiento:

Las familias de los estudiantes ingresando al kínder o primer grado, o recién llegados a los Estados Unidos o que no han tenido experiencia escolar, deben proporcionar un documento que establezca la edad del estudiante. Este documento puede ser, aunque no está limitado a: un certificado religioso o médico que muestre la fecha de nacimiento; documento de adopción; acta/partida de nacimiento; boletas escolares verificadas; documentación del Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS por sus siglas en inglés) o cualquier documento permitido por la ley.

Condiciones de salud riesgosas, medicamentos e inmunizaciones:

Estudiantes con condiciones de salud con riesgo mortal (por ej., alergias severas, asma severa, diabetes, epilepsia, etc.) requieren de planes de salud en la escuela; si la condición requiere medicamentos, tanto el plan como los medicamentos DEBEN estar en las instalaciones un martes dos semanas antes de el inicio de clases para asegurar que su estudiante pueda iniciar el primer día. Las vacunas son obligatorias para poder asistir a clases.

Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con la escuela de su vecindario (<https://esdfinder.site/>)

Verificación de la declaración de domicilio

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para poder verificar que su domicilio está dentro de la zona del distrito, DEBERÁ proporcionar UN documento vigente de la siguiente lista. El documento deberá estar fechado dentro de los pasados sesenta días mostrando el nombre de los padres/tutores y el domicilio (Los apartados postales/P.O Box no se aceptan como domicilios residenciales).

- Documentos de escrituras, libro o estado de cuenta de hipoteca o de seguros de la residencia
- Acuerdos de renta/arrendamiento con el recibo de renta actual
- Factura de gas o electricidad
- Factura de agua
- Factura de la basura
- Factura de cable de TV e internet
- Cuenta de teléfono de una línea fija en la dirección indicada
- Otros documentos aprobados por la escuela _____
- Si es parte del programa "**Washington State Address Confidentiality**", se requieren documentos oficiales de este programa indicando que el área o zona de asistencia escolar satisface los requisitos para establecer residencia en el distrito escolar de Edmonds. Deberá presentar una carta de renovación a la escuela cada año.
- Verificación de que vive con _____. **Debe completar el formulario P-110 de declaración jurada residencia**, disponible bajo solicitud en la escuela.

Si no puede proporcionar ninguno de los documentos anteriores, por favor contacte a la escuela para discutir sus circunstancias y siguientes pasos a seguir.

Por favor, indique los nombres de los estudiantes adicionales que se encuentran en este domicilio y que asistan a una escuela del Distrito Escolar de Edmonds.

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Declaro que los nombres de los estudiantes mencionados arriba residen en el domicilio indicado en uno de los documentos indicados arriba y que se anexa al paquete de inscripción. Informaré a la escuela con dos semanas de anticipación de mis cambios de residencia y estoy de acuerdo de proporcionar un nuevo comprobante de domicilio y una declaración actualizada en ese momento. **Si me mudo afuera de la zona escolar del distrito, entiendo que se debe presentar y aprobar una Solicitud de Transferencia de Elección (Choice Transfer Application) para poder continuar asistiendo a la escuela mencionada anteriormente, vaya a este enlace <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

La falsificación de cualquier información o documento para comprobar el domicilio, o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir ahí, puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante en el Distrito Escolar de Edmonds (vea política 3131)

Nombre impreso del padre/ de la madre/ tutor(a): _____

Correo electrónico del/la madre/padre/tutor _____

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: Immediately or Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
(Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to SchoolChange@edmonds.wednet.edu



Complete este formulario SOLO SI su situación de vivienda es transitoria o inestable. Si usted es propietario, alquila o arrienda su casa, por favor **NO complete este formulario.**

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niñas/os y jóvenes sin hogar. (Consulte el reverso para obtener más información).

Si el/la estudiante vive en una casa propiedad o alquilada por la/el madre/padre/tutor, no es necesario completar este formulario a menos que haya instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.). Si no posee/alquila su propia casa, verifique todo lo que se aplica a continuación:

- En un motel/hotel o similar
- En un refugio (corto plazo/largo plazo)
- Moverse de un lugar a otro para hospedaje
- En la casa o apartamento de otra persona con otra persona/familia
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Un automóvil, estacionamiento, campamento o semejante
- Vivienda de transición
- Otros _____

Nombre del estudiante (apellido, primero)	Escuela	Grado	Nacimiento	Edad

Estudiante(s) adicional(es): _____

- El/la estudiante no está acompañado (no vive con un/a madre/padre/tutor legal)
- El/la estudiante vive con un/a madre/padre/tutor legal
- El/la estudiante está en cuidado de crianza

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

¿El/la estudiante necesita transporte hacia/desde la escuela?: Yes No

NÚMERO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____

NOMBRE DEL CONTACTO: _____

Escriba el nombre de la/el madre/padre/tutor legal: _____
(O jóvenes no acompañadas/os)

*Firma del/la madre/padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
(O jóvenes no acompañadas/os)

Las/os estudiantes mencionadas/os anteriormente tienen hermanas/os o hijas/os menores (aún no de edad escolar) que necesitan pruebas de detección del desarrollo, apoyo comunitario o referencias a servicios para la primera infancia.

Por favor, devuelva el formulario completo a su escuela. La escuela enviará este formulario al Enlace de Personas sin Hogar del Distrito

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- (N) Not Homeless
- (A) Shelters
- (B) Doubled-Up
- (C) Unsheltered
- (D) Hotels/Motels
- (E) Unaccompanied Youth

Ley McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
ARTÍCULO 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos “inscripción” e inscripción incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades escolares.

(2) El término niñas/os y jóvenes sin hogar’ —

(A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye —

(i) niñas/os y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o campamentos debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados; viven en refugios de emergencia o transitorios; son abandonados en hospitales;

(ii) niñas/os y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado ni utilizado habitualmente como alojamiento regular para dormir para seres humanos (en el sentido de la sección 103 (a) (2) (C));

(iii) niñas/os y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y

(iv) niñas/os migratorios (según se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque las/os niñas/os viven en circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término “no acompañado” incluye a un/a joven que no está bajo la custodia física de un/a madre/ padre/ tutor.

Recursos adicionales

La información y los recursos para madres/padres/tutores se pueden encontrar en a continuación:

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

<http://www.schoolhouseconnection.org/>

<https://www.k12.wa.us/student-success/access-opportunity-education/students-experiencing-homelessness/mckinney-vento-act>



For Office Use Only	
Received: _____	Time: _____

Nombre de la escuela: _____ Fecha: _____

Información del estudiante	Apellido(s) legal _____	Primer nombre legal _____	Segundo nombre legal _____
	Nombre preferido _____	Nombre anterior _____	Número celular de estudiante _____
	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Grado a ingresar: _____	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
	¿Ha estado este estudiante matriculado antes en el Distrito Escolar de Edmonds? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Anote la última escuela a la que asistió _____		
¿El estudiante va a asistir SIMULTÁNEAMENTE a otra escuela mientras está matriculado en el Distrito Escolar de Edmonds? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si responde que Sí, ¿En qué otra escuela va a estar inscrito? _____			

Información Familiar	INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA PRINCIPAL		
	Padre/Madre/Tutor 1 - Parentesco con estudiante _____		
	Apellido(s) legal _____	Primer nombre legal _____	Segundo nombre legal _____
	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Correo electrónico: _____	
	Teléfono (_____) _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono (_____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
	Padre/Madre/Tutor 2 - Parentesco con estudiante _____		
	Apellido(s) legal _____	Primer nombre legal _____	Segundo nombre legal _____
	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Correo electrónico: _____	
	Teléfono (_____) _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono (_____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
	Por favor use el _____ como mi contacto principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Confidencial		
Domicilio residencial: _____			
Dirección de correo (si diferente al domicilio): _____			

Información Familiar	SECONDARY HOUSEHOLD INFORMATION (IF APPLICABLE)		
	Padre/Madre/Tutor 1 - Parentesco con estudiante _____		
	Apellido(s) legal _____	Primer nombre legal _____	Segundo nombre legal _____
	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Correo electrónico: _____	
	Teléfono (_____) _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono (_____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
	Padre/Madre/Tutor 2 - Parentesco con estudiante _____		
	Apellido(s) legal _____	Primer nombre legal _____	Segundo nombre legal _____
	Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Correo electrónico: _____	
	Teléfono (_____) _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono (_____) _____ <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
	Por favor use el _____ como mi contacto principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Confidencial		
Domicilio residencial: _____			
Dirección de correo (si diferente al domicilio): _____			

¿Alguno de los padres/tutores enlistados arriba son o fueron empleados del Distrito Escolar de Edmonds? Sí No
 Si responde que Sí, ¿bajo qué nombre? _____
 ¿Alguno de los padres/tutores enlistados arriba fueron estudiantes del Distrito Escolar de Edmonds? Sí No
 Si responde que Sí, ¿Cuál padre/madre/tutor y bajo qué nombre? _____

¿Su estudiante recibe cuidado infantil? Sí No *Si responde que Sí, por favor responda lo siguiente:*
 ¿Quisiera anotar el cuidado infantil como contacto de emergencia? Sí No

Proveedor de cuidado infantil Domicilio de proveedor Teléfono

Proveedor de cuidado infantil Domicilio de proveedor Teléfono

En el caso de una emergencia con su estudiante, o que se enferme o lastime y no podemos localizar a los padres o tutores primero. Por favor anote las personas, que no sean usted, que estén de acuerdo de cuidar y darle transporte a su estudiante.

Contacto 1:

Apellido Primer nombre Parentesco con el estudiante
 Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo

Contacto 2:

Apellido Primer nombre Parentesco con el estudiante
 Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo

Contacto 3:

Apellido Primer nombre Parentesco con el estudiante
 Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo Teléfono (____) Celular Hogar Trabajo

Anote TODAS las escuelas a las que su estudiante ha asistido, iniciando por la más reciente.
¿Ha asistido su estudiante a escuelas públicas en el estado de Washington? Sí No

Escuela más reciente Grados a los que asistió Fecha de baja

Ciudad Estado o país Teléfono Número de fax

Escuela Grados a los que asistió Fecha de baja

Ciudad Estado o país Teléfono Número de fax

Escuela Grados a los que asistió Fecha de baja

Ciudad Estado o país Teléfono Número de fax

¿Ha sido su estudiante retenido a repetir año escolar? Sí No Si responde Sí, ¿qué grados escolares? _____
 ¿Ha sido su estudiante avanzado/brincado a otro grado? Sí No Si responde Sí, ¿qué grados escolares? _____

Alguna vez su estudiante ha calificado o ha estado inscrito en:

¿Un programa de educación especial*? Sí No Tipo de programa de educación especial: _____

*Si responde que Sí, por favor proporcione una copia del IEP a la escuela

- EL/ML Lenguaje dual Educación especial (IEP) 504 Plan Programa de dotados/altamente capaces Running Start
 Programa o escuela alternativa Title III (Soporte NA/AN) Title VI Educación Other _____

ENUMERE A TODOS LOS HERMANOS O HERMANAS DEL ESTUDIANTE QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR DE EDMONDS

Nombre	Grado	Escuela	Nombre	Grado	Escuela

De acuerdo con las leyes estatales de Washington (RCW 28A.255.330), por favor responda a lo siguiente:

¿Su estudiante tiene alguna historia de conducta violenta? Sí No

Si responde Sí, por favor explique: _____

¿Tiene su estudiante alguna suspensión, expulsión pasada, actual o pendiente de su escuela actual o anterior? Sí No

Si responde que Sí, por favor explique. _____

¿Ha sido su estudiante oficialmente dado de baja de su escuela actual o anterior? Sí No Fecha: _____

¿Está su estudiante actualmente bajo alguna petición de BECCA o de ausentismo? Sí No

Si responde sí, ¿en qué distrito? _____

¿Debe su estudiante alguna multa o cuota de su escuela anterior? Sí No

¿Tiene acceso al internet? Sí No

¿Su estudiante está esperando/o tiene cuidado de crianza (Foster care)? Sí No

¿Está actualmente pasando alguna situación de vivienda inestable o de transición? Sí No

La inestabilidad de vivienda se puede definir como vivir con otra persona/familia debido a la pérdida de su hogar o crisis económica, vivir en un motel/hotel o en un albergue emergente o de transición, o en lugar no designado como vivienda, o usado ordinariamente para dormir de manera regular. Si puede responder que Sí a alguna de estas preguntas, su hijo/a puede calificar para los servicios de la Ley McKinney-Vento. Por favor pregunte en su escuela de cómo registrarse para servicios.

¿Existe algún PLAN DE CRIANZA u ORDEN DE CORTE en efecto que restrinja/limite los derechos de los padres? Sí No Si responde que Si, por favor proporcione copias.

¿Existe alguna ORDEN DE RESTRICCIÓN en efecto? Sí No Si responde que Si, por favor proporcione copias.

Por favor enumere y proporcione copias de cualquier otro documento legal que sea pertinente a su estudiante y seguridad. _____

Por favor proporcione comentarios adicionales para asistir en el cuidado de su estudiante. _____

Los distritos escolares en el estado de Washington tienen la obligación de obtener información de las familias sobre su estado de actividad militar. Esta información es usada para quitar las barreras hacia el éxito educativo impuestas a niños de familias militares por su movimiento frecuente y despliegue de sus padres. Por favor indique si usted está activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, Guardia Nacional o las Reservas.

¿Está actualmente activo en las fuerzas armadas, guardia nacional o reservas? Sí No Si responde Sí, indique abajo:

Activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos Miembro de la guardia nacional

Más de un miembro activo en las fuerzas armadas/ guardia nacional

Reservas de las fuerzas armadas de los Estados Unidos **No tengo afiliación**

¿Sus abuelos o padres tienen alguna afiliación tribal a los Indígenas Americanos? Sí No

CATEGORÍAS DE RAZAS Y ETNIAS DEL ESTADO DE WASHINGTON

Por favor complete la Parte I y la Parte II

Por favor observe que: Estas razas y etnias son proveídas por el estado de Washington, y el Distrito Escolar de Edmonds tiene la obligación de recolectar esta información de cada estudiante bajo las leyes estatales y federales que aplican. Si no se identifica, la escuela lo contactará porque necesita la información de todos los estudiantes siguiendo las leyes estatales y federales aplicables.

Parte I

Hispano o Latino

¿Es su estudiante de origen hispano o latino? Sí No (Si responde que "Sí", por favor marque todo lo que aplique)

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Chileno | <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Guyanés | <input type="checkbox"/> Mestizo | <input type="checkbox"/> Paraguayo | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Boliviano | <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Dominicano | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Nativo/Indígena | <input type="checkbox"/> Peruano | <input type="checkbox"/> Surinamés |
| <input type="checkbox"/> Brasileño | <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Jamaíquino | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Uruguayo |
| <input type="checkbox"/> Mexicoamericano | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Panameño | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Venezolano | |
| <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino Anote: _____ | | | | | | |

¿Qué raza(s) considera que es su estudiante? Puede escoger categorías y anotar (marque todo lo que aplique)

Indígena Americano Nativo o Nativo de Alaska

Si selecciona alguna opción, por favor también complete la forma denominada: **Native American Students (Title VI Program)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena Nativo Americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska Anote: _____ |
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano Anote: _____ | |

Tribus del estado de Washington:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tribu de Chinook | <input type="checkbox"/> Tribu Quileute de la reservación Quileute |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas y bandas de la Nación Yakama | <input type="checkbox"/> Nación indígena Quinault |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la Reservación de Chehalis | <input type="checkbox"/> Nación indígena Samish |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la Reservación Colville | <input type="checkbox"/> Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena Cowlitz | <input type="checkbox"/> Tribu indígena Shoalwater Bay de la reservación Shoalwater Bay |
| <input type="checkbox"/> Tribu Duwamish | <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Skokomish |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena Hoh | <input type="checkbox"/> Tribu de Snohomish |
| <input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam | <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Snoqualmie |
| <input type="checkbox"/> Comunidad indígena Kalispel de la reservación Kalispel | <input type="checkbox"/> Tribu de Snoqualmoo |
| <input type="checkbox"/> Nación indígena Kikiallus | <input type="checkbox"/> Tribu de Spokane de la reservación de Spokane |
| <input type="checkbox"/> Comunidad tribal de Lower Elwha | <input type="checkbox"/> Tribu de Squaxin Island de la reservación Squaxin Island |
| <input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la reservación Lummi | <input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena Makah de la reservación indígena Makah | <input type="checkbox"/> Tribu Stillaguamish de los indígenas de Washington |
| <input type="checkbox"/> Banda Marietta de la tribu Nooksack | <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Suquamish de la reservación Port Madison |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Comunidad indígena tribal de Swinomish |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Nisqually | <input type="checkbox"/> Tulalip Tribes of Washington |
| <input type="checkbox"/> Tribu indígena de Nooksack | <input type="checkbox"/> Skagit superior |
| <input type="checkbox"/> Tribu de Port Gamble S'Klallam | |
| <input type="checkbox"/> Tribu de Puyallup de la reservación Puyallup | |

Asiático

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Malasio |
| <input type="checkbox"/> Asiático isleño | <input type="checkbox"/> Mien |
| <input type="checkbox"/> Bangladés | <input type="checkbox"/> Mongol |
| <input type="checkbox"/> Butanés | <input type="checkbox"/> Nepalí |
| <input type="checkbox"/> Burmés | <input type="checkbox"/> Okinagüense |
| <input type="checkbox"/> Camboyano/Khmer | <input type="checkbox"/> Pakistaní |
| <input type="checkbox"/> Cham | <input type="checkbox"/> Punjabi |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Singapurense |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Esrilanqués |
| <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Taiwanés |
| <input type="checkbox"/> Indonesio | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Tibetano |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Laoense | |
| <input type="checkbox"/> Asiático Anote: _____ | |

Hawaiano u otro isleño del pacífico

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hawaiano u otro isleño del pacífico | <input type="checkbox"/> Palauano |
| <input type="checkbox"/> Carolinense | <input type="checkbox"/> Papuano |
| <input type="checkbox"/> Chamorro | <input type="checkbox"/> Pohnpeiano |
| <input type="checkbox"/> Chuukense | <input type="checkbox"/> Samoyano |
| <input type="checkbox"/> Oriundo de Fiji | <input type="checkbox"/> Salomonense |
| <input type="checkbox"/> i-Kiribati/Gilbertense | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Oriundo de Kosrae | <input type="checkbox"/> Tokelauense |
| <input type="checkbox"/> Maorí | <input type="checkbox"/> Tongano |
| <input type="checkbox"/> Marshallés | <input type="checkbox"/> Tuvaluano |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo | <input type="checkbox"/> Yapesense |
| <input type="checkbox"/> Oriundo de Ni-Vanuatu | |
| <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico Anote: _____ | |

Parte II

Parte II (Continúa) Puede escoger categorías y anotar (marque todo lo que aplique)
¿Qué raza(s) considera que es su estudiante ?

Part II (continúa)

Negro o

Afroamericano

- Negro/Afroamericano
- Afroamericano
- Afrocanadiense

Caribeño

- Anguilense
- Antiguanos
- Bahameño
- Barbadosense
- San Bartolomeño
- Isleño de las Virgenes Británicas
- Caimanés
- Cuba-dominicano
- Dominicano
- Antillano holandés
- Granandiense
- Guadelupense
- Haitiano
- Jamaiquino
- Oriundo de Martinica
- Montserratino
- Puertorriqueño
- Caribeño Anote: _____

Blanco

- Blanco

Europeo oriental

- Bosnio
- Herzegovino
- Polaco
- Romano
- Ruso
- Ucraniano
- Europeo oriental Anote: _____
- Blanco Anote: _____

Centroafricano

- Angolano
- Camerunés
- Afrocentral
- Chadiano
- Congoleño (Republica del Congo)
- Congoleño (Rep. Democrática del Congo)
- Guineo-ecuadoriano
- Gabonés
- Sao Tomean
- Oriundo de Principe
- Afrocentral Anote: _____

Sudafricano

- Botsuano
- Lesotense
- Nambiano
- Sudafricano
- Suazi
- Sudafricano
- Anote: _____

Medio oriental y Nordáfricano

- Argelino
- Beberisco
- Árabe
- Asirio
- Bahreiní
- Bedouino
- Caldeano/Arameo
- Anote Medio Oriental: _____
- Copto
- Druso
- Egipcio
- Emirati
- Iraní
- Iraquí
- Israelita

Afro-oriental

- Burundés
- Comorense
- Djiboutiano
- Eritreo
- Etiopio
- Keniano
- Malgache (Madagascar)
- Malauí
- Mauritano
- Maorí (Mayotte)
- Mozambique
- Reunionesio
- Ruandés
- Oriundo de Seychellois
- Somalí
- Sud-sudanés
- Sudanés
- Ugandés
- Tanzaniano
- Zambiano
- Zimbabuense
- Afro-oriental
- Anote: _____

Latinoamericano

- Argentino
- Beliceño
- Boliviano
- Brasileño
- Chileno
- Colombiano
- Costarricense
- Ecuatoriano
- Salvadoreño
- Malvinense
- Guienés Francés
- Guatemalteco
- Guayanés
- Hondureño
- Mexicano
- Nicaragüense
- Panameño
- Paraguayo
- Peruano
- Oriundo de islas Georgia Sur e islas Sandwich Sur
- Surinamés
- Uruguayo
- Venezolano
- Latinoamericano
- Anote: _____

Afro-occidental

- Beninés
- Guineano-Bisáu
- Burkinés
- Caboverdiano
- Marfileño
- Gambiano
- Ghanés
- Liberiano
- Maliense
- Mauritano
- Nigeriano (Niger)
- Nigeriani (Nigeria)
- SantaHeleno
- Senegalense
- Sierraleonés
- Togolés
- Afro-occidental
- Anote: _____

Por ley, un estudiante (o el padre/tutor a nombre del estudiante) no requiere identificar su raza y/o etnia en los formularios escolares. Sin embargo, si un estudiante (o el padre/tutor a nombre del estudiante) no completa la pregunta de dos partes en raza y etnia, por ley, el personal escolar puede hacer "una identificación por observación" para seleccionar la raza y etnia del estudiante.



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

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

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Importante - Todos los padres tienen el derecho a la información sobre la educación de sus hijos en un idioma que puedan entender. Cuando el estudiante se inscribe a la escuela, la escuela le pregunta a usted que idioma prefiere para comunicarse con la escuela. Esto le ayuda a la escuela a identificar sus necesidades de idiomas para poder ofrecerle un intérprete o documentos traducidos sin costo alguno.</p>		<p>1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? (Skyward Field: Preferred Languages for Family Communication)</p> <p>_____</p> <p>a. Nombre del padre/madre/tutor #1: _____</p> <p>i. ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Sí ___ Idioma _____ No ____.</p> <p>ii. ¿Necesita documentos traducidos? Sí ___ No ____.</p> <p>b. Nombre del padre/madre/tutor #2: _____</p> <p>i. ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Sí ___ Idioma _____ No ____.</p> <p>ii. ¿Necesita documentos traducidos? Sí ___ No ____.</p> <p>c. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa? (Skyward Fields - Student Primary Language & Family Home Language)</p> <p>_____</p>	
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>		<p>2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? (Skyward Profile Field Native)</p> <p>_____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? (Skyward Student Profile-Student Language Spoken At Home)</p> <p>_____</p> <p>NOTE TO OFFICE: Do not change Native or Spoken at Home Language after initial enrollment, unless correcting English to a language other than English. Never change Native or Spoken at Home Language from another language to English unless instructed to do so by the ML Department.</p>	
<p>Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>		<p>4. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>5. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos?? (Kindergarten – 12.o grado) ___ Sí ___ No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>6. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.o grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p> <p>7. Inmigrante: ¿Se ha mudado el padre/madre/tutor del niño/a debido a un empleo temporal en la agricultura o en la pesca? Sí ___ No ___</p>	

Contacte a su escuela si tiene preguntas adicionales sobre este formulario o acerca de los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a.

Firma	Confirmando que la información proporcionada en estos documentos es verídica y exacta. Entiendo que el proveer con información falsa pueden ser las bases para una revocación de la matriculación en el distrito escolar de Edmonds.	
	Firma de padres/tutores: _____	Fecha: _____

Para la/el madre/padre/tutor::

Definiciones:

India/o significa un individuo que es (1) Un miembro de una tribu o banda india, según la membresía definida por la tribu o banda india, incluida cualquier tribu o banda terminada desde 1940, y cualquier tribu o banda reconocida por el Estado en el que reside la tribu o banda; (2) Un descendiente de un/a padre/madre o abuelo/a que cumpla con los requisitos descritos en el párrafo (1) de esta definición; (3) Considerada/o por la Secretaría del Interior de ser un/a indio/a para cualquier propósito; (4) Un/a esquimal, aleutiana/o u otro nativa/o de Alaska; o (5) un miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención bajo la Ley de Educación Indígena de 1988 tal como estaba vigente el 19 de octubre de 1994.

Información del/la estudiante:

Escriba el nombre del/la niño/a, la fecha de nacimiento, el nivel de grado, el nombre de la escuela y el distrito escolar. Solo nombre un/a niño/a por formulario.

Membresía tribal:

Escriba el nombre de la persona con la membresía tribal si no es el/la niño/a de la lista. Solo se necesita un nombre para esta sección, aunque varias personas puedan ser miembros de la tribu. Seleccione solo un identificador: el/la padre/madre o abuelo/a del/la niño/a, para quien puede proporcionar información de membresía.

Escriba el nombre y la dirección de la organización que mantiene datos de membresía actualizados y precisos para dicha tribu o banda de indios/os. No es necesario que el nombre sea el nombre oficial, ya que aparece exactamente en la lista del Departamento del Interior de tribus reconocidas federalmente, pero el nombre debe ser reconocible y ser lo suficientemente detallado como para permitir la verificación de la elegibilidad de la tribu. Marque solo una casilla que indique si se trata de una tribu reconocida federalmente, reconocida por el estado, tribu terminada o grupo indio organizado. Escriba el número de inscripción que establece la membresía para el/la niño/a, padre/madre o abuelo/a, si está disponible, u otra evidencia de membresía.

Declaración de certificación: Proporcione el nombre impreso del/la padre/madre/tutor y la firma, dirección, número de teléfono y correo electrónico del/la padre/madre/tutor del/la niño/a. La firma del/la padre/madre/tutor del/la niño/a verifica la exactitud de la información proporcionada.

Declaración de carga de papeleo: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 1810-0021. El tiempo requerido para completar esta parte de la recopilación de información por tipo de encuestado se estima en un promedio de 15 minutos por formulario de certificación de estudiante india/o (ED 506); incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba al Departamento de Educación de los Estados Unidos, Washington DC 20202-4651. Si tiene comentarios o inquietudes con respecto al estado de su presentación individual de este formulario, escriba directamente a: Oficina de Educación Indígena, Departamento de Educación de los EE.UU., 400 Maryland Avenue, SW., LBJ/Room 3W238, Washington D.C. 20202-6335.

Sí, tengo afiliación tribal o de banda (continúe completando el formulario 506)

No, no tengo afiliación tribal o de banda (ALTO, no continúe)

***District Staff - Please send completed forms to Multilingual Department - Elliottk818@edmonds.wednet.edu

ED506 Form Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. §1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child: _____ Date of Birth: _____ Grade level: _____

Name of School: _____ School District: _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (**Required** select only one): child child's parent child's grandparent

If the individual with Tribal membership is not the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name **and** address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name: _____ Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The Tribe or Band is (**Required** select only one):

- Federally Recognized Tribe
- State Recognized Tribe
- Terminated Tribe
- Alaska Native
- Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is: **Required**

- Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Email: _____ Date: _____

Opcional

Formulario de Interés en el Programa de Lenguaje Dual

El Programa de Lenguaje Dual está aceptando solicitudes de inscripción para el año escolar 2024-25. Se ofrece en las escuelas primarias de Cedar Valley, College Place, Mountlake Terrace y Spruce.

Información del programa

El programa de Lenguaje Dual del Distrito Escolar de Edmonds es un programa bilingüe español-inglés donde las/os estudiantes desarrollan habilidades académicas y sociales en ambos idiomas. El programa bilingüe promueve la diversidad cultural y el respeto entre todos las/os estudiantes. El programa comienza en el kínder con un 90% del día en español y un 10% en inglés. A medida que las/os estudiantes avanzan en los grados, el español disminuye en un 10% y el inglés aumenta en un 10%, alcanzando el 50% de español / 50% de inglés a partir de 4º grado. El objetivo del programa es que las/os estudiantes se vuelvan bilingües, alfabetizados en dos idiomas y logren el dominio del nivel de grado en todas las materias en ambos idiomas.

Puede encontrar más información en nuestro sitio web: [Sitio web bilingüe del Distrito Escolar de Edmonds](#)

Escuelas y grados del programa

Escuela Comunitaria de Cedar Valley: kínder - 3er Grado

Escuela Primaria de College Place: kínder - 3er Grado

Escuela Primaria de Mountlake Terrace: kínder y 1er Grado

Escuela Primaria de Spruce: kínder y 1er Grado

Entrada

Kínder y 1er grado: Cualquier estudiante, independientemente de su formación lingüística y habilidad, puede ingresar al programa de lenguaje dual.

2º grado y superior: las/os estudiantes que son hablantes nativos de español pueden ingresar automáticamente, las/os estudiantes que hablan un idioma que no sea español en casa tomarán una prueba de dominio del idioma español en comprensión auditiva y expresión oral para asegurarse de que estén preparados para el éxito.

Si su escuela designada (residencial) no es una escuela bilingüe, se le colocará en nuestra lista de espera y se le notificará la entrada a finales del verano. Tenga en cuenta que no se proporciona transporte si no vive dentro de los límites de una de las escuelas con un programa bilingüe.

Sí, estoy interesada/o en inscribir a mi hija/o en el Programa de Lenguaje Dual

SOLO PARA USO EN OFICINA

Envíe el formulario completo al Departamento de Educación Multilingüe de ESC.

Opcional

Formulario de Interés en el Programa de Lenguaje Dual

Indique la escuela de su vecindario: _____

Nombre del/la estudiante: _____

Grado en el que estará su estudiante para el año escolar 2024-2025: _____

(Nota: Solo los estudiantes que ingresan al jardín de infantes hasta el tercer grado pueden inscribirse para el año escolar 2024-2025)

Fecha de nacimiento del/la estudiante: _____

Nombre del/la tutor principal: _____

Número de teléfono del/la tutor principal: _____

Correo electrónico del/la tutor principal: _____

Por favor, elija su escuela preferida para el lenguaje dual a continuación. Si su escuela de origen no es bilingüe y está abierto a cualquier escuela de la lista, clasifique en orden de preferencia con la primera selección como su primera opción.

Primera opción: _____

Segunda opción: _____

Tercera opción: _____

Por favor, indique el idioma que su hijo habla actualmente: _____

Si su hijo/a habla otro idioma, por favor enumere los idiomas que su hijos hablan:

¿Tiene otro hijo actualmente en el programa?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cómo se llaman? _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

Envíe el formulario completo al Departamento de Educación Multilingüe de ESC.

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

El propósito de enviarle esta correspondencia es para recolectar información sobre los estudiantes que tienen necesidades de salud. Por favor llene el formulario HS-534 de “Carta de inscripción sobre la salud del estudiante” sin importar si su estudiante tenga o no tenga necesidades médicas que puedan requerir atención diaria o de emergencia para mantenerlos saludables y seguros. Como padres/tutores es importante que esté consciente de lo que se requiere por ley antes de que su estudiante pueda iniciar la escuela.

Condiciones de salud crónicas

- Si su hijo/a tiene una condición de salud que amenaza su vida y que pone a su estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no hay un medicamento o tratamiento establecido, por favor notifique a la enfermera escolar.
- Los estudiantes con condiciones de riesgo requieren tener medicamento y una orden de tratamiento de un proveedor de atención a la salud con licencia y un plan de cuidado en la escuela antes de que inicien las clases.
- Provea los cambios necesarios que ocurran durante el año escolar, ya sean números de contacto o la condición de salud de su estudiante (según la RCW 28.A.210.320).

Administración de medicamentos

- Los medicamentos deben ser enviados en su envase original si es un medicamento sin receta médica.
- Si es medicamento con receta médica, el envase deberá estar etiquetado adecuadamente y en su envase original.
- Por favor verifique las fechas de caducidad. El personal escolar no puede aplicar medicamentos caducados.
- Se requiere el consentimiento de medicamentos para cualquier medicamento aplicado en la escuela.
Se requiere de las firmas de los padres/tutores Y del proveedor de atención médica para CUALQUIER medicamento aplicado en la escuela. Esto incluye también medicamentos con y sin receta médica.
- Se aceptan consentimientos enviados por fax de los padres y/o doctores.

Puede consultar la política de medicamentos de Edmonds en el sitio web del Distrito Escolar de Edmonds bajo la sección de “School Board Policies and Procedures” (Políticas y procedimientos de la junta escolar).

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctese con la enfermera escolar.

Atentamente,
El equipo de servicios de salud

Escuela: _____

Fecha esperada de inicio: _____

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Sexo	Género preferido	Grado
Nombre de padres/tutores	Teléfono	Email		
Nombre del proveedor de salud Teléfono	Nombre del dentista Teléfono			

ALERTA: La escuela debe saber las condiciones de **SALUD QUE AMENAZAN LA VIDA** del alumno (como alergias severas, asma, diabetes, convulsiones o u otro tipo de condiciones en riesgo). Esto requiere un plan de cuidado de emergencia por amenaza de vida, cualquier medicamento y suministros necesarios, y proveer órdenes para que estén listas antes de que el alumno entre a la escuela (RCW 28A. 210.320).

HISTORIAL MÉDICO - Debe firmar en la página 2

 ¿Tiene seguro médico? Sí No

 NINGUNA CONDICIÓN CONOCIDA
Condiciones que amenazan la vida: Plan de cuidado requerido

- EG** **Anafilaxia (Epi-pen recetado)**
EK **Diabetes Tipo 1**
NP **Convulsiones (Medicamento de emergencia requerido)**
RG **Asma Severo**

Congenital / Genético

- AH** Síndrome de Down
AJ Trastorno del espectro del alcoholismo fetal

Sangre / Hematología

- BA** Anemia
BB Hemofilia
BC Rasgos de anemia drepanocítica
OJ Historial de hemorragias nasales severas

Cardiaco / Corazón

- CC** Defecto cardiaco congénito
CD Soplo cardiaco

Alergia, inmune, endocrino, metabólico y nutricional

- ED** Alergia- Alimentos
EE Alergia- Insectos
 Alergia- Otros
EL Diabetes Tipo 2

Gastrointestinal, dental y oral

- GA** Enfermedad celiaca
GG Enumere intolerancias alimenticias:
GL Intolerante a la lactosa
GF Encopresis
GO Constipación nica
GH Reflujo gástrico
GJ Enfermedad intestinal inflamatoria
GK Síndrome del intestino irritable
 Una condición dental u oral

Musculo esquelético

- MC** Reumatoide juvenil/artritis ideopática

Sistema nervioso

- NB** Diagnosticado con ADHD/ADD
NC Trastorno del espectro autista
NE Parálisis cerebral
NF Discapacidad del desarrollo
NH Migrañas
NI Dolores de cabeza recurrentes
NP Trastorno convulsivo Actual Histórico
NU Lastimadura traumática cerebral

Transplante

- OD** Anote el organo(s):

Salud mental o del comportamiento

- PA** Ansiedad
PC Depresión
PH Trastorno del sueño

Respiratorio / Respiración

- RG** Asma – Actual
RH Asma – Alguna vez diagnosticado
RA Asma – Inducido por el ejercicio
RE Condición reactiva de las vías respiratorias

Piel

- SB** Eczema / Dermatitis por contacto / Soriasis

Renal / Riñón

Por favor anote: _____

Oídos / Auditivo

- YA** Infección crónica de oídos Actual Histórico
YB Discapacidad auditiva – Ayuda(s) auditivas, implante coclear

Ojos / Vista

- YF** Usa lentes/de contacto
YE Déficit de visión de los colores
YD Discapacidad visual

OTRAS CONDICIONES: _____

Medicamentos/tratamientos en la escuela No Sí (se requiere de autorización escrita del proveedor de atención a la salud)

 Documentos completos requeridos para el medicamento en la escuela

 Medicamento en casa No Sí Por favor anote medicamentos en casa: _____

ALERGIAS

¿Qué le causa reacciones alérgicas? _____

Fecha de las reacciones alérgicas más recientes: _____

Reacciones alérgicas:

Urticaria Hinchazón de labios, boca, lengua, garganta Dificultad para respirar Nausea, calambres estomacales, vómito, diarrea

¿Esta reacción alérgica requirió de cuidado de emergencias? No Sí (Por favor explique) _____

¿Se ha realizado su estudiante una prueba de alergias? No Sí (¿Dónde y cuándo?) _____

Medicamentos para las alergias:

Nombre	Dosis	Frecuencia

ASMA

¿Qué causan los síntomas de asma? Infección respiratoria Polen/Moho Ejercicio Clima/temperatura Animales Humo

Baja calidad del aire Olores fuertes/perfumes, lociones

Fecha de diagnóstico: _____ Proveedor de salud que diagnosticó a su estudiante: _____

Medicamentos del asma:

Nombre	Dosis	Frecuencia

¿Usa su estudiante un espaciador/aerocámara con su inhalador? No Sí

¿Ha necesitado su estudiante esteroides orales (prednisone)? No Sí (¿Cuándo?) _____

¿Ha estado su estudiante hospitalizado por el asma? No Sí (por favor explique) _____

DIABETES

Fecha del diagnóstico: _____ Medicamento Oral _____ Insulina (tipo) _____

Equipo Inyector de insulina Bomba de insulina (tipo) _____ CGM (tipo) _____

¿Puede su estudiante verificar solo su BG (glucosa en la sangre)? No Sí

¿Puede su estudiante contar sus carbohidratos por sí mismo? No Sí

¿Puede su estudiante calcular solo sus dosis de insulina? No Sí

¿Puede su estudiante autoadministrarse su propia insulina? No Sí

CONVULSIONES

Fecha de primera convulsión: _____ Fecha de la convulsión más reciente: _____

Frecuencia de actividad convulsiva: Una vez Diario Semanal Mensual Anual

Tipo de convulsiones: _____

Medicamentos para las convulsiones:

Nombre	Dosis	Frecuencia

¿Ha tenido su estudiante convulsiones que requieran atención de emergencias/medicamento? No Sí ¿Cuándo? _____

Por favor explique: _____

Aparatos médicos	Estoma	Actividad Física/Movilidad
<input type="checkbox"/> OLA <input type="checkbox"/> Aparatos médicos	<input type="checkbox"/> OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomía	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador interno automático	<input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> OLC <input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> OKD <input type="checkbox"/> Traqueostomía	<input type="checkbox"/> Otros – Anote:
<input type="checkbox"/> OLD <input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> OKE <input type="checkbox"/> Urostomía	
<input type="checkbox"/> OLE <input type="checkbox"/> Sonda yeyunostómica	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Frenos		
<input type="checkbox"/> Prótesis – Anote:		
<input type="checkbox"/> Otros aparatos médicos:		

Firma del madre/padre/tutor _____

Fecha _____

Para: Madres/padres/tutores de estudiantes del Distrito Escolar de Edmonds
De: Departamento de Servicios de Salud Estudiantil

Requisitos para la inscripción escolar según la Ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.080)

- Un certificado completo del estado de inmunización. Puede ser uno de los siguientes:
 - Un CIS impreso del sistema [MyIR](#) del Departamento de Salud de Washington o un CIS de otro estado
 - Una copia física del formulario CIS con la firma de un proveedor de atención médica
 - Una copia física del CIS con los registros médicos de vacunación adjuntos de un proveedor de atención médica verificado y firmado por el personal de la escuela

- O**
- Notificación a la escuela de que se ha iniciado una serie de inmunizaciones
Esto se completará de acuerdo con el horario recomendado por su proveedor de atención médica. Las vacunas están disponibles en su proveedor de atención médica privada o puede obtener vacunas del Centro de Salud Comunitario del Condado de Snohomish www.chcsno.org. El estado condicional solo se otorgará a las/os estudiantes si han comenzado la serie de una inmunización requerida que deben recibir. Como requisito para asistir a la escuela, todas las series de inmunización deben completarse o comenzarse. Se debe presentar un registro médicamente verificado de este estado a la escuela en o antes del primer día de asistencia.

- O**
- Complete un Certificado de Exención (C.O.E.) además de la Certificación de Inmunización
Un proveedor de atención médica con licencia debe firmar el Certificado de exención para que un/a madre/padre/tutor exima a su hija/o de los requisitos de vacunación escolar. La firma verifica que el proveedor ha hablado con el/la madre/padre/tutor sobre los beneficios y riesgos de la inmunización. Un/a madre/padre/tutor también puede entregar una carta firmada por un proveedor de atención médica que indique la misma información. Si hay un brote en la escuela de cualquier enfermedad prevenible por vacunación para la cual su estudiante está exento, su estudiante será excluido de la escuela durante la duración del brote.

Todas/os las/os estudiantes matriculadas/os en una escuela pública deben seguir las reglas de vacunación, incluso si participan en una escuela alternativa o programa del distrito. Estos incluyen programas de educación en el hogar, programación vocacional o técnica, *Running Start* y cualquier programa escolar virtual. Todas/os las/os estudiantes deberán tener un Certificado de Estado de Inmunización (CIS) y / o un Certificado de Exención (COE) rellenado y archivado en la escuela para poder participar en la instrucción y las actividades escolares.

Imprimir un certificado de inmunización de *MyIR* es la mejor opción para obtener registros de vacunación de estudiantes.

[Vaya a MyIR para crear una cuenta \(Departamento de Salud del Estado de Washington\).](#)

¿Cómo puede acceder a la información de vacunación de su familia?

- [Opción 1](#): Inscríbase en MyIR Móvil en MyIRmobile.com para ver e imprimir la información de inmunización de su familia, incluyendo las vacunas contra el COVID.
- [Opción 2](#): Visite su farmacia, clínica o escuela local.
- [Opción 3](#): Solicite una cartilla de vacunación completa de su proveedor de atención médica
- [Opción 4](#): Solicite una cartilla de vacunación completa del Departamento de Salud.

Descargue e imprima el certificado de vacunación.

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2024-2025



Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	Difteria, tétanos, tos ferina	Hepatitis B	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Sarampión, paperas, rubéola	Neumocócica conjugada	Polio	Varicela
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2024	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2024	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 11.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
12.º grado	5 dosis de DTaP* Más Tdap a partir de los 7 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. ** También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela. Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2023 Spanish





Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: _____ Date: _____
 Signed COE on File? Yes No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido del niño: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):** _____

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X _____
Firma del padre, la madre o el tutor

X _____
Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional **Fecha**

▲ Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil						
●▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)						
●▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
●▲ Hepatitis B						
● Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
●▲ OPV (polio)						
●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
● PCV/PPSV (antineumocócica)						
●▲ Varicela <input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						
Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)						
COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		

▶ _____

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶ _____

Printed Name

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicíteles que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

DOH 348-013 June 2021