



Programa de Ready to Grow/Ready to Learn Bebé/Niño Pequeño/Preescolar

One91 Guarderia de Tiempo Completo Aplicacion

Para preguntas de inscripción, envíe a
lgriffin@isd191.org

Para inscribir con éxito a su(s) hijo(s), toda la información de inscripción requerida debe ser completada y devuelta antes del primer día de asistencia de su hijo (ver lista de verificación de inscripción). **Por favor, envíe los formularios por correo electrónico a preschool@isd191.org por fax a ATTN: Martha Najera al 952-707-4140,** o devuelva todos los documentos a la oficina de inscripciones para preescolar en Diamondhead Education Center, 200 W Burnsville Parkway, planta baja del edificio (puerta 11).

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Estudiante _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Primer Día el Cual le Gustaría Asistir _____ Horario Deseado ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
L M M J V

Horario Habitual de Llegada a la Escuela de Mi Hijo _____ Horario para Recoger a Mi Hijo _____

Parents/Guardian Information

Nombre del Padre 1/Tutor _____

Teléfono de Trabajo _____ Teléfono Móvil _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Nombre del Padre 2/Tutor _____

Teléfono de Trabajo _____ Teléfono Móvil _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Contactos de Emergencia (debemos de tener dos contactos)

Personas que pueden asumir la responsabilidad del niño si no se puede localizar a los padres

Nombre 1 _____ Teléfono _____

Relación con mi estudiante _____ Dirección _____

Nombre 2 _____ Teléfono _____

Relación con mi estudiante _____ Dirección _____

Personas Autorizadas

Nombres de las personas aparte de los contactos de emergencia quienes están autorizadas para recoger al estudiante del centro educativo.

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Informacion Medica y Dental

Los registros medicos/dentales de mi hijo estan archivados en las siguientes instalaciones. *Su clinica dental deberá de star enlistada para los niños de 12 meses de edad en adelante.*

Nombre de la Clinica Medica _____

Dirección _____

Doctor _____ Teléfono _____

Nombre de la Clinica Dental _____

Dirección _____

Dentista _____ Teléfono _____

Tiene su hijo un Plan de Educación Individual? ☐ Si ☐ No Tiene su hijo alguna alergia? ☐ Si ☐ No

Si contestó que si, por favor anotela aquí _____

(Su Nombre Impreso) _____, como padre o tutor legal, por la presente autorizo al centro a obtener la asistencia medica adecuada para mi hijo, tal y como se indica en el manual de Educación y Cuidado del Programa de Ready to Grow/ Ready to Learn.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Hoja de Permiso de los Padres

¡Por favor marque las iniciales del nombre de su hijo en la parte de abajo y firme. Gracias!

_____ Permiso de la Excursión a Pie

Yo doy permiso para que vayan a excursiones a pie programadas. Los viajes seran supervisados y los detalles se publicarán con anticipación..

_____ Comunicado de Prensa

Yo doy permiso para que la foto de mi hijo sea usada en actividades de relaciones públicas tales como comunicados de prensa, futuros catálogos, asi com tambien otros materiales promocionales, incluyendo las redes sociales.

_____ Publicación de Coleccion de Fotos/Videos

Yo doy permiso para que las fotos y videos de mi hijo sean tomados y compartidos conmigo y familiares designados para demostrar el progreso y aprendizaje de mi hijo.

_____ Autorización para Aplicación de Repelente / Protector Solar

Yo doy permiso para que el personal del programa de Ready to Grow/Ready to Learn use los siguientes productos mientras mi hijo está bajo su cuidado (el padre de familia proveerá y etiquetara cada producto con el nombre de su estudiante):

Nombre de la Marca del Protector Solar _____

Nombre de la Marca del Repelente Contra Insectos (forma de crema solamente) _____

Nombre Completo del Estudiante (Escrito) _____ Fecha _____

Nombre del Padre (Escrito)

Firma del Padre

Nombre del Primer Hijo _____	Edad de Grup _____	Colegiatura Mensual _____
Nombre del Hermano (Hijo Mayor que Asiste) _____	Edad de Grup _____	Colegiatura Mensual _____
Nombre del Padre _____	Horario Deseado	Colegiatura Total
	☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V	

Póliza de Matrícula

El coste mensual de nuestro programa es el mismo durante todo el año mientras su hijo permanezca en el mismo grupo de edad. Cuando su hijo pasa a un nuevo grupo de edad, un nuevo acuerdo de pago debe ser firmado por los padres y el coordinador del programa.

Facturación / Cobros

Usted debe tener una tarjeta de crédito registrada con nosotros para los pagos de la colegiatura. Las facturas se generan en nuestro sistema de facturación de cobros el primer día laborable de cada mes. Los pagos deben efectuarse antes del día 15 de ese mes. Si su cuenta no se paga en su totalidad antes del día 15, la tarjeta de crédito que tiene en el archivo se cargará por el saldo restante adeudado.

El saldo de la cuenta de cada familia debe ser de \$0 al final de cada mes para continuar con los servicios del mes siguiente.

Póliza de Ausencias

Ready to Grow/Ready to Learn cobra la cuota regular por cualquier día de ausencia. Se ha incorporado un crédito en las cuotas mensuales establecidas que refleja una reducción de dos semanas de días de vacaciones y días festivos para los participantes de tiempo completo, a partir del 7/1/2025.

Cargo por Recoger Tarde a su Estudiante

Se cobrará un recargo de \$10 por cada segmento de cinco minutos después de las 5:30 p.m. (o 3:30 p.m. si está en el horario de 9 a.m.-3:30 p.m.). Los padres/tutores que lleguen constantemente tarde podrán ser dados de baja del programa.

Acuerdo de Pago

Firmando esta forma, usted está de acuerdo que usted ha leído y ha entendido las pólizas de la colegiatura y usted autoriza al Distrito ISD 191 para cargar a su cuenta para su pago de colegiatura en el 15th del mes, si no ha pagado. Esta autorización permanecerá en efecto a menos que usted la cancele por escrito al Programa de Ready to Grow/Ready to Learn.

Nombre del Niño _____ Grupo de Edad _____

Nombre del Titular de la Tarjeta _____ Teléfono _____

Dirección del Titular de la Tarjeta _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Firma del Titular de la Tarjeta _____

Firma del Coordinador del Centro _____ Fecha _____



Programa de Ready to Grow/Ready to Learn
One91 Bebé/Niño Pequeño/Preescolar
Información Sobre Tarifas de Tiempo Completo
Efectivo el 1 de septiembre de 2025

Cuando asisten más de un niño en una familia, el hijo mayor recibe un descuento de \$100 en la matrícula mensual. No hay tarifa para hermanos en el cuidado integral ni en las jornadas diarias.

Infantes 6 semanas-16 meses

Niño asiste	Pago Mensual	Horario de 9:00 a 15:30 horas
5 días por semana	\$1750	\$1300
4 días por semana	\$1650	\$1240
3 días por semana	\$1550	\$1155
2 días por semana	\$1400	\$1075
Tarifa diaria	\$200	

Niños Pequeños 16-33 meses

Niño asiste	Pago Mensual	Horario de 9:00 a 15:30 horas
5 días por semana	\$1525	\$1130
4 días por semana	\$1400	\$1040
3 días por semana	\$1300	\$970
2 días por semana	\$1100	\$815
Tarifa diaria	\$150	

Niños de Edad Preescolar 34 meses-5 años

Niño asiste	Pago Mensual	Horario de 9:00 a 15:30 horas
5 días por semana	\$1400	\$1020
4 días por semana	\$1300	\$970
3 días por semana	\$1150	\$875
2 días por semana	\$1020	\$765
Tarifa diaria	\$100	

FORMULARIO DE REGISTRO – INFORMACION FAMILIAR

Dirección Apt./Lot# Ciudad Estado Código postal

★ Hogar Principal – Tutor Legal con el que vive el estudiante:

1. _____
Nombre Apellido Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Correo electrónico Relación con el estudiante ¿Tutor legal? No ☐ Sí ☐

¿Existe un plan legal de custodia tutorial actualmente? No ☐ Sí ☐ Idioma principal de los padres _____

¿Se necesita intérprete? No ☐ Sí ☐ ¿Se necesita traducir las Comunicaciones? No ☐ Sí ☐

2. _____
Nombre Apellido Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Correo electrónico Relación con el estudiante ¿Tutor legal? No ☐ Sí ☐

¿Existe un plan legal de custodia tutorial actualmente? No ☐ Sí ☐ Idioma principal de los padres _____

¿Se necesita intérprete? No ☐ Sí ☐ ¿Se necesita traducir las Comunicaciones? No ☐ Sí ☐

★ Hogar secundario – Tutor legal con el que el estudiante NO vive:

Nombre Apellido Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Correo electrónico Relación con el estudiante ¿Tutor legal? No ☐ Sí ☐

Dirección Apt./Lot# Ciudad Estado Código postal

¿Existe un plan de custodia tutorial actualmente? No ☐ Sí ☐ Idioma principal de los padres _____

¿Se necesita intérprete? No ☐ Sí ☐ ¿Se necesita traducir las Comunicaciones? No ☐ Sí ☐

Enumere TODOS LOS NIÑOS (desde el nacimiento hasta el grado 12) en el hogar principal, incluidos los niños que asisten a otros lugares. Use el nombre legal que figura en el registro de nacimiento.

Apellido	Nombre	MI	Fecha de Nacimiento	Género	Grado	Escuela Asistiendo
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		
				M ☐ F ☐		

Información de contacto de emergencia: Incluya al menos DOS contactos de emergencia que asumirán el cuidado temporal de su hijo si no pueden localizarlo.

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono móvil	Teléfono de Trabajo

Por favor, conteste las siguientes preguntas con respecto a la familia.

¿Se ha mudado a este distrito escolar para hacer trabajo agrícola temporal o estacional (migrante)?	No ☐	Si ☐
¿Es usted actualmente propietario de una vivienda?	No ☐	Si ☐
¿Está actualmente rentando?	No ☐	Si ☐
¿Comparte este hogar con otra familia o amigos?	No ☐	Si ☐
¿Vive en alguno de los siguientes lugares? ☐ Hotel o motel ☐ Refugio de emergencia / vivienda ☐ Sin Vivienda (estacionamientos de carros, zonas de acampar, temporales)		

¿Cómo se enteró de las escuelas 191?
☐ De un amigo o familiar ☐ Búsqueda de Google ☐ Redes sociales ☐ Postal o folleto en el correo ☐ Periódico ☐ Otro:

FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTES - INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre legal del estudiante tal como figura en el registro de nacimiento

Nombre	Apellido	Segundo Nombre	ID Estudiante
Fecha de Nacimiento	Nivel de Grado	Género:	Masculino ☐ Femenino ☐

País de Nacimiento	Ciudad Natal
---------------------------	---------------------

Por favor, conteste las siguientes preguntas con respecto al estudiante.

¿Se ha mudado el estudiante a los Estados Unidos desde otro país?	No ☐ Sí ☐	País:
En caso afirmativo, en qué fecha ingresó el estudiante por primera vez a los Estados Unidos	Mes / Día / Año	
En caso afirmativo, en qué fecha asistió el estudiante por primera vez a la escuela en los Estados Unidos	Mes / Día / Año	
El estudiante ha asistido a la escuela en los EE. UU. por menos de 3 años acumulados	No ☐ Sí ☐	

Historia Educacional

Si ingresa al jardín de infantes, ¿ha recibido su estudiante una evaluación de la primera infancia?	No ☐ Sí ☐	En caso afirmativo, ¿dónde?
¿Ha asistido su estudiante alguna vez a las escuelas del Distrito 191?	No ☐ Sí ☐	¿A cuál escuela?
¿Ha asistido su estudiante a otra escuela pública de Minnesota?	No ☐ Sí ☐	En caso afirmativo, ¿dónde?

¿Este estudiante participa en servicios o programas especiales?	No ☐ Sí ☐
¿El estudiante tiene un IEP vigente?	No ☐ Sí ☐
¿Este estudiante tiene un Plan 504 vigente?	No ☐ Sí ☐

¿Participa su hijo en alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)	Cursos de honores	No ☐ Sí ☐
	Cursos avanzados	No ☐ Sí ☐
	AVID	No ☐ Sí ☐
	Otros	No ☐ Sí ☐
Si es otro, méncionelo aquí		

Proporcione información sobre la escuela a la que asistió anteriormente durante los últimos dos años.				
Nombre de escuela	Estado, Ciudad	País	Grado	Año escolar al que asistió

Transporte	
Si es elegible, ¿su estudiante requiere transporte? NOTA: los estudiantes en los grados 9-12 DEBEN optar en línea por el transporte. Consulte la página de descripciones de formularios adicionales para obtener más información	No ☐ Sí ☐
¿Asistirá su hijo a un centro de cuidado infantil como Kindercare o cualquier otro proveedor en particular, antes o después de la escuela, cualquier día de la semana escolar?	No ☐ Sí ☐

Información sobre la salud del estudiante

Asma	No ☐ Sí ☐
Diabetes	No ☐ Sí ☐
Convulsiones	No ☐ Sí ☐
Problemas de audición	No ☐ Sí ☐
Problemas de visión	No ☐ Sí ☐
Otras condiciones médicas (por ejemplo, TDA, TDAH, cirugías, preocupaciones emocionales, problemas gastrointestinales, etc.)	
Alergias	
Listar todos los medicamentos	
Restricciones dietéticas especiales (por ejemplo, gluten, lácteos, frutas, etc.)	
TODOS los medicamentos y tratamientos, tanto recetados como de venta libre, requieren la firma de un padre y un formulario de autorización firmado que se puede encontrar en la página web de "Servicios de salud" en: https://www.isd191.org/discover/departments/health-services	
Nombre del médico/clínica (opcional)	Numero de Teléfono #

Los estatutos y reglas de Minnesota establecen que el distrito escolar debe mantener registros precisos y actualizados para todos los estudiantes. Todos los datos en este formulario son confidenciales y solo se compartirán con el personal autorizado del distrito. La información será parte del registro acumulativo permanente del estudiante. Cierta información, conocida como "información de directorio", está disponible para el público a menos que el distrito reciba una solicitud por escrito de un tutor legal que indique lo contrario.

Entiendo que puedo negarme a proporcionar la información solicitada y reconozco que al hacerlo, es posible que el personal de la escuela no pueda comunicarse conmigo en caso de una emergencia y, como resultado, se comunicará con el 911. Verifico que toda la información proporcionada es exacta a mi leal saber y entender.

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Distrito: _____

Escuela: _____

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

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

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

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

☐ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta A.]☐ **No** (Si la respuesta es No, pase a la pregunta 1.)

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

☐ Declina indicar☐ Guatemalteco☐ Salvadoreño☐ Otro hispano/latino☐ Colombiano☐ Mexicano☐ De España/español/☐ Origen desconocido☐ Ecuatoriano☐ Puertorriqueño

español-americano

Pase a la pregunta 1.

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

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

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

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

☐ **Sí** [En caso afirmativo, pase a la pregunta 1a.] ☐ **No** [Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2]

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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Declina indicar | ☐ Cherokee | ☐ Otra afiliación tribal india de América del Norte |
| ☐ Anishinaabe/Ojibwe | ☐ Dakota/Lakota | ☐ Se Desconoce su origen |

Pase a la pregunta 2.

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

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

Pregunta 3. ¿Es el estudiante asiático según lo define el gobierno federal? La definición federal incluye personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano oriente, sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam¹

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

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

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Declina indicar | ☐ Chino | ☐ Karen | ☐ Otro lugar asiático |
| ☐ Indio asiático | ☐ Filipino | ☐ Coreano | ☐ Origen desconocido |
| ☐ Birmano | ☐ Hmong | ☐ Vietnamita | |

Pase a la pregunta 4.

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

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

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

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| ☐ Declina indicar | ☐ Etíope-otro | ☐ Somalí |
| ☐ Afroamericano | ☐ Liberiano | ☐ Otra raza negra |
| ☐ Etíope-Oromo | ☐ Nigeriano | ☐ Origen desconocido |

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

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/viernes 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Pase a la pregunta 5.

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

☐ **Sí** (Pase a la pregunta 6.)

☐ **No** (Pase a la pregunta 6.)

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

☐ **Sí**

☐ **No** [Vaya a la firma.]

Nombre del padre/tutor _____

Fecha _____

Firma del padre/tuto _____

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

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

Encuesta de Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. Se valora la capacidad de hablar y entender múltiples idiomas. La información que proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un Sello Multilingüe luego de una evaluación adicional. Además, la información que proporcione determinará si su estudiante debe realizar una prueba de competencia en inglés. Según los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a recibir instrucción sobre el desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por las leyes federales y estatales. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de los Estudiantes de inglés en cualquier momento.** Todos los estudiantes que se inscriban deben recibir la Encuesta de idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para que podamos atender a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta de idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante		
Nombre completo del estudiante: (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento o identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) que no sea inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	☐ Idioma (s) distinto al ingles ☐ Inglés e idioma (s) aparte del inglés ☐ sólo inglés	
2. Mi estudiante habla:	☐ Idioma (s) distinto al ingles ☐ Inglés e idioma (s) aparte del inglés ☐ sólo inglés	
3. Mi estudiante entiende:	☐ Idioma (s) distinto al ingles ☐ Inglés e idioma (s) aparte del inglés ☐ sólo inglés	
4. Mi estudiante tiene una interacción constante en:	☐ Idioma (s) distinto al ingles ☐ Inglés e idioma (s) aparte del inglés ☐ sólo inglés	

El uso del idioma por sí solo no identifica a su estudiante como un estudiante de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, su estudiante será examinado para determinar su dominio del idioma inglés.

Información del padre / tutor	
Nombre del padre / tutor (de molde):	
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:

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

Encuesta de Equidad Digital del Estudiante

Instrucciones

Por favor, complete la información siguiente basándose en cómo utiliza los dispositivos electrónicos para hacer la tarea escolar en la casa. Esta encuesta utiliza la dirección primaria que usted proporciona como su "hogar." **Usted debe responder a las siguientes preguntas basándose solo en las condiciones que existen en esta dirección.** Al final de la encuesta hay una oportunidad para decir más acerca de los lugares adicionales donde usted vive y hace tarea escolar.

Información del estudiante

Nombre: _____

Apellido: _____

Grado: _____

Dirección primaria: _____

Acceso a Internet

1) ¿Puede el estudiante acceder a Internet en su dispositivo electrónico en la casa?

- ☐ No – No hay Internet disponible en la casa (pasar a la pregunta 4)
- ☐ No – Internet no es costeable en la casa (pasar a la pregunta 4)
- ☐ No – Otro (pasar a la pregunta 4)
- ☐ Sí (continuar en la pregunta 2a)

a. En caso afirmativo, ¿qué clase de servicio de Internet tiene en la casa?

- ☐ Banda ancha residencial (por ejemplo: Cable, Fibra óptica, DSL)
- ☐ Telefonía móvil
- ☐ Zona wifi (hotspot) proporcionada por la escuela
- ☐ Satelital
- ☐ Analógica
- ☐ Otro
- ☐ No estoy seguro/a

b. ¿Puede el estudiante ver un video en su dispositivo electrónico sin pausas?

- ☐ Sí, sin pausas ni buffering
- ☐ Sí, con algunas pausas o buffering No, la transmisión no funciona

Acceso a dispositivos digitales

2) ¿Utiliza el estudiante un dispositivo electrónico como una computadora, tableta o teléfono inteligente para realizar la tarea escolar?

- ☐ No
☐ Sí (continuar en 2a)

a. En caso afirmativo, ¿qué tipo de dispositivo electrónico utiliza el estudiante generalmente para realizar la tarea?

- ☐ (seleccione SOLO una)
☐ Computadora de escritorio o portátil Tableta
☐ Chromebook Teléfono inteligente Otro

b. ¿La escuela proporciona el dispositivo electrónico (de 1a)?

- ☐ Sí
☐ No

c. ¿Se comparte el dispositivo electrónico con alguien más en la casa?

- ☐ Sí
☐ No

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR DATOS EDUCATIVOS

1st Request: _____

Office Use:

2nd Request: _____

Información del Estudiante

Nombre _____

Apellido Del Estudiante _____

Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Nivel de Grado _____

Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Información de la escuela anterior

Escuela anterior / nombre de la organización _____

Ciudad, Estado _____

Número de teléfono _____

Fax _____

Correo electrónico _____

Autorizo al Distrito Escolar Independiente 191 a obtener registros escolares oficiales. Incluya COPIAS DE TODO lo siguiente, si corresponde:

Transcript and/or report cards, exit grades (if applicable), **birth document**, early childhood screening (if applicable.)

- Academic Assessments: MAP, DIBELS, MCA, MTAS, ACCESS test scores.
- Attendance Data: days absent and truancy records.
- Medical & Health Records: vaccination history and other health records, if applicable.
- Special Education Records including: current IEP, assessment reports, evaluation reports. (If using SpEd forms, please share electronically with Annette Hardt)
- Disciplinary Records: in accordance with MN State Statute 120A.22 Subd. 7(c).

PLEASE RELEASE RECORDS TO THE DESIGNATED ISD 191 SCHOOL:

	School Name:	Email	Phone	Fax
☐	ONE91 Virtual Academy Elementary	191va-elementary@isd191.org	952.707.2900	
☐	Edward Neill Elementary	edwardneill@isd191.org	952.707.3100	952.707.3102
☐	Gideon Pond Elementary	gideonpond@isd191.org	952.707.3000	952.707.3002
☐	Harriet Bishop Elementary	harrietbishop@isd191.org	952.707.3900	952.707.3902
☐	Hidden Valley Elementary	hiddenvally@isd191.org	952.707.3800	952.707.3802
☐	Rahn Elementary	rahn@isd191.org	952.707.3600	952.707.3602
☐	Sky Oaks Elementary	skyoaks@isd191.org	952.707.3700	952.707.3702
☐	Vista View Elementary	vistaview@isd191.org	952.707.3400	952.707.3402
☐	William Byrne Elementary	williambyrne@isd191.org	952.707.3500	952.707.3502
☐	Eagle Ridge Middle School	eagleridge@isd191.org	952.707.2808	952.707.2802
☐	Nicollet Middle School	nicollet@isd191.org	952.707.2608	952.707.2602
☐	ONE91 Virtual Academy Middle School	191va-elementary@isd191.org	952.707.2808	952.707.2802
☐	Burnsville High School	bhsrecords@isd191.org	952.707.2108	email only
☐	Burnsville Alternative High School	bahs@isd191.org	952.707.4020	952.707.4024
☐	ONE91 Virtual Academy High School	191va-secondary@isd191.org	952.707.2108	email only
☐	District Enrollment Center	enrollmentcenter@isd191.org	952.707.4180	952.707.4181

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Personal designado del distrito escolar (si no se obtuvo la firma de los padres)

Fecha _____

De acuerdo con el Estatuto del Estado de MN 120A.22 Subd. 7 (a), el permiso por escrito del padre / tutor no es necesario en la transferencia de registros a una escuela en la que el estudiante tiene la intención de inscribirse.

¿Están Listos sus Hijos?

Qué requiere la ley de inmunización de Minnesota

Requisitos de vacunación

Use esta tabla como una guía para determinar qué vacunas se requieren para la inscripción en cuidado infantil, programas para la primera infancia y la escuela (en línea, educación en la casa, pública o privada).

Encuentre la edad o el grado del menor y vea si su hijo o hija ha recibido el número de vacunas que muestran las marcas debajo de cada vacuna. La tabla en la parte posterior muestra las edades a las que deben aplicarse las dosis.

Del nacimiento hasta 4 años	Edad: De 5 a 6 años ³	Edad: De 7 a 11 años	Edad: 12 años y mayores
Programas de niñez temprana y cuidado infantil	Para kindergarten	Para los grados 1.º a 6.º	Para los grados 7.º a 12.º
Hepatitis A (Hep A) ✓			
Hepatitis B (Hep B) ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓	Hepatitis B ✓✓✓
DTaP/DT ✓✓✓✓	DTaP/DT 4	✓✓✓ vacunas que contienen dosis contra el tétanos y la difteria 6	✓ Tdap
Polio ✓✓✓	Polio ✓✓✓✓	Polio ✓✓✓	Polio ✓✓✓
MMR ✓	MMR ✓✓	MMR ✓✓	MMR ✓✓
Hib ✓			
Pneumocócica ✓✓✓✓	Varicela ✓✓	Varicela ✓✓	Meningocócica (ACWY) ✓ y refuerzo
Varicela ✓			Varicela ✓✓

¡No es demasiado tarde! Si su hijo se ha retrasado en sus vacunas, hable con su médico o clínica para ponerse al día.

Vacunas recomendadas pero no obligatorias:

COVID-19

Para todos los niños en un grupo de edad elegible

Influenza

Anualmente para niños de 6 meses y mayores

Rotavirus

Para infantes

Virus del papiloma humano

A la edad de 11 a 12 años

- 1 No se requiere después de 24 meses.
Si el menor ya tuvo varicela, no se requieren vacunas de varicela. Si la enfermedad se presentó después del año 2010, el médico del menor tiene que firmar un formulario para confirmar la enfermedad.
- 2
- 3 Los alumnos de primer grado que tengan 6 años y menos tienen que seguir los calendarios para la polio y DTaP/DT para kindergarten.
- 4 La quinta vacuna de DTaP no es necesaria si la cuarta vacuna se aplicó después de los 4 años de edad. Dosis final de DTaP a los 4 años o después. La cuarta vacuna de polio no es necesaria si la tercera vacuna se aplicó después de los 4 años de edad. Dosis final de polio a los 4 años o después.
- 5 Una dosis debe haber contenido la vacuna contra la tos ferina (es decir, DTaP o Tdap) y una dosis se debe haber administrado después de cumplir los cuatro años. Si la primera dosis de la serie se administró antes de los 12 meses de edad, entonces son necesarias cuatro dosis.
- 6 También puede usarse un calendario alterno de dos vacunas de hepatitis B para niños de 11 a 15 años.
- 7 Se debe haber administrado al menos una dosis después de cumplir los 4 años. Si la tercera dosis se administró antes de cumplir los cuatro años, es necesaria una cuarta dosis.
- 8 Se requiere una dosis de la vacuna meningocócica conjugada ACWY al comienzo del 7.º grado. Se recomienda la dosis de refuerzo de la vacuna meningocócica conjugada ACWY a los 16 años y es un requisito para los estudiantes de 12.º grado.
- 9

Exenciones Para inscribirse en los programas de cuidado infantil, niñez temprana y escuelas en Minnesota, los niños tienen que comprobar que han recibido estas vacunas o presentar una exención legal.

Los padres pueden presentar una exención legal firmada por un proveedor de atención de salud o una exención no médica firmada por el padre, madre o tutor y notariada.

Exenciones Médicas y No Médicas

Instrucciones para documentar exenciones médicas o no médicas y antecedentes de varicela. Siga los siguientes pasos 1 y 2 para documentar una exención médica, una exención no médica o los antecedentes de varicela.

1. Marque con una X la casilla para indicar una exención médica o no médica. Si exige a su hijo de más de una vacuna, marque con una X cada una de las vacunas de las que lo exige.
2. Obtener firmas para exenciones o antecedentes de enfermedad de varicela.

Vacunas Requeridas	Médicos	No Médicos
Hepatitis B (Hep B)		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa)		
Polio (IPV)		
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)		
Sarampión, paperas, rubéola (SPR)		
Varicela (Chickenpox)		
Hepatitis A (Hep A)		

Exención médica: Un proveedor de atención de salud médica debe revisar y firmar una exención médica. Un proveedor de atención médica incluye un médico con licencia para ejercer, una enfermera practicante o un asistente médico. Con mi firma a continuación, confirmo que este niño no debe recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe confirmación de laboratorio de que ya es inmune.

Firma: _____
(del profesional de la salud)
Fecha: _____

Exención no Médica: Un padre/tutor debe firmar una exención no médica y el formulario debe ser firmado y sellado por un notario publico. Un niño no está obligado a recibir una vacuna que vaya en contra de las creencias de sus padres o tutores. Optar por no vacunar puede poner en peligro la salud de su hijo o de otras personas de su entorno. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad prevenible mediante vacunación pueden tener que quedarse en casa y no asistir a la escuela ni a otras actividades durante un máximo de 21 días para protegerse a sí mismos y a los demás. Con mi firma confirmo que este niño no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla debido a mis creencias y entiendo que se le puede exigir que permanezca fuera del colegio y de otras actividades hasta 21 días si se expone a una enfermedad prevenible mediante vacunación.

Firma: _____ Fecha _____
(de los padres/tutores legales)

Las exenciones no médicas también deben estar firmadas y selladas por un notario:

Sello Notarial

El presente documento ha sido reconocido ante mí el _____ (fecha),
por _____
(nombre del padre, madre o tutor legal)



Firma del Notario: _____ Estado de _____
Condado de _____

Antecedentes de la Enfermedad de chickenpox (la Varicela): Si un niño previamente le ha dado la varicela, no es necesario que reciba la vacuna contra la varicela. Un proveedor de salud debe firmar este formulario si la enfermedad ocurrió después del 1 de septiembre de 2010. Si el niño tuvo varicela antes del 1 de septiembre de 2010, un padre o tutor puede firmar este formulario. Mi firma a continuación significa que confirmo que este niño no necesita la vacuna contra la varicela porque tuvo varicela en el mes y año
Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional de salud, del representante de una clínica pública o del padre/madre/tutor)

HEALTH CARE SUMMARY

MUST BE COMPLETED BY HEALTH CARE SOURCE

Date of Enrollment: _____

NAME OF CHILD _____

Birth Date _____

ADDRESS _____

Telephone _____

PARENT(S) OR GUARDIAN _____

Date of last physical examination _____ How long have you been seeing this child? _____

How frequently do you see this child when he/she is not ill? _____

Does this child have any allergies (including allergies to medications)? _____

Is a modified diet necessary? _____

Is any condition present that might result in an emergency? _____

What is the status of the child's ... Vision _____

Hearing _____

Speech _____

Please list below the important health problems

<u>Important Health Problems</u>	<u>Followed By You</u>	<u>Followed By Other Med Source (Name)</u>	<u>Requires Special Attention at Center</u>

Other information helpful to the child care program _____

Phone _____

Signature of Health Source _____ Address _____

Date _____