



**DISTRITO ESCOLAR DE SNOHOMISH 201**  
**HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES**

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

NO LLENE EL ÁREA GRIS – USO DE LA OFICINA SOLAMENTE					
STUDENT SCHOOL NUMBER	SCHOOL ENTRY DATE	MEDICAL ALERT	HOMEROOM NUMBER	LOCKER NUMBER	BUS ROUTE
					AM PM

Sí  No ¿Un miembro de su familia alguna vez ha estado inscrito en el Distrito Escolar de Snohomish?

NOMBRE DE ESTUDIANTE: Apellido <b>legal</b>		Nombre <b>legal</b>		Segundo nombre <b>legal</b>		Otro nombre que usa:
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (M/F)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad Condado Estado País			Grado:	
¿RESIDENTE DEL DISTRITO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Distrito de residencia _____		Servicio militar en la familia (marque con un círculo) A – Servicio activo en Fuerzas Armadas de EE.UU. G – Miembro Guardia Nacional M – Más de una persona en Fuerzas Armadas/Guardia Nacional N – Ninguno R- Reservista de Fuerzas Armadas de EE.UU. Z – Prefiere no contestar			IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro _____	

<b>HOGAR PRINCIPAL</b> (padre/madre/tutor con quien el estudiante reside principalmente) <i>Apellido legal (del contacto principal) Nombre legal Segundo nombre</i>		<b>TEL. PRINCIPAL</b> (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado		<b>TEL. PRINCIPAL #2</b> (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante <b>Marque una opción O indique otra opción</b>		TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado	
<i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		CORREO ELECTRÓNICO DE LA FAMILIA		CORREO ELECTRÓNICO ADICIONAL	
DOMICILIO	<i>Calle</i>	<i>No. de apto.</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>C.P.</i>
DIRECCIÓN POSTAL (Si es distinta)	<i>Calle</i>	<i>No. de apto.</i>	<i>Apartado postal</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado C.P.</i>

<b>SEGUNDO HOGAR</b> (padre/madre/tutor no custodio y que <b>no reside con el estudiante</b> ) <i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		<b>TEL # 1</b> (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado		<b>TEL # 2</b> (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado	
PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante <b>Marque una opción O indique otra opción</b>		TEL # 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado		TEL # 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular  <input type="checkbox"/> Marque si privado	
<i>Apellido legal Nombre legal Segundo nombre</i>		CORREO ELECTRÓNICO DE FAMILIA		PARENTESCO CON ESTUDIANTE: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Abuelo Abuela Tío Tía Agencia Amigo/a Estudiante	
DIRECCIÓN POSTAL DE SEGUNDO HOGAR <i>(Calle/apartado postal, ciudad, estado, C.P.)</i>			OTRA DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

ESCUELA ANTERIOR	DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR	CIUDAD Y ESTADO DE ESCUELA ANTERIOR
¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SNOHOMISH ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FECHAS DE ASISTENCIA (mes/año)
NOMBRE(S) DE ESCUELA(S) ANTERIOR(ES):		

¿EXISTE UN PLAN DE CUSTODIA COMPARTIDA O PLAN DE CRIANZA EN VIGOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si existe, el plan debe estar en los archivos de la escuela) <input type="checkbox"/> Copia anexa
¿EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN EN VIGOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si existe, los documentos legales deben estar en los archivos de la escuela) <input type="checkbox"/> Copia anexa
La orden de restricción es contra: <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> Otro _____

¿SU ESTUDIANTE HA SIDO SUSPENDIDO POR UNA INFRACCIÓN DE ARMAS?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

<p>¿SU ESTUDIANTE HA CALIFICADO PARA, O ESTADO INSCRITO EN, UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Su estudiante ha tenido un IEP (Programa de Educación Individualizada)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿SU ESTUDIANTE HA CALIFICADO PARA, O TENIDO, UN PLAN 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿EL ESTUDIANTE HA PARTICIPADO EN LO SIGUIENTE?:</p> <p><input type="checkbox"/> Título – Servicios del Título I</p> <p><input type="checkbox"/> LAP – Programa de Asistencia en el Aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Dotado – Programa de Aprendizaje Acelerado</p> <p><input type="checkbox"/> ELL – Estudiante de Inglés como Segundo Idioma</p>	<p>¿SU ESTUDIANTE HA TENIDO QUE REPETIR UN GRADO?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Qué grado(s)? _____</p>
---	--

<p>¿EL ESTUDIANTE VA A UNA GUARDERÍA?</p> <p><input type="checkbox"/> Antes de la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela</p>	<p>PROVEEDOR DE CUIDADOS</p> <p><i>Nombre</i> _____ <i>Dirección</i> _____ <i>Teléfono</i> _____</p>
<p>OTROS ARREGLOS DE CUIDADOS INFANTILES (Provea información por escrito a la escuela)</p>	

HERMANOS/AS DEL ESTUDIANTE QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SNOHOMISH			
Apellido	Nombre	Escuela	Grado

INSTRUCCIONES ESPECIALES ACERCA DE CREENCIAS RELIGIOSAS (Provea información por escrito a la escuela)

### **AUTORIZACIÓN PARA DEJAR AL ESTUDIANTE EN EL CUIDADO DE TERCEROS**

En caso de lesión, enfermedad u otra situación no urgente de un estudiante, quisiéramos poder comunicarnos enseguida con su familia u otros adultos responsables. En caso de que no podamos contactar a un padre/madre/tutor, por favor provea los datos personas de confianza que estarán disponibles durante el día para cuidar a su estudiante.

<p>CONTACTO PRINCIPAL (después de contactar al padre/madre/tutor)</p> <p><i>Apellido legal</i> _____ <i>Nombre legal</i> _____</p>	<p>PARENTESCO CON NIÑO/A</p>	<p>TEL # 1 (con código de área)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular</p>	<p>TEL # 2 (con código de área)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular</p>
<p>DOMICILIO DE CONTACTO PRINCIPAL</p> <p><i>Calle</i> _____ <i>Ciudad</i> _____ <i>Estado</i> _____ <i>C.P.</i> _____</p>			
<p>CONTACTO SECUNDARIO (después de contactar al padre/madre/tutor)</p> <p><i>Apellido legal</i> _____ <i>Nombre legal</i> _____</p>	<p>PARENTESCO CON NIÑO/A</p>	<p>TEL # 1 (con código de área)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular</p>	<p>TEL # 2 (con código de área)</p> <p><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular</p>
<p>DOMICILIO DE CONTACTO SECUNDARIO</p> <p><i>Calle</i> _____ <i>Ciudad</i> _____ <i>Estado</i> _____ <i>C.P.</i> _____</p>			

**AUTORIZACIÓN PARA DEJAR AL ESTUDIANTE EN EL CUIDADO DE TERCEROS:** En el caso de que la escuela no pueda contactar al padre/madre/tutor, doy mi autorización para que deje a mi estudiante en el cuidado de la(s) persona(s) arriba señalada(s).

*Firma de padre/madre/tutor legal* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA URGENCIAS MÉDICAS:** Comprendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo esfuerzo por contactar inmediatamente al padre/madre/tutor. Si no es posible contactar al padre/madre/tutor, doy mi autorización para que la escuela procure cuidados urgentes para mi estudiante.

*Firma de padre/madre/tutor legal* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE RECOPIACIÓN DE LA ETNICIDAD Y RAZA— DATOS EXIGIDOS POR LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES

## PREGUNTA 1. ¿Es su hijo/a de origen hispano o latino? (Marque todos que apliquen)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> H00 Hispano/a                            | <input type="checkbox"/> H07 Colombiano/a   | <input type="checkbox"/> H15 Jamaicano/a  | <input type="checkbox"/> H23 Puertorriqueño/a     |
| <input type="checkbox"/> H01 No Hispano/a ni Latino/a             | <input type="checkbox"/> H08 Costarricense  | <input type="checkbox"/> H16 Mexicano/a   | <input type="checkbox"/> H24 Salvadoreño/a        |
| <input type="checkbox"/> H02 Argentino/a                          | <input type="checkbox"/> H09 Cubano/a       | <input type="checkbox"/> H17 Mestizo/a    | <input type="checkbox"/> H25 Español/a            |
| <input type="checkbox"/> H03 Boliviano/a                          | <input type="checkbox"/> H10 Dominicano/    | <input type="checkbox"/> H18 Indígena     | <input type="checkbox"/> H26 Surinamés/a          |
| <input type="checkbox"/> H04 Brasileño/a                          | <input type="checkbox"/> H11 Ecuatoriano/a  | <input type="checkbox"/> H19 Nicaragüense | <input type="checkbox"/> H27 Uruguayo/a           |
| <input type="checkbox"/> H05 Chicano/a<br>(Mexicano- Americano/a) | <input type="checkbox"/> H12 Guatemalteco/a | <input type="checkbox"/> H20 Panameño/a   | <input type="checkbox"/> H28 Venezolano/a         |
| <input type="checkbox"/> H06 Chileno/a                            | <input type="checkbox"/> H13 Guyanés/a      | <input type="checkbox"/> H21 Paraguayo/a  | <input type="checkbox"/> H29 Hispano/a o Latino/a |
|   | <input type="checkbox"/> H14 Hondureño/a    | <input type="checkbox"/> H22 Peruviano/a  | *Escriba su propia respuesta                      |

## PREGUNTA 2. ¿Cuál raza considera Ud. que sea su hijo/a? (Marque todos que apliquen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> B00 Negro/a u afroamericano/a                     | <input type="checkbox"/> B47 Sursudanés/Sursudanesa                         | <input type="checkbox"/> B93 Mauritano/a                                     |
| <input type="checkbox"/> B01 Afroamericano/a                               | <input type="checkbox"/> B48 Sudanés/Sudanesa                               | <input type="checkbox"/> B94 Nigerino/a (Niger)                              |
| <input type="checkbox"/> B02 Afrocanadiense                                | <input type="checkbox"/> B49 Ugandés/Ugandesa                               | <input type="checkbox"/> B95 Nigeriano/a (Nigeria)                           |
| <input type="checkbox"/> B03 Anguleño/a                                    | <input type="checkbox"/> B50 Tanzano/a (República Unida de Tanzania)        | <input type="checkbox"/> B96 Santaaleño/a                                    |
| <input type="checkbox"/> B04 Antigüeño/a                                   | <input type="checkbox"/> B51 Zambiano/a                                     | <input type="checkbox"/> B97 Senegalés/a                                     |
| <input type="checkbox"/> B05 Bahamés/Bahamesa                              | <input type="checkbox"/> B52 Zimbabuense                                    | <input type="checkbox"/> B98 Sierraleonés/Sierraleonesa                      |
| <input type="checkbox"/> B06 Barbadense                                    | <input type="checkbox"/> B53 África oriental *Escriba su propia respuesta   | <input type="checkbox"/> B99 Togolés/Togolesa                                |
| <input type="checkbox"/> B07 Bartolomeño/a (San Bartolomé)                 | <input type="checkbox"/> B54 Argentino/a                                    | <input type="checkbox"/> C01 África Occidental *Escriba su propia respuesta  |
| <input type="checkbox"/> B08 Virgenense                                    | <input type="checkbox"/> B55 Beliceño/a                                     | <input type="checkbox"/> C02 Negro/a *Escriba su propia respuesta            |
| <input type="checkbox"/> B09 Caimanés/a (Isla de Caimán)                   | <input type="checkbox"/> B56 Boliviano/a                                    | <input type="checkbox"/> W00 Blanco/a  |
| <input type="checkbox"/> B10 Cubano/a-dominicano/a                         | <input type="checkbox"/> B57 Brasileño/a                                    | <input type="checkbox"/> W01 Bosnio/a  |
| <input type="checkbox"/> B11 Dominicano/a (República Dominicana)           | <input type="checkbox"/> B58 Chileno/a                                      | <input type="checkbox"/> W02 Herzegovino/a                                   |
| <input type="checkbox"/> B12 Antillano/a (Las Antillas Holandesas)         | <input type="checkbox"/> B59 Colombiano/a                                   | <input type="checkbox"/> W03 Polaco/a  |
| <input type="checkbox"/> B13 Granadino/a                                   | <input type="checkbox"/> B60 Costarricense                                  | <input type="checkbox"/> W04 Rumano/a  |
| <input type="checkbox"/> B14 Guadalupeño/a                                 | <input type="checkbox"/> B61 Ecuatoriano/a                                  | <input type="checkbox"/> W05 Ruso/a  |
| <input type="checkbox"/> B15 Haitiano/a                                    | <input type="checkbox"/> B62 Salvadoreño/a                                  | <input type="checkbox"/> W06 Ucranio/a                                       |
| <input type="checkbox"/> B16 Jamaicano/a                                   | <input type="checkbox"/> B63 Malvinense (de las Malvinas o Islas Falkland)  | <input type="checkbox"/> W07 Europeo/a oriental *Escriba su propia respuesta |
| <input type="checkbox"/> B17 Martiniqueño/a                                | <input type="checkbox"/> B64 Francoguyanés/Francoguyanesa                   | <input type="checkbox"/> W08 Algerino/a                                      |
| <input type="checkbox"/> B18 Montserratino/a                               | <input type="checkbox"/> B65 Guatemalteco/a                                 | <input type="checkbox"/> W09 Amazig or Bereber                               |
| <input type="checkbox"/> B19 Puertoricense                                 | <input type="checkbox"/> B66 Guyanés/Guyanesa                               | <input type="checkbox"/> W10 Árabe   |
| <input type="checkbox"/> B20 Caribeño/a *Escriba su propia respuesta       | <input type="checkbox"/> B67 Hondureño/a                                    | <input type="checkbox"/> W11 Asirio/a  |
| <input type="checkbox"/> B21 Angoleño/a                                    | <input type="checkbox"/> B68 Mexicano/a                                     | <input type="checkbox"/> W12 Bahreiní  |
| <input type="checkbox"/> B22 Camerunés/Camerunesa                          | <input type="checkbox"/> B69 Nicaragüense                                   | <input type="checkbox"/> W13 Bedouino/a                                      |
| <input type="checkbox"/> B23 Centrafricano/a (República Africana Central)  | <input type="checkbox"/> B70 Panameño/a                                     | <input type="checkbox"/> W14 Caldeano/a                                      |
| <input type="checkbox"/> B24 Chadiano/a                                    | <input type="checkbox"/> B71 Paraguayo/a                                    | <input type="checkbox"/> W15 Copto/a   |
| <input type="checkbox"/> B25 Congoleño/a (República del Congo)             | <input type="checkbox"/> B72 Peruviano/a                                    | <input type="checkbox"/> W16 Druso/a   |
| <input type="checkbox"/> B26 Congoleño/a (República Democrática del Congo) | <input type="checkbox"/> B73 Surgeorgiano/a                                 | <input type="checkbox"/> W17 Egipto/a  |
| <input type="checkbox"/> B27 Guineano/a Equatorial                         | <input type="checkbox"/> B74 Surinamés/Surinamesa                           | <input type="checkbox"/> W18 Emirati   |
| <input type="checkbox"/> B28 Gabonés/Gabonesa                              | <input type="checkbox"/> B75 Uruguayo/a                                     | <input type="checkbox"/> W19 Iraní   |
| <input type="checkbox"/> B29 Santotomense (Isla Santo Tomé)                | <input type="checkbox"/> B76 Venezolano/a                                   | <input type="checkbox"/> W20 Iraquí  |
| <input type="checkbox"/> B30 Santotomense príncipeño/a (Isla Príncipe)     | <input type="checkbox"/> B77 Latinoamericano/a *Escriba su propia respuesta | <input type="checkbox"/> W21 Israelí   |
| <input type="checkbox"/> B31 Centrafricano/a *Escriba la respuesta         | <input type="checkbox"/> B78 Botsuano/a                                     | <input type="checkbox"/> W22 Jordaniano/a                                    |
| <input type="checkbox"/> B32 Burundés/Burundesa                            | <input type="checkbox"/> B79 Lesotense (Lesoto)                             | <input type="checkbox"/> W23 Kurdo/a   |
| <input type="checkbox"/> B33 Comorense                                     | <input type="checkbox"/> B80 Namibio/a                                      | <input type="checkbox"/> W24 Lebanés/Lebanesa                                |
| <input type="checkbox"/> B34 Yibutiano/a                                   | <input type="checkbox"/> B81 Surafricano/a                                  | <input type="checkbox"/> W25 Libio/a   |
| <input type="checkbox"/> B35 Eritreo/a                                     | <input type="checkbox"/> B82 Suazí  | <input type="checkbox"/> W26 Marroquí  |
| <input type="checkbox"/> B36 Etiope  | <input type="checkbox"/> B83 Surafricano/a *Escriba su propia respuesta     | <input type="checkbox"/> W27 Omaní   |
| <input type="checkbox"/> B37 Keniano/a                                     | <input type="checkbox"/> B84 Beninés/Beninesa                               | <input type="checkbox"/> W28 Palestino/a                                     |
| <input type="checkbox"/> B38 Malagache (Madagascar)                        | <input type="checkbox"/> B85 Bisauguineano/a                                | <input type="checkbox"/> W29 Catarí  |
| <input type="checkbox"/> B39 Malaui  | <input type="checkbox"/> B86 Burkinés/Burkinesa (Burkina Faso)              | <input type="checkbox"/> W30 Saudí   |
| <input type="checkbox"/> B40 Mauriciano/a (Mauricio)                       | <input type="checkbox"/> B87 Capoverdiano/a                                 | <input type="checkbox"/> W31 Sirio/a   |
| <input type="checkbox"/> B41 Mayotense (Mayotte)                           | <input type="checkbox"/> B88 Marfileño/a (Costa de Marfil)                  | <input type="checkbox"/> W32 Tunecino/a                                      |
| <input type="checkbox"/> B42 Mozambiqueño/a                                | <input type="checkbox"/> B89 Gambiano/a                                     | <input type="checkbox"/> W33 Yemení  |
| <input type="checkbox"/> B43 Reunionés/Reunionesa                          | <input type="checkbox"/> B90 Ghanés/Ghanesa                                 | <input type="checkbox"/> W34 Mediorienta *Escriba su propia respuesta        |
| <input type="checkbox"/> B44 Ruandés/Ruandesa                              | <input type="checkbox"/> B91 Liberiano/a                                    | <input type="checkbox"/> W35 Norteafricano/a *Escriba su propia respuesta    |
| <input type="checkbox"/> B45 Seychelense                                   | <input type="checkbox"/> B92 Maliense                                       | <input type="checkbox"/> W36 Blanco/a *Escriba su propia respuesta           |
| <input type="checkbox"/> B46 Somalí  |   |  |

Favor de ver al dorso para opciones adicionales.

\*Respuesta propia

**¿Cuál(es) razas considera Ud. que sea su hijo/a? (Marque todos que apliquen) Continuo**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> W37 Kuwaití   | <input type="checkbox"/> N26 Tribu Snohomish   | <input type="checkbox"/> A18 Okinawense   |
| <input type="checkbox"/> N00 Nativoamericano u Indígena de Alaska                                    | <input type="checkbox"/> N27 Tribu indígena Snoqualmie                               | <input type="checkbox"/> A19 Pakistaní  |
| <input type="checkbox"/> N01 Tribu Chinook   | <input type="checkbox"/> N28 Tribu Snoqualmoo  | <input type="checkbox"/> A20 Punyabí  |
| <input type="checkbox"/> N02 Las tribus confederadas y bandas de la nación Yakama                    | <input type="checkbox"/> N29 Tribu Spokane de la Reservación Spokane                 | <input type="checkbox"/> A21 Singaporens  |
| <input type="checkbox"/> N03 Las tribus confederadas de la reservación Chehalis                      | <input type="checkbox"/> N30 Tribu Isla Squaxin de la Reservación Isla Squaxin       | <input type="checkbox"/> A22 Esrilanqués/a o Ceilanés/Ceilanesa                 |
| <input type="checkbox"/> N04 Las tribus confederadas de la reservación Cowlitz                       | <input type="checkbox"/> N31 Tribu Steilacoom  | <input type="checkbox"/> A23 Taiwanese  |
| <input type="checkbox"/> N05 Tribu de Indios Cowlitz   | <input type="checkbox"/> N32 Tribu Los indios de Stillaguamish de Washington         | <input type="checkbox"/> A24 Tailandés/Tailandesa                               |
| <input type="checkbox"/> N06 Tribu Duwamish  | <input type="checkbox"/> N33 Tribu indígena Suquamish de la Reservación Port Madison | <input type="checkbox"/> A25 Tibetano/a   |
| <input type="checkbox"/> N07 Tribu de Indios Hoh   | <input type="checkbox"/> N34 Comunidad Tribal Indígena de Swinomish                  | <input type="checkbox"/> A26 Vietnamita   |
| <input type="checkbox"/> N08 Tribu Jamestown S'Klallam   | <input type="checkbox"/> N35 Las Tribus Tulalip de Washington                        | <input type="checkbox"/> A27 Asiático/a *Escriba su propia respuesta            |
| <input type="checkbox"/> N09 Comunidad indígena Kalispel de la Reservación Kalispel                  | <input type="checkbox"/> N37 Nativoamericano/a *Escriba su propia respuesta          | <input type="checkbox"/> P00 Hawaiano/a nativo/a u otro/a isleño/a del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> N10 Nación indígena Kikiallus   | <input type="checkbox"/> N38 Skagit superior   | <input type="checkbox"/> P01 Caroliniano/a                                      |
| <input type="checkbox"/> N11 Comunidad tribal Lower Elwha  | <input type="checkbox"/> A00 Asiático/a  | <input type="checkbox"/> P02 Chamorro/a   |
| <input type="checkbox"/> N12 Tribu Lummi de la Reservación Lummi                                     | <input type="checkbox"/> A01 Indio/a asiático/a                                      | <input type="checkbox"/> P03 Chuukés/Chuukesa                                   |
| <input type="checkbox"/> N13 Tribu indígena Makah de la Reservación Makah                            | <input type="checkbox"/> A02 Bangladesí  | <input type="checkbox"/> P04 Fiyiano/a  |
| <input type="checkbox"/> N14 La banda Marietta de la tribu Nooksack                                  | <input type="checkbox"/> A03 Butanés/Butanesa  | <input type="checkbox"/> P05 Kiribatiano/a o Gilbertés/Gilbertesa               |
| <input type="checkbox"/> N15 Tribu indígena Muckleshoot  | <input type="checkbox"/> A04 Birmano/a o Myanmeno/a                                  | <input type="checkbox"/> P06 Kusaeño/a  |
| <input type="checkbox"/> N16 Tribu indígena Nisqually  | <input type="checkbox"/> A05 Camboyano/a o Khmer                                     | <input type="checkbox"/> P07 Maorí  |
| <input type="checkbox"/> N17 Tribu indígena Nooksack de Washington                                   | <input type="checkbox"/> A06 Etnia Cham  | <input type="checkbox"/> P08 Marshalés/Marshalesa                               |
| <input type="checkbox"/> N18 Tribu Port Gamble S'Klallam   | <input type="checkbox"/> A07 Chino/a   | <input type="checkbox"/> P09 Hawaiano/a nativo/a                                |
| <input type="checkbox"/> N19 Tribu Puyallup de la Reservación Puyallup                               | <input type="checkbox"/> A08 Filipino/a  | <input type="checkbox"/> P10 Vanuatense   |
| <input type="checkbox"/> N20 Tribu Quileute de la Reservación Quileute                               | <input type="checkbox"/> A09 Hmong   | <input type="checkbox"/> P11 Palauano/a   |
| <input type="checkbox"/> N21 Nación indígena Quinault  | <input type="checkbox"/> A10 Indonesiano/a   | <input type="checkbox"/> P12 Papuano/a  |
| <input type="checkbox"/> N22 Nación indígena Samish  | <input type="checkbox"/> A11 Japonés/Japonesa  | <input type="checkbox"/> P13 Pohnpeiano/a                                       |
| <input type="checkbox"/> N23 Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington                              | <input type="checkbox"/> A12 Korean/a  | <input type="checkbox"/> P14 Samoano/a  |
| <input type="checkbox"/> N24 Tribu indígena Shoalwater Bay de la Reservación indígena Shoalwater Bay | <input type="checkbox"/> A13 Laosiano/a  | <input type="checkbox"/> P15 Salmonense   |
| <input type="checkbox"/> N25 Tribu indígena Skokomish  | <input type="checkbox"/> A14 Malasiano/a   | <input type="checkbox"/> P16 Tahitiano/a  |
|  | <input type="checkbox"/> A15 Etnia Mien (Yao)  | <input type="checkbox"/> P17 Tokelauense  |
|  | <input type="checkbox"/> A16 Mongoliano/a  | <input type="checkbox"/> P18 Tongano/a  |
|  | <input type="checkbox"/> A17 Nepalí  | <input type="checkbox"/> P19 Tuvaluano/a  |
|  |  | <input type="checkbox"/> P20 Yapés/Yapesa                                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> P21 Isleño/a del Pacífico                              |

\*Respuesta propia \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN REQUERIDA: Si ha nacido en otro país fuera de los Estados Unidos, favor de contestar estas preguntas:**

¿Desde hace cuántos meses ha estado en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ ¿Desde hace cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo escolarización formal afuera de los Estados Unidos?  Sí  No

¿En dónde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma legal del padre/tutor para la verificación: \_\_\_\_\_



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:
<p>Nombre del padre, madre o tutor legal _____</p> <p>Firma del padre, madre o tutor legal _____</p>		
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b></p> <p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____</p> <p>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____</p>	
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b></p> <p>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)? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____</p>	
<p><b>Educación previa</b></p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><b>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</b></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____</p> <p>Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes      Día      Año</p>	

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



# INFORMACIÓN DE URGENCIA

**Para brindar atención inmediata y segura a su hijo/a y cumplir sus deseos en caso de una lesión o enfermedad en la escuela, requerimos la siguiente información. Por favor llene completamente e imprima.**

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Apellido del estudiante en letras de molde: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Año en que gradúe: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Inicial del segundo

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad CP

Vive con:  Padres  Madre sola  Madre/padrastro  Guardián  Padre solo  Padre/madrastra

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/guardián 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/guardián 2: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Idioma principal en la casa :  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Guardería (si tiene): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Complete lo siguiente si el estudiante tiene un padre/madre sin custodia que pueda tomar decisiones de emergencia para el estudiante y recibir copias de los registros que involucran a este estudiante, incluyendo boletines, informes de calificaciones, correspondencia, etc.**

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad CP

Nombre de padre/madre/guardián 1: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/guardián 2: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Además del padre/tutor, si no podemos localizarlo, la escuela puede llamar y entregar a su hijo/a a cualquiera de las siguientes personas:**

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Nombre 1: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre 3: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel del trabajo : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Por favor anote la información de todos los estudiantes inscritos en el Distrito Escolar de Snohomish este año. (Anote primero los estudiantes de esta escuela).**

Marque la casilla si alguna información de esta sección es nueva

Apellido	Primer nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de padre/madre o guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Apellido/Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  M  F Grade: \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

Esta información es necesaria para planear un programa apropiado para su estudiante y para estar preparados para cualquier situación de emergencia en caso de que suceda. \*La ley del Estado de Washington requiere que las **CONDICIONES DE AMENAZA-A LA VIDA** tales como **ANAFILAXIA, DIABETES, CONVULSIONES o ASMA** tengan un plan de salud completo antes del primer día de escuela. Por favor contacte a la enfermera de la escuela lo antes posible para asegurarse que todos los documentos estén completos.

**Condiciones congénitas/genéticas**

AG  Otros \_\_\_\_\_  
 AJ  Trastorno del espectro alcohólico feta \_\_\_\_\_

**Hematología (Sangre)**

BB  \*Hemofilia \_\_\_\_\_  
 BC  Anemia Falciforme \_\_\_\_\_  
 BD  Otras condiciones de la Sangre \_\_\_\_\_

**Condiciones cardiovasculares / cardíacas**

CG  Otros \_\_\_\_\_

**Endocrino, Alergia, Sistema Inmunológico, Metabólico, y Nutricional**

EB  Otras Alergias \_\_\_\_\_  
 ED  Alergias de alimentos \_\_\_\_\_  
 EE  Alergias de insectos \_\_\_\_\_  
 EG  \*Condición Anafiláctica (EpiPen) \_\_\_\_\_  
 EJ  Fibrosis Quística \_\_\_\_\_  
 EK/L  \*Diabetes Tipo 1  \*Diabetes Tipo 2  
 EM  Alergias a Medicamento(s) \_\_\_\_\_  
 EN  Trastorno Alimenticia \_\_\_\_\_  
 EO  Otro Trastorno Endocrino, Inmune o Metabólico \_\_\_\_\_  
 EU  Trastorno de la Tiroides \_\_\_\_\_

**Condiciones Gastrointestinales, Dentales y Orales**

GA/J/K  Enfermedad Celíaca  Crohn's  Intestino Irritable  
 GD  Cnodición Dental \_\_\_\_\_  
 GG  Intolerancia a la comida \_\_\_\_\_  
 GH/L  Gastroesophageal Reflux  Intolerancia a la Lactosa  
 GI  Otros \_\_\_\_\_  
 GM  Enfermedad del Hígado \_\_\_\_\_  
 GN  Condición Oral \_\_\_\_\_

**Tejido musculoesquelético y conectivo**

MB  Otros \_\_\_\_\_  
 MC  Artritis reumatoide juvenil \_\_\_\_\_  
 MD  Distrofia Muscular \_\_\_\_\_  
 MF  Osgood-Schlatter \_\_\_\_\_  
 MH  Escoliosis \_\_\_\_\_

**Piel y Tejido Subcutáneo**

SB  Detmatitis de Contacto(Eccema) \_\_\_\_\_  
 SH  Otros \_\_\_\_\_

Se necesita medicamento en casa?  No  Sí Por favor enumere: \_\_\_\_\_

Se necesita medicamento en la escuela?  No  Sí Por favor enumere: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

**Historial Médico (Señale todas las opciones que apliquen) o  No existen preocupaciones de salud en estos momentos (por favor firme al final).**

Si el padre/tutor o el contacto de emergencia autorizado no pueden ser contactados en el momento de una emergencia médica, y si la atención inmediata es urgente a juicio de las autoridades escolares. Autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más accesible. Entiendo que asumiré responsabilidad total por el pago de cualquier servicio prestado. Entiendo que la información dada anteriormente se compartirá con el personal escolar apropiado que necesita saber para proporcionar la salud y la seguridad de mi estudiante. Yo otorgo mi permiso para que el personal del Distrito escolar de Snohomish obtenga y meta las fechas de las vacunas en el WAIS para mantener el archivo de vacunas de mi estudiante.

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

**Sistema Nervioso**

ADHD-Inatento  ADHD-Hperactividad/Impulsividad  
 NB  ADHD-Combinado, Diagnosticado el día \_\_\_\_\_  
 NC  Desorden del Espectro Autismo \_\_\_\_\_  
 ND  Condición del sistema nervioso central Otro \_\_\_\_\_  
 NE  Parálisis Cerebral \_\_\_\_\_  
 NF  La discapacidad del desarrollo \_\_\_\_\_  
 NH/I/J  Migrañas  Dolores de Cabeza  Derivación  
 NN  Paralisis \_\_\_\_\_  
 NP  \*Transtorno Convulsivo \_\_\_\_\_  
 NQ  Cnodición Sensorial \_\_\_\_\_  
 NS  Espina Bífidaa \_\_\_\_\_  
 NT  Lesión de la Médula Espinal \_\_\_\_\_  
 NU  Lesión Cerebral Traumática \_\_\_\_\_

**Condiciones de la salud del Comportamiento**

PA  Ansiedad \_\_\_\_\_  
 PC  Depresión \_\_\_\_\_  
 PH  Desorden del sueño \_\_\_\_\_  
 PI  Síndrome de Tourette \_\_\_\_\_  
 PJ  Otros \_\_\_\_\_

**Respiratorio**

RA  Brocoespasmo inducido por ejercicio  \*Inhalador  
 RE  Enfermedad reactiva de las vías respiratorias \_\_\_\_\_  
 RF  Otros \_\_\_\_\_  
 RG  \*Asma – actual  \*Inhalador  
 RH  Asma – Diagnosticado por siempre

**Neoplasias (Cáncer/Tumores)**

TI  Otros \_\_\_\_\_

**Renal y Genitourinario**

UB  Infección Crónica del Tracto Urinario \_\_\_\_\_  
 UC  Dismenorrea (periodos menstruales dolorosos) \_\_\_\_\_  
 UD  Condición genito-urinaria otro \_\_\_\_\_  
 UH  Condición renal otro \_\_\_\_\_

**Ojo y Oído**

YB  Discapacidad Auditiva \_\_\_\_\_  
 YA/YC  Infecciones Crónicas del Oído  Infección del Oído \_\_\_\_\_  
 YD  Discapacidad Visual \_\_\_\_\_  
 YE  Condición de la Vista \_\_\_\_\_  
 YF  Usa lentes \_\_\_\_\_ última evaluación de la vista: \_\_\_\_\_



# Cuestionario de Alojamiento para Estudiantes del Programa McKinney-Vento (MKV)

**Complete este formulario sólo si su situación de vivienda es transitoria o inestable.  
Si es propietario, alquila o arrienda su casa, NO complete este formulario.**

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios para los que este estudiante puede ser elegible según la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento brinda servicios y apoyo para niños y jóvenes sin hogar. (Consulte el reverso para obtener más información).

Si el estudiante vive en una casa de propiedad o alquilada por el padre o tutor, no es necesario completar este formulario a menos que haya instalaciones inadecuadas (no hay agua, calefacción, electricidad, etc.). Si no es propietario ni alquila su propia casa, marque todas las opciones que corresponda a continuación.

- En un motel/hotel
- En un refugio (corto tiempo/largo tiempo)
- Moviéndose de un lugar a otro/navegando en sofás
- En la casa o departamento de alguien más con otra familia
- En un carro, parque, Traila campamento, o locación similar
- Hogar de transición
- En una residencia con utilidades no adecuadas (no agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Otro.

Enliste todos los niños(as) en edad preescolar y escolar que viven con usted (en letra de imprenta claramente):

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

ID del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

ID del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

ID del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

- El/la Estudiante no está acompañado/a (No está viviendo con un padre/madre o tutor legal)
- El/la Estudiante está viviendo con un padre/madre o tutor legal
- El/la Estudiante está en cuidado de crianza (Foster care).

Dirección de Residencia Actual \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

El/la Estudiante necesita transportación para/de la escuela:  Sí  No

Escriba el nombre del Padre/Madre/Tutor Legal \_\_\_\_\_  
(o Joven no acompañado)

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(o Joven no acompañado)

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que la información proporcionada es verdadera y correcta.

**Por favor, entregue el formulario completo su consejero/a escolar.**



**SEC. 725. Definiciones**

Para efectos de este subtítulo:

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

(2) El término “niños y jóvenes sin hogar” -

(A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (dentro del significado de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye –

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o terrenos para acampar debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en hospitales;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no diseñado ni utilizado normalmente como alojamiento habitual para dormir de seres humanos (dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C));

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

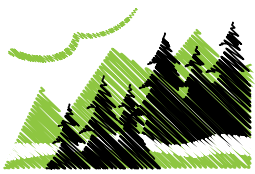
(iv) niños migratorios (según se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los propósitos de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

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

**Recursos Adicionales**

Información y Recursos pueden ser encontrados en las siguientes direcciones:

- Centro Nacional para la Educación para personas sin hogar - <https://nche.ed.gov>
- Asociación Nacional para la Educación de niños y jóvenes sin hogar (NAEH CY) – [www.naehcy.org/resources](http://www.naehcy.org/resources)
- Conexión Escuela-Casa - [www.schoolhouseconnection.org](http://www.schoolhouseconnection.org)



# Asistencia a la escuela

## *el formulario*

## La ley estatal requiere la asistencia a la escuela.

- La ley estatal requiere que los niños de las edades de 8 a 17 asistan a la escuela.
- Los niños que tienen 6 o 7 años, que están inscritos en una escuela, también tienen que asistir a la escuela.
- Los jóvenes que tienen 16 o más pueden estar disculpados de asistir a la escuela si cumplen con ciertos requisitos según la ley estatal (RCW 28A.225.010).
- Si su hijo va a estar ausente, favor de ponerse en contacto con la oficina de la escuela.

## Los deberes de la escuela cuando está ausente un estudiante:

- Si su hijo/a tiene tres ausencias sin excusa en un mes, la ley estatal (RCW 28A.225.020) requiere que fijemos una conferencia con usted y su hijo/a.
- En la escuela primaria después de cinco ausencias con excusa en un mes, o diez o más ausencias con excusa en el año escolar, se requiere que el distrito escolar se ponga en contacto con usted para fijar una conferencia. No se requiere una conferencia si su hijo/a ha surtido un recado del doctor, o arreglado de antemano la ausencia por escrito, y se han hecho planes para que su hijo/a no se atrase académicamente.
- Si su hijo/a tiene siete ausencias sin excusa en un mes o diez ausencias sin excusa durante el año escolar, se nos requiere que presentemos una petición con la corte Juvenil, alegando una violación de RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia requerida. Usted y su hijo/a necesite presentarse en la corte juvenil.

## ¿Sabías?

- El asistir a la escuela a tiempo, todo el día, todos los días dará a su hijo/a la mejor oportunidad de graduarse de la preparatoria.

- Empezando en el kindergarten, faltar un promedio de solamente dos días al mes, con excusa o sin excusa, hace más probable que su hijo/a no alcance los estándares académicos en matemática y lectura al llegar al tercer grado.
- Al grado 6, el estar ausente es una de tres señas que un estudiante abandone sus estudios de la preparatoria.
- Las ausencias pueden ser una seña que un estudiante esté perdiendo el interés por la escuela, batalle con las tareas, que alguien le esté acosando, o que esté enfrentando a otra dificultad potencialmente seria.
- Al noveno grado, la asistencia regular es un mejor pronóstico de la tasa de graduación de la preparatoria que las calificaciones de los exámenes del octavo grado.

## Lo que usted puede hacer:

- No deje que su hijo/a quede en casa a menos que esté realmente enfermo, como con fiebre, vomito, diarrea o una roncha contagiosa.
- Evite citas y viajes durante días de escuela.
- Manténgase al corriente de la asistencia de su hijo/a. Faltar más que nueve días, con excusa o sin excusa, puede poner a su hijo/a en riesgo de atrasarse.
- Establece una rutina regular de hora de acostarse y de la mañana junto con terminar la tarea y empacar las mochilas la noche anterior.
- Ten un plan de respaldo hecho con familia, vecinos, u otros padres para que su hijo/a llegue a la casa si ocurre algo.

Si usted está batallando para que su hijo/a llegue a la escuela por cualquier razón, estamos aquí para apoyarle y trabajar con usted hacia posibles resoluciones. No dude en ponerse en contacto con la oficina de la escuela para fijar una cita para platicar de la asistencia de su hijo/a.

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted otros hijos que asisten a una escuela en el Distrito escolar de Snohomish?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

*Yo declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington que la información dada aquí es verdadera y correcta.*

**Nombre en imprenta de la persona que llena el formulario:** \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que llena el formulario:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Parentesco con el/la estudiante(s):  Padre/madre  Tutor dativo  Estudiante  Otro \_\_\_\_\_

Por favor lee y completa este formulario y regrésalo a la oficina de la escuela de tu estudiante para fines de septiembre.



**Permiso para divulgar archivos educacionales**

El/la siguiente estudiante está/estaba inscrito/a en el Distrito escolar de Snohomish:

Estudiante \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Estudiante \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Con el fin de recopilar datos relevantes para la programación educativa, solicitamos la transferencia de registros de los estudiantes mencionados anteriormente entre el Distrito Escolar de Snohomish y:

Nombre/Agencia/Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(agencia o escuela anterior)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Favor de mandar archivos educacionales que incluyen lo siguiente:

*(Programas especiales incluyen International Baccalaureate, ELL/MLL, Honores, etc.)*

- Todas calificaciones de eval. Estatales
- Registros de asistencia
- Registros de disciplina
- Multas/cuotas no pagadas\*
- Expediente académico
- Estatus de Historia del estado de Washington =
- Información de examen estandarizada
- Expediente acumulativa educacional
- Colocación en programas especiales
- Verificación de fecha de nacimiento
- Horario del año actual y/o año futuro (Preparatoria solamente)
- Registros de vacunación
- Formulario de retirada y notas
- Boletas de calificaciones
- Plan 504
- Otro

**Agencia/escuela que responde favor de dirigir esta información respecto a este estudiante a:**

- Cascade View Elementary – Fax: 360-563-7004 – Tel: 360-563-7000 – 2401 Park Ave., Snohomish, WA 98290
- Cathcart Elementary – Fax: 360-563-7078 – Tel: 360-563-7075 – 8201 188th St. SE, Snohomish, WA 98296
- Central Emerson Elementary – Fax: 360-563-7157 – Tel: 360-563-7150 – 1103 Pine Ave., Snohomish, WA 98290
- Dutch Hill Elementary – Fax: 360-563-4455 – Tel: 360-563-4450 – 8231 131st Ave. SE, Snohomish, WA 98290
- Little Cedars Elementary – Fax: 360-563-2902 – Tel: 360-563-2900 – 7408 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
- Machias Elementary – Fax: 360-563-4828 – Tel: 360-563-4825 – 231 147th Ave. SE, Snohomish, WA 98290
- Riverview Elementary – Fax: 360-563-4378 – Tel: 360-563-4375 – 7322 64th St., SE, Snohomish, WA 98290
- Parent Partnership Program – Fax: 360-563-3439 – Tel: 360-563-3423 – 525 13th St., Snohomish, WA 98290
- Seattle Hill Elementary – Fax: 360-563-4680 – Tel: 360-563-4675 – 12711 51st Ave. SE, Everett, WA 98208
- Totem Falls Elementary – Fax: 360-563-4756 – Tel: 360-563-4756 – 14211 Sno-Cascade Drive, Snohomish, WA 98296
- Centennial Middle School – Fax: 360-563-4585 – Tel: 360-563-4528 – 3000 South Machias Rd., Snohomish, WA 98290
- Valley View Middle School – Fax: 360-563-4236 – Tel: 360-563-4239 – 14308 Broadway Ave. SE, Snohomish, WA 98296
- AIM High School – Fax: 360-563-3402 – Tel: 360-563-3400 – 525 13th St., Snohomish, WA 98290
- Glacier Peak High School – Fax: 360-563-7630 – Tel: 360-563-7600 – 7401 144th Place SE, Snohomish, WA 98296
- Snohomish High School – Fax: 360-563-4197 – Tel: 360-563-4059 – 1316 Fifth St., Snohomish, WA 98290

De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia [E.U. Código: Título 20, Sección 123g, a(6) 1B], no es necesario obtener un permiso por escrito para divulgar registros. Los funcionarios escolares en los sistemas escolares en los que el/la estudiante tiene la intención de inscribirse pueden recibir el registro de un estudiante sin el permiso por escrito para dicha divulgación. Reconozco la notificación de esta transferencia de registros según lo requerido por la Ley de Privacidad y derechos educativos de la familia de 1974 y entiendo que tengo derecho a recibir una copia a mi cargo, si se solicita, y tengo la oportunidad de una audiencia para cuestionar el contenido de los registros. Entiendo que la información transferida será tratada de manera confidencial y no será transmitida a un tercero sin mi permiso, excepto lo permitido por WAC 392-171-631.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Padre/madre/tutor o estudiante mayor de edad**

\*Favor de informarnos si no se puede mandar los registros debido a multas/cuotas no pagadas.

# Encuesta de Transporte de Estudiantes 2025-2026

¿Su estudiante tomará el autobús escolar durante el año escolar 2025-2026? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del estudiante \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante (si se sabe) \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante (domicilio y ciudad) \_\_\_\_\_

## Escuela a la cual el estudiante asistirá durante el año escolar 2025-2026

Cathcart Elementary _____	Totem Falls Elementary _____
Central Emerson Elementary _____	Centennial Middle School _____
Cascade View Elementary _____	Valley View Middle School _____
Dutch Hill Elementary _____	AIM High School (no hay servicios de autobús) _____
Little Cedars Elementary _____	Glacier Peak High School _____
Machias Elementary _____	Snohomish High School _____
Riverview Elementary _____	PPP (no hay servicios de autobús) _____
Seattle Hill Elementary _____	

## Grado del estudiante durante el año escolar 2025-2026

Kindergarten _____	7th grade _____
1st grade _____	8th grade _____
2nd grade _____	9th grade _____
3rd grade _____	10th grade _____
4th grade _____	11th grade _____
5th grade _____	12th grade _____
6th grade _____	

Dónde recogerlo en la mañana Casa \_\_\_\_\_ No tomará el autobús \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dónde dejarlo en la tarde Casa \_\_\_\_\_ No tomará el autobús \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿El estudiante pedirá un pase de autobús permanente al comienzo del año para que lo pasen a recoger o dejar en otro lugar? De ser así, ¿con qué destino? \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Un formulario se debe llenar por cada estudiante en su hogar que asistirá a una escuela del Distrito Escolar de Snohomish durante el año escolar 2025-2026. Por favor, devuelva el formulario completado a la escuela de su estudiante. Comuníquese con el Departamento de Transporte al (360) 563-3525 si tiene dudas o preguntas. **Para los alumnos a quienes se les haya otorgado una varianza, no se les proporcionará ni se les garantizará el transporte.**

Programa Educativo Migrante Título I del Estado de Washington

## Cuestionario de Elegibilidad

Estimados padres/tutores legales:

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública del Estado de Washington suministra fondos para programas diseñados para ayudar a niños entre las edades de 0 a 21 quienes se hayan mudado dentro de los últimos tres años, ya sean con sus padres o sin acompañantes, con el motivo de buscar u obtener trabajos temporales o estacionales con las siguientes actividades laborales como medios principales de sustento:

- Agricultura
- Granjas de aves (Avícola)
- Ganado de bovino (Res)
- Bodegas/plantas empacadoras
- Silvicultura (Trabajo forestal)
- Pesca comercial
- Lechería
- Mariscos

**Apreciaremos su cooperación en contestar las siguientes preguntas.**

1. ¿Se ha mudado Ud. y su familia recientemente durante los últimos tres años?

Sí  No

2. ¿Se ha trasladado Ud. con su familia a la zona del otro distrito escolar, aunque sea temporal, durante los últimos tres años?

Sí  No

3. ¿Fue el propósito de la mudanza o del traslado trabajar en cualquier de las actividades antes mencionadas (u otras relacionadas)?

Sí  No

4. ¿Ha participado Ud. en actividades indígenas tradicionales de cosecha dentro de los últimos tres años, si éstas constituyen una parte de su herencia cultural?

Sí  No

5. Si su respuesta es "Sí" a dos o más de las preguntas anteriores, ¿podemos ponernos en contacto con Ud. para recibir más información?

Sí  No

Si usted o sus hijos se han mudado o trasladado para buscar u obtener trabajo temporal o estacional, Ud. o sus hijos podrán calificar para recibir los siguientes servicios:

- Transferencia de archivos educativos o de salud (por todo el país)
- Servicios educativos y de salud
- Desayuno y almuerzo gratis

**Favor de proporcionar la siguiente información necesaria:**

Nombre(s) y apellido(s) legal(es) del padre(s) o del tutor(es): \_\_\_\_\_

Domicilio: (Cajón o número y calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (si aplica): \_\_\_\_\_

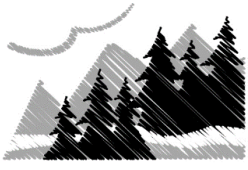
**Favor de enviar este formulario a:**

Snohomish School District  
c/o Migrant Education Program  
1601 Avenue D  
Snohomish, WA 98290

**¿Preguntas? Comuníquese con:**

Karla Reyes, Migrant and MLL Family Liaison  
karla.reyessanchez@sno.wednet.edu  
Phone: 360-563-7290

**Gracias. ¡Trabajemos juntos para mejorar la educación de nuestros hijos!**



## Formulario de exclusión de reclutamiento militar

La sección 9528 de la Ley Que Ningún Niño se Quede Atrás de 2001 (No Child Left Behind) requiere que las escuelas divulguen la información privada de nuestras familias a los reclutadores militares a menos que "optemos por no participar" por escrito.

Como padre/madre/tutor, estoy ejerciendo el derecho de "optar por no participar" y solicito que no divulgue el nombre, la dirección y el número de teléfono del siguiente estudiante a los reclutadores militares.

Como estudiante, estoy ejerciendo el derecho de "optar por no participar" y solicito que no entregue el nombre, la dirección y el número de teléfono del siguiente estudiante a los reclutadores militares.

*La ley pública federal 107-110, sección 9528 de ESEA, "No Child Left Behind Act" requiere que los distritos escolares divulguen los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes a los reclutadores militares cuando así lo soliciten. La ley también requiere que el distrito escolar notifique a los estudiantes y padres/tutores sobre el derecho de optar por no participar solicitando que el distrito no divulgue la información de los estudiantes a los reclutadores militares. Este formulario está destinado a servir como una solicitud para no divulgar esta información.*

**Tenga en cuenta: las restricciones de divulgación deben renovarse al comienzo de cada año escolar**

Nombre de estudiante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de estudiante

\_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_

Fecha firmada

\_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

1. Enter opt-out date in Skyward student record – Custom Forms/Military Opt Out.
2. From WS/ST/TB/CF – Web Student/Student Tabs/Custom Forms.
3. Check military opt-out box and enter date of military opt out.
4. Retain this signed form at the school for the current school year.



### **Pedido de no tomar fotos o grabar**

En ocasiones durante el año escolar, se toman fotos o grabaciones audiovisuales de los estudiantes para el uso de la escuela o del distrito. En la medida de lo posible, informaremos a los padres de antemano, pero no siempre es posible.

Es importante señalar que las familias de los estudiantes, personas de la comunidad y otras personas que asistan a los eventos de la escuela podrían sacar y publicar fotos y otras grabaciones de los estudiantes sin coordinar con el personal del distrito escolar, y es posible que la imagen de su estudiante aparezca en las fotos o grabaciones de terceros. El Distrito Escolar de Snohomish no es responsable por cualquier imagen de su estudiante (foto, voz, etc.) que aparezca en tales fotos y grabaciones.

Usted puede optar por no permitir que su estudiante aparezca en fotos u otras grabaciones realizadas por el Distrito Escolar de Snohomish o en su nombre al marcar la casilla a continuación y firmar este pedido.

**NO DESEO** que mi estudiante aparezca en fotos u otras grabaciones realizadas por el Distrito Escolar de Snohomish o en su nombre. (Si marca esta casilla, su estudiante **NO** aparecerá en **NINGUNA** foto o grabación realizada para el anuario, presentaciones ante la clase/escuela/distrito, boletines de padres/clubs/salones de clase/escuela/distrito, otros medios, etc.)

**Nota – Los pedidos de no tomar fotos o grabar se deben renovar al comienzo de cada año escolar.**

*Estudiante*

\_\_\_\_\_

*Apellido*

\_\_\_\_\_

*Nombre*

*Padre/madre/tutor*

\_\_\_\_\_

*Apellido*

\_\_\_\_\_

*Nombre*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

\_\_\_\_\_

*Teléfono*

**Uso de la oficina solamente**

- 1. Enter opt-out date in Skyward student record – Custom Forms/Internet Opt Out**
- 2. From WS/ST/TB/CF – Web Student/Student Tabs/Custom Forms**
- 3. Check photo opt-out box and enter date of Photo Opt Out.**
- 4. Retain this signed form at the school for the current school year**



# Vacunas obligatorias para la escuela: de precolar a 12.º grado

Del 1 de agosto de 2025 al 31 de julio de 2026



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

\*Debe recibir una dosis adicional de las vacunas DTaP, IPV, MMR y varicela antes del primer día de clases o dentro de los 30 días después del cuarto cumpleaños, lo que ocurra más tarde. \*\* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron.

Consulte la tabla de edades e intervalos mínimos en la página 2 para conocer la información sobre las edades y los intervalos mínimos requeridos para las dosis de las vacunas.

Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas, pero no obligatorias, para la asistencia a un centro preescolar o decudado infantil en [www.immunize.org/cdc/schedules](http://www.immunize.org/cdc/schedules).

Para obtener más información, revise el Resumen de requisitos de vacunación individual que puede encontrar en nuestra página web: [www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI)

Vacuna	Dosis n.º	Edad mínima	Intervalo mínimo* entre dosis	Notas
<b>Hepatitis B (Hep. B)</b>	Dosis 1	Nacimiento	4 semanas entre la dosis 1 y 2	Se aceptan 2 dosis si ambas están documentadas como dosis para adultos de Recombivax HB* y se administraron entre los 11 y a 15 años. Cada dosis debe aplicarse en un lapso mínimo de 4 meses.
	Dosis 2	4 semanas	8 semanas entre la dosis 2 y 3	
	Dosis 3	24 semanas	16 semanas entre la dosis 1 y 3	
<b>Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP y Tdap)</b>	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre la dosis 1 y 2	Se recomienda un intervalo de 6 meses entre la dosis 3 y la dosis 4, pero un intervalo mínimo de 4 meses es aceptable. La dosis 5 no es necesaria si la dosis 4 se aplica a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis 3.  La DTaP se puede administrar a niños hasta los 6 años. Si es necesario aplicar dosis de rescate a los 7 años o más, se usa Tdap y luego dosis adicionales de Tdap o Td si es necesario.  Se requiere una dosis de refuerzo Tdap para todos los estudiantes en los grados 7 a 12.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre la dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre la dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	6 meses entre la dosis 4 y 5	
	Dosis 5	4 años	—	
	Tdap Refuerzo	10 años	—	
<b>Haemophilus influenzae tipo B (Hib)</b>	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre la dosis 1 y 2	Si se administran las 3 dosis de PedvaxHIB, solo se necesitan 3 dosis en total. Para la dosis 3 el niño deberá tener 12 meses o más. Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. Revise el Resumen de requisitos de vacunas individuales para conocer las dosis mínimas requeridas: <a href="https://www.doh.wa.gov/SCCI">https://www.doh.wa.gov/SCCI</a> página 12.  5 años o mayor: no se requiere porque no se administra de forma rutinaria a niños mayores de 5 años.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre la dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre la dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
<b>Neumocócica conjugada (PCV13, PCV15, o PCV20)</b>	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre la dosis 1 y 2	Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. Revise el Resumen de requisitos de vacunas individuales para conocer las dosis mínimas requeridas: <a href="https://www.doh.wa.gov/SCCI">https://www.doh.wa.gov/SCCI</a> página 17.  5 años o mayor: no se requiere porque no se administra de forma rutinaria a niños mayores de 5 años.
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre la dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	8 semanas entre la dosis 3 y 4	
	Dosis 4	12 meses	—	
<b>Polio (IPV u OPV)</b>	Dosis 1	6 semanas	4 semanas entre la dosis 1 y 2	La vacuna contra la polio es obligatoria para todos los estudiantes, incluidos los estudiantes mayores de 18 años.  La dosis 4 no es necesaria si la dosis 3 se aplica a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis 2.  La vacuna OPV administrada el 1/4/2016 o después de esa fecha no se acepta como dosis válida
	Dosis 2	10 semanas	4 semanas entre la dosis 2 y 3	
	Dosis 3	14 semanas	6 meses entre la dosis 3 y 4	
	Dosis 4	4 años	—	
<b>Sarampión, paperas y rubéola (MMR o MMRV)</b>	Dosis 1	12 meses	4 semanas entre la dosis 1 y 2	MMRV (MMR + varicela) puede administrarse en lugar de la vacuna MMR y la vacuna contra la varicela por separado. Debe administrarse el mismo día que la vacuna contra la varicela O con un intervalo mínimo de 28 días, también consulte* la nota al pie.
	Dosis 2	13 meses	—	
<b>Varicela (VAR o MMRV)</b>	Dosis 1	12 meses	3 meses entre la dosis 1 y 2 (12 meses a 12 años). 4 semanas entre la dosis 1 y 2 (mayores de 13 años)	Se recomienda: un lapso de 3 meses entre las dosis contra la varicela, pero es aceptable un intervalo mínimo de 28 días. Debe administrarse el mismo día que la vacuna MMR O con un intervalo mínimo de 28 días, también consulte* la nota al pie.  La verificación de los antecedentes de enfermedades por parte del proveedor de atención médica es aceptable para documentar la inmunidad.
	Dosis 2	15 meses	—	

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

Para obtener más información sobre los calendarios, consulte el Resumen de requisitos de vacunación individual en: <https://www.doh.wa.gov/SCCI> DOH 348-051 Dec 2024 Spanish



# Certificado de Estado de Vacunación

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.

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

<b>Apellido del niño:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):</b>
---------------------------	----------------	------------------------------------	--

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** **Fecha**

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

Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil							Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)					
▲ 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	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.					
●▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)										<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)										<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
●▲ DT o Td (tétanos, difteria)										<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella
●▲ Hepatitis B										<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		
● Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)										Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____  Printed Name _____		
●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)												
●▲ OPV (polio)												
●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)												
● PCV (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												

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 <https://myirmobile.com>. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a [waiisrecords@doh.wa.gov](mailto:waiisrecords@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.

APELLIDO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

**AVISO:** El padre o el tutor puede eximir a su niño de las vacunas que se enumeran a continuación; para ello, debe presentar este formulario completo en la escuela o en el centro de cuidado infantil de su niño. Una persona exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o las enfermedades contra las cuales la vacunación ofrece protección las vacunas. Es posible que el niño o estudiante exento sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil y de sus actividades durante un brote de la enfermedad contra la cual no ha sido vacunado completamente. Las enfermedades prevenibles mediante las vacunas aún existen y pueden propagarse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores maneras de proteger a las personas de contraer y transmitir las afecciones que pueden resultar en enfermedades graves, discapacidades o la muerte.

**EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA O RELIGIOSA (Personal/Philosophical or Religious Exemption)**

Eximo a mi hijo del requisito por el cual debe vacunarse contra la/s siguiente/s enfermedad/es para asistir a la escuela o al centro de cuidado infantil (seleccione un tipo de exención y las vacunaciones de las cuales desea eximir a su hijo):

**EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA\* (Personal/Philosophical Exemption)**

<input type="checkbox"/> Difteria (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Neumococo (Pneumococcal)
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Tos ferina (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Tétanos (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Varicela (Chickenpox)

*\* Es posible que el sarampión, las paperas y la rubéola no puedan eximirse por motivos personales/filosóficos según la ley del estado***EXENCIÓN RELIGIOSA (Religious Exemption)**

<input type="checkbox"/> Difteria (Diphtheria)	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Neumococo (Pneumococcal)
<input type="checkbox"/> Paperas (Mumps)	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Rubeola (Rubella)	<input type="checkbox"/> Sarampión (Measles)
<input type="checkbox"/> Tétanos (Tetanus)	<input type="checkbox"/> Tos ferina (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Varicela (Chickenpox)	

**DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (PARENT/GUARDIAN DECLARATION)**

Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. He convalidado sobre los beneficios y los riesgos de las vacunas con el profesional de atención médica (que firma a continuación). Se me informó que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi niño está exento, es posible que se excluya a mi niño de su escuela o centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (en imprenta)\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor\_\_\_\_\_  
Fecha**DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD (HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION)**

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (Print)\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature\_\_\_\_\_  
Date MD  ND  DO  ARNP  PA

Washington License #: \_\_\_\_\_

**EXENCIÓN POR AFILIACIÓN RELIGIOSA (Religious Membership Exemption) (No utilice esta sección si utiliza la sección Exención religiosa anterior)**

Complete esta sección ÚNICAMENTE si pertenece a una iglesia o religión que se opone al uso de tratamientos médicos. Utilice la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su niño reciba un tratamiento de profesionales médicos como médicos y enfermeras.

**DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Parent/Guardian Declaration)**

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmando que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas no permiten que proveedores de atención médica brinden tratamiento médico a mi niño. Se me informó que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi niño de su escuela o centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (en letra de molde)\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor\_\_\_\_\_  
Fecha



**APELLIDO DEL NIÑO:                      NOMBRE:                      INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:                      FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):**

**AVISO:** Es ta formulario puede ser utilizado para eximir a un niño del requisito de la vacunación cuando un un profesional de atención médica haya determinado que una vacuna específica no es recomendable para el niño por razones médicas. Uste formulario debe ser llenado por un profesional de atención médica y firmado por el padre o tutor. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no han sido vacunados completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden propagarse rápidamente en los entornos escolares y de cuidado infantil.

**MÉDICA EXENCIÓN (MEDICAL EXEMPTION)**

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice’s (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, “Guide to Vaccine Contraindications and Precautions,” or the manufacturer’s package insert. The ACIP guide can be found at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html).

*Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark “not exempt.”*

Enfermedad (Disease)	No Exento (Not Exempt)	Exento Permanente (Permanent Exempt)	Exento temporal (Temporary Exempt)	Fecha de vencimiento para el exento temporal (Expiration Date for Temporary Medical)
Difteria (Diphtheria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumococo (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paperas (Mumps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubeola (Rubella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarampión (Measles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos ferina (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicela (Chickenpox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD (Healthcare Practitioner Declaration)**

I declare that vaccination for the disease(s) checked about is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington state, and the information provided on this form is complete and correct.

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

MD    ND    DO    ARNP    PA

Washington License #: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PADRE O TUTOR (Parent/Guardian Declaration)**

He conversado sobre los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de atención médica que otorga esta exención médica. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se le excluya de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha