



# Lind-Ritzville Cooperative Schools

*"Achieving success together"*



507 North E Street  
Lind WA 99341

209 E Wellsandt Ave  
Ritzville WA 99169

Bienvenido a las Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville. Nos entusiasma mucho que se una a nosotros. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio utilizando la lista de verificación de registro a continuación mientras recopila la información y los documentos necesarios para inscribir a su hijo/a en las Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville.

## **Lista de verificación de registro**

**Formularios de inscripción:** complete toda la información en las siguientes páginas y no olvide firmar los formularios.

- Formularios de registro de LRCS
- Consentimiento para la divulgación de información
- Formulario de recopilación de datos sobre etnicidad y raza
- Encuesta sobre el idioma que se habla en casa
- Formulario de información de salud
- Cuestionario sobre alojamiento para estudiantes
- Certificado de estado de vacunación completo (CIS)
- Solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido (estará disponible próximamente)

**Los padres o tutores deben presentar documentación que acredite la edad y el nombre legal.** Por ejemplo, un certificado de nacimiento, un registro de adopción o cualquier otro documento permitido por la ley.

**Los edificios contarán con documentos y formularios adicionales que deberá completar.** Por favor, devuelva todos los formularios completos a la escuela de su hijo/a.

**Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con la oficina de la escuela de su estudiante. Secretaria**

**de la Escuela Primaria Lind,** Tammy Doyle, [tdoyle@lrschools.org](mailto:tdoyle@lrschools.org), 509-677-3481 Secretaria

**de la Escuela Primaria Ritzville,** Stephanie Stokoe, [sstokoe@lrschools.org](mailto:sstokoe@lrschools.org), 509-659-0232 Secretaria

**de la Escuela Intermedia Lind-Ritzville,** Karissa Labes, [klabes@lrschools.org](mailto:klabes@lrschools.org), 509-677-3408 Secretaria

**de la Escuela Preparatoria Lind-Ritzville,** Michelle Keefer, [mbkeefer@lrschools.org](mailto:mbkeefer@lrschools.org), 509-659-1720 Secretaria



# Lind-Ritzville Cooperative Schools

## Formas para nuevo estudiante

Escuela: _____
Fecha de hoy: _____
Fecha de inicio: _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE			
<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	
Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	Lugar de Nacimiento	Entrada Grado
Estudiante Vive CON: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Padre/madrasta <input type="checkbox"/> <b>Madre/padrastro</b>			
<input type="checkbox"/> abuelo (s) <input type="checkbox"/> Guardian(s) <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Padres temporale(s)            Otro: _____			
¿Existen situaciones legales can respecta al estudiante de las cuales la escuela debe ser consiente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI            si marco si, <u>porfavor explique:</u> _____			

INFORMACIÓN FAMILIAR (PRIMARIA DONDE VIVE EL ESTUDIANTE )			
<b>Dirreccion de residencia</b> <i>(incluya apt. #)</i>		Ciudad, Estado, CODIGO POSTAL	
Dirreccion de correo <i>SI ES DIFERENTE INDIQUE/</i>		Ciudad, Estado, CODIGO POSTAL	
Padres)Guardian #1 Ultimo appellido	Padres/Guardian #2 Ultimo apellido		
Primer Nombre	Primer Nombre		
Telefono ( ) Cell ( ) Trabajo Prmario ( ) Otro	Primer ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otro Telefono	Segundo ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otro Nombre	
Telefono ( ) Cell ( ) Trabajo Tercero ( ) Otro	<b>Relacion del estudiante</b>	Tercer ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otra	<b>Relacionado con estudiante</b>
Parent/Guardian #1 E-mail Address	Padres/Guardian #2 Correo electronico		

FAMILIA #2 INFORMACIÓN (DONDE EL ESTUDIANTE NO RESIDE) (si applicable)			
Dirreccion de residencia <i>(incluye apmt#)</i>		Ciudad, Estado Codigo postal	
Direccion de correo <i>(si es diferente)</i>		Ciudad, Estado Codigo postal	
Padres/Guardian #1 Ultimo apellido	Padres/Guardian #2 Ultimo Apellido		
Primer Nombre	Primer Nombre		
Telefono ( ) cell ( ) Trabajo ( ) otro Primario	Segundo ( ) Cell ( ) Trabajo Numero ( ) Otro	Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro # telefono	Segundo ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro # telefono
Tercer ( ) cell ( ) Trabajo ( ) otro numero	Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro # telefono		<b>Relacionado con estudiante</b>
Padres/Guardian #1 Correo electronico		Padres/Guardian #2 Correo electronico	

<b>Informacion de escuela previa</b> El estudinete a atendido la escuel Lind-Ritzville? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si    Si marco si pofavor informa Nombre de escuela (s) _____	<b>Informacion de los hermano/ hermanos</b> El estudiante tiene herman/o/a en el distrito escolar de Lind- Ritzville <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si si marco esplique Nombre de hermano/a _____ Escuela _____ Nombre de hermano/a _____ Escuela _____ Nombre de hermano/a _____ Escuela _____
--	---

**INFORMACION DE SALUD ALERTA**

¿Tiene el estudiante algún problema de salud actual del que la escuela deba ser consciente?  NO  SI si marco si porfavor indique la forma de salud del estudiante.

**INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR**

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

**AUTORIZACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Las siguientes personas pueden recoger al estudiante de la escuela con permiso por escrito del padre / tutor legal O cuando el personal de la escuela se comuniquen con ellos en caso de emergencia. En el caso de un accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con el padre / tutor legal del estudiante primeros.  
Padre/Guardian Iniciales: \_\_\_\_\_

**#1 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Relacionado  
con el estudiante?

**#2 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Relacionado  
con el estudiante?

**#3 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Primer ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Relacionado  
con estudiante

**PROGRAMAS ESPECIALES/SERVICIOS**

¿Ha recibido el estudiante clases especiales / servicios de educación especial en el último año?  No  Sí En caso afirmativo, marque todo lo que se aplica a continuación:

ESL/ELL  Otros  OT/PT  Autocontenido  Edición Especial Sala de Recursos  Curso  Título I Matemáticas  Título I Lectura  504 Plan de Atención  Otro: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE FOTOS**

La foto del estudiante puede ser tomada para su inclusión en: publicaciones del Distrito, sitios web del Distrito y/ u otros sitios web relacionados con el Distrito; artículos de periódicos locales, artículos de revistas y/o cartas relacionadas con las actividades escolares. Elija una de las siguientes opciones:

Sí, doy mi permiso para que se usen las fotos.  No, no doy permiso para que se usen fotos.

**STUDENT DISCIPLINE INFORMATION**

¿El estudiante ha sido suspendido o expulsado de la escuela en los últimos 12 meses?  No  Sí En caso afirmativo, explique a continuación:

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Motivo(s): \_\_\_\_\_

**MILITARY FAMILY INFORMATION (Please mark appropriate box)**

- El estudiante tiene un padre/tutor que es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos en servicio activo (A)  
 Estudiante tiene un padre/tutor que es miembro de las Reservas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (R)  
 Estudiante tiene un padre/tutor que es miembro de la Guardia Nacional de Washington (G)  
 Estudiante tiene más de un padre/tutor que es miembro de cualquiera de los anteriores (M)  
 No afiliación  Sin respuesta/Negarse a declarar (Z)

**Firma del padre/guardianes**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Proof of Birth Date on file  Immunizations on file

Updated 6/7/2022



# Escuelas cooperativas Lind-Ritzville



## CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN MUTUA Y/O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Calificación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA ÚLTIMA ESCUELA ASISTIDA

Distrito Escolar Anterior: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de retiro de la última escuela: \_\_\_\_\_

*De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia y la Ley del Estado de Washington, por la presente autorizo la divulgación de todos los registros relacionados con los estudiantes mencionados anteriormente. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia por mi cuenta, si así lo solicito, y tengo la oportunidad de tener una audiencia para cambiar el contenido de los registros. Entiendo que la información transferida será tratada de manera confidencial y no será transmitida a un tercero sin mi consentimiento.*

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Por favor envíe toda la información/registros pertinentes del estudiante, incluyendo:

- Transcripción de calificaciones y créditos
- Grados de retiro
- Registros médicos/vacunas
- Registros de disciplina
- Certificado de nacimiento
- Registros de comportamiento
- Asistencia
- Registros de educación especial
- Todos los elementos enumerados anteriormente

### Por favor envíe registros a la escuela indicada a continuación

Escuela primaria Lind (K-5)  
 Apartado postal 340  
 Lind, WA 99341  
 (509) 677-3481 fax (509) 677-3463  
 A la atención de: Tammy Doyle  
 Correo electrónico: [tdoyle@lrschools.org](mailto:tdoyle@lrschools.org)

Escuela secundaria Lind-Ritzville (9-12)  
 209 E Wellsandt Ave  
 Ritzville, WA 99169  
 (509) 659-1720 fax (888) 974-3546  
 A la atención de: Michelle Keefer  
 Correo electrónico: [mbkeefer@lrschools.org](mailto:mbkeefer@lrschools.org)

Escuela primaria de Ritzville (K-5)  
 401 E 6th Ave  
 Ritzville, WA 99169  
 (509) 659-0232 fax (888) 974-3546  
 A la atención de: Stephanie Stokoe  
 Correo electrónico: [sstokoe@lrschools.org](mailto:sstokoe@lrschools.org)

Academia Lind-Ritzville  
 209 E Wellsandt Ave  
 Ritzville, WA 99169  
 (509) 660-9059 fax (888) 974-3546  
 A la atención de: Paul McAnally  
 Correo electrónico: [pmcanally@lrschools.org](mailto:pmcanally@lrschools.org)

Escuela secundaria Lind-Ritzville (6-8)  
 Apartado postal 340  
 Lind, WA 99341  
 (509) 677-3408 fax (509) 677-3420  
 A la atención de: Karissa Labes  
 Correo electrónico: [klabes@lrschools.org](mailto:klabes@lrschools.org)

**Lind-Ritzville Formulario de Recolección de Raza/Etnia de Escuelas Cooperativas.**

**CATEGORÍAS DE RAZA Y ETNIA DEL ESTADO DE WASHINGTON: Porfavor complete Parte 1 y Parte 2**

**Part 1: HISPANO OR LATINO** Es su estudiante Hispano o Latino orijen? Si No Si usted marco "SI" marque todo que se aplique

Argentine	Chilean	Cuban	Guyanese	Mestizo	Paraguayan	Spaniard
Bolivian	Colombian	Dominican	Honduran	Native	Peruvian	Surinamese
Brazilian	Costa Rican	Ecuadorian	Jamaican	Nicaraguan	Puerto Rican	Uruguayan
Chicano (Mexican American)		Guatemalan	Mexican	Panamanian	Salvadoran	Venezuelan

Hispanic or Latino Escriba otro \_\_\_\_\_ **\*\*Por favor, complete también la Parte 2 (Categoría de raza)**

*Tenga en cuenta: Estas categorías de raza y etnia son proporcionadas por el Estado de Washington y las Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville tienen el mandato de recopilar esta información para cada estudiante bajo las mandibulas estatales y federales aplicables. Si no se identifica a sí mismo, la escuela se comunicará con usted y quien necesita recopilar esta información para cada estudiante bajo las leyes estatales y federales aplicables.*

Parte II: ¿Qué raza(s) consideras tu estudiante? Puede verificar categorías y / o usar escritura: verifique todo lo que corresponda

**INDIO AMERICANO o NATIVO ALASKA**

American Indian/Alaskan Native

**American Indian** (Write in): \_\_\_\_\_

**Alaska Nativo** (Write in): \_\_\_\_\_

**Tribus del Estado de Washington**

- Chinook Tribe
- Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation
- Confederated Tribes of the Chehalis Reservation
- Confederated Tribes of the Colville Reservation
- Cowlitz Indian Tribe
- Duwamish Tribe
- Hoh Indian Tribe
- Jamestown S'Klallam Tribe
- Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation
- Kikiallus Indian Nation
- Lower Elwha Tribal Community
- Lummi Tribe of the Lummi Reservation
- Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation
- Marietta Band of the Nooksack Tribe
- Muckleshoot Indian Tribe
- Nisqually Indian Tribe
- Nooksack Indian Tribe of Washington
- Port Gamble S'Klallam Tribe

- Puyallup Tribe of the Puyallup Reservation
- Quileute Tribe of the Quileute Reservation
- Quinault Indian Nation
- Samish Indian Nation
- Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington
- Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation
- Skokomish Indian Tribe
- Snohomish Tribe
- Snoqualmie Indian Tribe
- Snoqualmoo Tribe
- Spokane Tribe of the Spokane Reservation
- Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation
- Steilacoom Tribe
- Stillaguamish Tribe of Indians of Washington
- Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation
- Swinomish Indian Tribal Community
- Tulalip Tribes of Washington

**ASIATICO**

- Asian
- Asian Indian
- Bangladeshi
- Bhutanese
- Burmese/Myanmar
- Cambodian/Khmer
- Cham
- Chinese
- Filipino
- Hmong
- Indonesian
- Japanese
- Korean
- Lao
- Malaysian
- Mien
- Mongolian
- Nepali
- Okinawan
- Pakistani
- Punjabi
- Singaporean
- Sri Lankan
- Taiwanese
- Thai
- Tibetan
- Vietnamese

**Asian** Write in: \_\_\_\_\_

**NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO**

- Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- Carolinian
- Chamorro
- Chuukese
- Fijian
- i-Kiribati / Gilbertese
- Kosraean
- Maori
- Marshallese
- Native Hawaiian
- Ni-Vanuatu
- Palauan
- Papuan
- Pohpeian
- Samoaan
- Solomon Islander
- Tahitian
- Tokelauan
- Tongan
- Tuvaluan
- Yapese

**Pacific Islander** Write in: \_\_\_\_\_

**Lind-Ritzville Formulario de Recolección de Raza/Etnia de Escuelas Cooperativas.**

**Parte 2 Continuar - Que raza se considera su estudiante?**

Puede verificar categorías y / o usar el write-in -- Marque todo lo que aplique.

**Black or Africano Americano**

Black/ African American  
African American  
African Canadian

**Caribbean**

Anguillan  
Antiguan  
Bahamian  
Barbadian  
Barthélemois/Barthélemoises  
(Saint Barthélemy)  
British Virgin Islander  
Caymanian (Cayman Island)  
Cuba Dominican  
Dominican (Dominican Republic)  
Dutch Antillean  
(Netherlands Antilles)  
Grenadian  
Guadeloupian  
Haitian  
Jamaican  
Martiniquais/Martiniquaise  
Montserratian  
Puerto Rican

Caribbean Write in:  
\_\_\_\_\_

Black (Write in): \_\_\_\_\_

**Central Africano**

Angolan  
Cameroonian  
Central African  
(Central African Republic)  
Chadian  
Congolese (Republic of the  
Congo)  
Congolese (Democratic  
Republic of the Congo)  
Equatorial Guinean  
Gabononese  
São Toméan  
Principe

**Sur Africano**

Botswanan  
Mosotho (Lesotho)  
Namibian  
South African  
Swazi

South African Write in:  
\_\_\_\_\_

**East Africano**

Burundian  
Comoran  
Djiboutian  
Eritrean  
Ethiopian  
Kenyan  
Malagasy (Madagascar)  
Malawian  
Mauritian (Mauritius)  
Mahoran (Mayotte)  
Mozambican  
Reunionese  
Rwandan  
Seychellois/Seychelloise  
Somali  
South Sudanese  
Sudanese  
Ugandan  
Tanzanian (United  
Republic of Tanzania)  
Zambian  
Zimbabwean

East African Write in:  
\_\_\_\_\_

**Latina Americano**

Argentine  
Belizean  
Bolivian  
Brazilian  
Chilean  
Colombian  
Costa Rican  
Ecuadorian  
El Salvadoran  
Falkland Islander  
French Guianese  
Guatemalan  
Guyanese  
Honduran  
Mexican  
Nicaraguan  
Panamanian  
Paraguayan  
Peruvian  
South Georgia and the  
South Sandwich Islands  
Surinamese  
Uruguayan  
Venezuelan

Latin American (Write in):  
\_\_\_\_\_

**West African**

Beninese  
Bissau-Guinean  
Burkinabé (Burkina Faso)  
Cabo Verdean  
Ivorian (Cote d'Ivoire)  
Gambian  
Ghanaian  
Liberian  
Malian  
Mauritanian  
Nigerien (Niger)  
Nigerian (Nigeria)  
Saint Helenian  
Senegalese  
Sierra Leonean  
Togolese

West African Write in:  
\_\_\_\_\_

**WHITE**

**White**

**Eastern European**

Bosnian  
Herzegovinian  
Polish  
Romanian  
Russian  
Ukrainian

Eastern European Write in:  
\_\_\_\_\_

White (Write in): \_\_\_\_\_

**Middle Eastern and North African**

Algerian  
Amazigh or Berber  
Arab or Arabic  
Assyrian  
Bahraini  
Bedouin  
Chaldean

Copt  
Druze  
Egyptian  
Emirati  
Iranian  
Iraqi  
Israeli

Jordanian  
Kurdish Kuwaiti  
Lebanese  
Libyan  
Moroccan  
Omani  
Palestinian

Qatari  
Saudi Arabian  
Syrian  
Tunisian  
Yemeni

Middle Eastern Write in:  
\_\_\_\_\_

North African Write in:  
\_\_\_\_\_

*Por ley, un estudiante (o el padre / tutor en nombre del estudiante) no esta obligado a identificar su raza y / o etnia en los formularios de la escuela. Sin embargo, si un estudiante (o padre/tutor en nombre del estudiante) no completa la pregunta de dos párrafos sobre raza y etnia, por ley, el personal de la escuela debe usar la identificación de observador para seleccionar la raza y el origen étnico del estudiante.*



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.



**2025 - 2026**  
**Lind-Ritzville Cooperative Schools**  
**Salud Estudiantil y Actualización Anual**

*\*Este formulario debe completarse para cada nuevo año escolar.*

Nurse Initial _____
504 ___ ECP _____

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_  
Last First

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Clinic: \_\_\_\_\_

Estudiante vive con:  Dos Padres  Madre  Padre  Madre y padrastro  Padre y madrastra  
 Agencia  Legal Guardian  Solo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de padre: \_\_\_\_\_ Nombre de madre: \_\_\_\_\_

Numero Celular de padre: \_\_\_\_\_ Numero Celular de Madre: \_\_\_\_\_

Numero de trabajo de padre: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo de madre \_\_\_\_\_

Numero de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre	Relacionado con estudiante	Telefono
--------	----------------------------	----------

\_\_\_ **Yes, mi hijo tiene una afección de salud potencialmente mortal - Complete la Sección 1 y 2**

\_\_\_ **No, mi hijo no tiene una afección de salud potencialmente mortal - Por favor, vaya a la Sección 2**

**Sección 1 – CONDICIONES DE SALUD POTENCIALMENTE MORTALES \*\***

**Asma y requiere inhalador de rescate en la escuela: (Sólo grados 6-12) tiene permiso para llevarlo consigo)  Si  No**

Qué desencadena el asma:  Ejercicio  Enfermedad  Alergias  Otro: \_\_\_\_\_

**Anafilaxia (alergia potencialmente mortal) y necesidad de medicación de emergencia:  EpiPen:  Sí  No**

**(Solo grados 6-12) El estudiante tiene permiso para llevar EpiPen por sí mismo:  Sí  No**

¿Qué causa la reacción alérgica?  Picadura de abeja  Comida:  Otro: \_\_\_\_\_

**Diabetes:** Edad del diagnóstico: \_\_\_\_\_  Tipo I  Tipo II  Utiliza insulina  Medicación oral

**Trastorno convulsivo:** Tipo \_\_\_\_\_ Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_  Usa medicamentos para las convulsiones

**Derivación V/P (en el cerebro)  ¿Arritmia cardíaca u otros problemas cardíacos que requieren restricciones de actividad?**

**Hemofilia/Otro trastorno sanguíneo:** \_\_\_\_\_

**Otra condición de salud que pone en peligro la vida:** \_\_\_\_\_

**\*\*Para estudiantes con condiciones de salud que ponen en riesgo su vida, RCW 28A.210.320 requiere que exista un orden de un proveedor de atención médica (LHP), medicamentos y un plan de atención de enfermería autorizados antes de que el estudiante asista a la escuela.**

Por favor complete el reverso del formulario

**Sección 2 - CONDICIONES DE SALUD QUE NO PELIGRAN LA VIDA**

¿Preocupaciones por la visión?  Anteojos  Contactos Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Escuchar preocupaciones?  Usa audifonos

Historial de conmoción cerebral: Edad(es) \_\_\_\_\_ ¿Fue visto por un médico? \_\_\_\_\_ Efectos duraderos: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Enumere cualquier otro problema de salud importante que la enfermera de la escuela deba conocer (alergias, cirugías, hospitalizaciones, trastornos, trastornos de salud mental como TDAH, autismo, depresión, ansiedad, etc.)**

**MEDICAMENTOS (con o sin receta)**

¿Su hijo toma algún medicamento?  No  Sí, nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

¿Se necesitarán medicamentos en la escuela?  No  \*Sí, nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

**\*Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, se requiere un formulario de “Autorización de medicamentos” cada año antes de que se le pueda administrar cualquier medicamento. Este formulario está disponible en la oficina de la escuela o en el sitio web del distrito en [www.irschools.org](http://www.irschools.org)**

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD/ACCEDER A ATENCIÓN MÉDICA**

Entiendo que la información proporcionada anteriormente puede compartirse con el personal escolar apropiado para garantizar la salud y seguridad de mi hijo. Autorizo al personal de las Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville a comunicarse con profesionales de atención médica, incluido el 911, si es necesario y además autorizo a aquellos contactados a iniciar el tratamiento necesario para atención de emergencia, incluido el transporte al hospital o clínica a mi cargo. Entiendo que las Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville, sus empleados y la Junta Directiva no asumen ninguna responsabilidad de ningún tipo en relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor. Doy permiso a la escuela de mi hijo para agregar información sobre vacunas al Sistema de información de vacunas para ayudar a la escuela a mantener el registro de mi hijo.

**\*ES MUY IMPORTANTE QUE INFORME A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN LA SALUD DE SU HIJO QUE PUEDA OCURRIR A LO LARGO DEL AÑO ESCOLAR. \***

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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



## Lind-Ritzville Cooperative Schools Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayuda a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

**Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.**

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En un motel   | <input type="checkbox"/> Un automóvil, parque, campamento o lugar similar |
| <input type="checkbox"/> En un refugio   | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición                           |
| <input type="checkbox"/> Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                       |
| <input type="checkbox"/> En la casa o departamento de alguien más, con otra familia                              |   |
| <input type="checkbox"/> En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) |   |

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_  El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)  
 El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: \_\_\_\_\_

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CONTACTO \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(O menor sin supervisión)

\*Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(O menor sin supervisión)

\*Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de Washington, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

**Devuelva este formulario contestado a:** Annie Trunkle-Smart  
Lind-Ritzville School District Liaison  
atrunklesmart@lrschools.org 509-677-3408

**Para uso exclusivo del personal de la escuela** Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

(N) No en situación de falta de vivienda  (A) Refugios  (B) Con otra familia  (C) Sin refugio  (D) Hoteles/Moteles

**Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435**

**SEC. 725. DEFINICIONES.**

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.

(2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —

(A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye a —

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));

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

(iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtítulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

**Recursos adicionales**

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)



# Lind-Ritzville Cooperative Schools



507 North E Street  
Lind WA 99341

Lind-Ritzville GRIT

209 E Wellsandt Ave  
Ritzville WA 99169

## Requisitos del registro de vacunación

**Su hijo no puede asistir a la escuela hasta que usted proporcione estos registros.**

Estimado padre o Guardianes,

A partir del 1 de agosto de 2020, la ley estatal exige que todos los registros de vacunación entregados a las escuelas o centros de cuidado infantil sean verificados médicamente. **Los registros de vacunación deben entregarse a la escuela el primer día de asistencia o antes.** Esto significa que los registros de vacunación entregados a la escuela deben ser de un proveedor de atención médica, o debe adjuntar documentación de un proveedor de atención médica a su formulario escrito a mano que demuestre que los registros de su hijo son precisos. **Su hijo no puede asistir a la escuela hasta que usted proporcione estos registros.**

A continuación se muestran algunos ejemplos de registros de vacunación verificados médicamente:

- Un Certificado de estado de vacunación (CIS) completo y firmado por un proveedor de atención médica. Encuentre el formulario CIS visitando <https://www.doh.wa.gov/SCCI> y haciendo clic en "Certificado de estado de vacunación".
- Un CIS completado por usted u otro padre/tutor con registros médicos adjuntos.
- Un CIS impreso por un proveedor de atención médica o una escuela del Sistema de Información de Inmunización del Estado de Washington.
- Un CIS impreso desde MyIR, que es una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir ellos mismos sus registros oficiales de vacunación. Vaya a <https://wa.myir.net/register> para comenzar el proceso de registro.

Si solicita una exención de uno o más de los requisitos de vacunación, debe proporcionar a la escuela un Certificado de exención completo.

Si su hijo ya cumple con los requisitos de vacunación y tiene registros archivados en la escuela, no necesita hacer nada. Si no está seguro o tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de la escuela de su hijo.

Sincerely,  
Kelley Kiesz  
LRCS School Nurse  
[kkiesz@lrschools.org](mailto:kkiesz@lrschools.org)



# Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

## Vacunas obligatorias para el año escolar 2025-2026



**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
<b>Prescolar</b> 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**
<b>Prescolar/jardín de infantes de transición</b> 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**
<b>Jardín de infantes hasta 6.º grado</b>	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**

\* 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](http://www.immunize.org/cdc/schedules).



# 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
<b>Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil</b>						
●▲ 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						
<b>Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)</b>						
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

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.