# Sumner-Bonney Lake School District

## Lista de verificación para la inscripción del estudiante

Complete y devuelva los siguientes documentos con esta hoja de portada.

- Verificación de residencia
  ***Consulte el tipo de formulario de verificación aceptado. <u>NO</u> se aceptarán paquetes incompletos.***
- Formulario de inscripción de estudiantes
- Formulario de recopilación de datos sobre etnia y raza
- Encuesta de idiomas en el hogar
- Formulario de certificado de estado de vacunación (Certificate of Immunization Status, CIS)

  ***Requisitos de documentación de vacunación según el Washington State Department of Health:***

  Todos los registros de vacunación para el ingreso a la escuela deberán estar verificados por un médico. Uno de los requisitos a continuación DEBE estar incluido en el paquete para que el estudiante pueda inscribirse en la escuela. NO se aceptarán paquetes incompletos.
  - Formulario CIS impreso; se puede acceder a él desde la base de datos del sistema de información de vacunación (Immunization Information System, ISS), registrándose en el sitio web: myirmobile.com
  - Copia impresa del formulario CIS, completado a mano y validado por la firma de un proveedor de atención médica.
  - Copia impresa del formulario CIS, completado a mano POR UNO DE LOS PADRES y validado por el enfermero de la escuela o la persona designada, junto con los registros de vacunación adjuntos.
- Formulario de antecedentes médicos del estudiante
- Cuestionario de vivienda del estudiante
- Para la inscripción al jardín de infantes, se requiere la presentación del certificado de nacimiento, en donde se vea la fecha de nacimiento. Entre los documentos alternativos se podrían incluir, entre otros: un certificado religioso, hospitalario o del médico, el registro de adopción, expedientes escolares verificados anteriormente o una declaración jurada notarizada de uno de los padres. Comuníquese con la escuela para verificar si se pueden aceptar otros documentos.

**INFORMACIÓN SOLO PARA ESTUDIANTES DE JARDÍN DE INFANTES:**

¿Su estudiante de jardín de infantes ha participado en un programa de aprendizaje temprano/preescolar en algún distrito escolar del estado de Washington? ☐ Sí ☐ No  En caso afirmativo, indique el nombre de la escuela: _____

<u>Información sobre la exención para el próximo año escolar</u>

Las solicitudes de exención para nuevos estudiantes de jardín de infantes que tienen un hermano que asiste a una escuela fuera del distrito escolar se pueden completar utilizando la solicitud en línea (sitio web de Sumner-Bonney Lake School District [SBLSD]). La documentación completa para la inscripción se debe presentar en la escuela no residente. En caso de ser rechazada, toda la documentación se enviará a la escuela residente.

Las nuevas solicitudes de exención dentro del distrito se pueden completar utilizando la solicitud de exención en línea (sitio web de SBLSD). La solicitud de exención será recibida por la escuela solicitada para su consideración. La documentación completada para la inscripción se debe presentar en la escuela <u>residente.</u> Si se aprueba la exención, toda la documentación de inscripción se enviará a la escuela solicitada.

1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390
sumnersd.org
(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT
FUTURE READY

# VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Para verificar la residencia dentro del Sumner-Bonney Lake School District, se DEBE presentar un documento actual (fechada dentro de los últimos 30 días) de la lista a continuación que muestre el nombre y la dirección del padre, la madre o el tutor.
Tenga en cuenta lo siguiente: Los números de apartados de correo no se aceptan como direcciones residenciales.

| | |
|---|---|
| **Si usted es propietario de su vivienda:**<br>**Proporcione UNO de los siguientes:**<br>• Documentos de depósito en garantía<br>• Libro o estado de cuenta de la hipoteca<br>• Estado de cuenta de las cuotas de la asociación de propietarios<br>**O**<br>**Proporcione DOS de los siguientes:**<br>• Factura de teléfono (fijo, no móvil) de la dirección indicada<br>• Declaración de seguro de residencia<br>• Factura de gas o electricidad<br>• Factura de televisión por cable<br>• Factura del servicio de recolección de basura<br>• Factura de agua<br>**Nota:** Solo se aceptan facturas que indiquen un único hogar como beneficiario del pago. Las facturas en las que figure más de una familia o más de una persona no serán aceptadas como constancia de residencia. | **Si usted alquila o arrienda:**<br>Proporcione **DOS** de los siguientes:<br>• Contrato de arrendamiento o alquiler **y** recibo de alquiler actual dentro de los 30 días.<br>• Carta en papel membretado de un complejo de departamentos o un parque de casas prefabricadas, firmada por el propietario, que indique que el padre, la madre o el tutor vive en la dirección indicada.<br>• Factura de teléfono (fijo, no móvil) de la dirección indicada.<br>• Declaración de seguro de residencia.<br>• Factura de gas o electricidad.<br>• Factura de televisión por cable.<br>• Factura del servicio de recolección de basura.<br>• Factura de agua.<br>**Nota:** Solo se aceptan facturas que indiquen un único hogar como beneficiario del pago. Las facturas en las que figure más de una familia o más de una persona no serán aceptadas como constancia de residencia. |
| **Si recibe Servicios Sociales, lo siguiente puede reemplazar las formas de prueba anteriores:**<br>**Proporcione UNO de los siguientes:**<br>• Verificación reciente de Servicios Sociales | |

Padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Declaro que el estudiante previamente mencionado reside en la dirección que aparece en uno de los documentos indicados anteriormente y adjuntos a este paquete de inscripción. Informaré a la escuela dentro de las dos semanas posteriores a los cambios de residencia y me comprometo a proporcionar una nueva prueba de residencia y una declaración firmada actualizada en ese momento. Entiendo que, si me mudo fuera de los límites del distrito escolar, debo presentar una liberación de asistencia entre distritos (Choice Transfer) para solicitar que el estudiante continúe asistiendo a la escuela en el distrito actual.

*La falsificación de cualquier información o documento necesario para la verificación de residencia, o el uso de la dirección de otra persona sin residir realmente allí, puede dar lugar a la revocación de la inscripción del estudiante en Sumner-Bonney Lake School District (ver Política 3140).*

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

**SOLO PARA USO ESCOLAR**
Los documentos adjuntos incluyen el nombre y la dirección de las personas que inscriben al estudiante mencionado anteriormente. En caso de no ser la madre o el padre, el tutor deberá presentar el certificado de consentimiento temporal de los padres del Sumner-Bonney Lake School District.

Firma del director o su designado: _____ Fecha: _____

Nombre de la escuela: _____

Comentarios adicionales: _____

**NUESTRO PROMESA:** Nos comprometemos a conocer, valorar y apoyar **a cada estudiante**, así como a prepararlos para perseguir un futuro prometedor una vez que se gradúen.

1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390
sumnersd.org
(253) 891-6000

KNOW VALUE SUPPORT FUTURE READY

# Formulario de inscripción de estudiantes

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido **legal del estudiante**: _____ **Sufijo:** _____

Nombre **legal del estudiante**: _____ **Grado:** _____

Segundo nombre **legal del estudiante**: _____ **Género:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario

**Fecha de nacimiento** (mes/día/año): _____

¿Su hijo ha estado registrado en Sumner-Bonney Lake School District? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué escuela? _____

¿Su hijo ha asistido a la escuela con un nombre diferente? En caso afirmativo, ¿cuál? _____

**Afiliación familiar militar**

Los distritos escolares del estado de Washington deben obtener información de las familias en cuanto al estado de servicio militar activo. Esta información se utiliza para eliminar los obstáculos frente al éxito educativo que enfrentan los hijos de familias militares, debido a los frecuentes traslados de sus padres.

**A continuación, indique si está en servicio activo en US Armed Forces, National Guard o Reserve.**

Actualmente, estoy en servicio activo en US Armed Forces, National Guard o Reserves: ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique lo siguiente:

☐ Servicio activo de US Armed Forces ☐ National Guard ☐ Más de un miembro pertenece a Armed Forces/National Guard ☐ US Armed Forces Reserve.

## INFORMACIÓN DEL HOGAR PRINCIPAL

**Padre/madre/tutor n.º 1**

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otra _____

Teléfono del hogar: (____)_____ Teléfono móvil: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Extensión: _____

**Seleccione la casilla si no está en la lista** ☐

Número de teléfono de contacto principal (marque uno): ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Correo electrónico del trabajo: _____

Dirección: _____ N.º de departamento:_____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección/apartado postal: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

**(Complete si es diferente al domicilio)**

**Padre/madre/tutor n.º 2**

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otra _____

Teléfono del hogar: (____)_____ Teléfono móvil: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Extensión: _____

## INFORMACIÓN DEL HOGAR N.º 2

**Padre/madre/tutor n.º 1**

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otra _____

Teléfono del hogar: (____)_____ Teléfono móvil: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Extensión: _____

**Seleccione la casilla si no está en la lista** ☐

Número de teléfono de contacto principal (marque uno): ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Correo electrónico del trabajo: _____

Dirección: _____ N.º de departamento:_____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección/apartado postal: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

**(Complete si es diferente al domicilio)**

**Padre/madre/tutor n.º 2**

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Padre/madre de acogida ☐ Otra _____

Teléfono del hogar: (____)_____ Teléfono móvil: (____)_____ Teléfono del trabajo: (____)_____ Extensión: _____

**NUESTRA PROMESA:** Nos comprometemos a conocer, valorar y apoyar **a cada estudiante**, así como a estar preparados para perseguir un futuro prometedor una vez que se gradúen.

1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390
sumnersd.org
(253) 891-6000

KNOW VALUE SUPPORT FUTURE READY

## OTROS NIÑOS QUE ASISTEN A UNA ESCUELA DE SUMNER-BONNEY LAKE SCHOOL DISTRICT

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Apellido legal: _____ Nombre legal: _____ Escuela: _____ Grado: _____

## CONTACTOS DE EMERGENCIA: INDIQUE UN NOMBRE POR LÍNEA

Nombre (que no sea el del tutor): _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (_____)_____ ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Trabajo

---

Nombre (que no sea el del tutor): _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (_____)_____ ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Trabajo

---

Nombre (que no sea el del tutor): _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (_____)_____ ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Trabajo

---

Nombre (que no sea el del tutor): _____ Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: (_____)_____ ☐ Hogar ☐ Móvil ☐ Trabajo

## ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

Nombre de la última escuela a la que asistió el estudiante_____ Distrito_____ Ciudad_____

Estado_____

¿Su hijo ha repetido de grado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué grados? _____

¿Su hijo ha recibido servicios de alguno de los siguientes programas? Marque todos los programas que correspondan.

☐ Educación especial (incluso para el habla) ☐ Adaptaciones del plan 504 ☐ Highly Capable ☐ English Language Learner (ELL) ☐ Servicios del Título 1 ☐ Servicios del Programa de Asistencia para el Aprendizaje (Learning Assistance Program, LAP) ☐ Servicios para migrantes

Nombre de la escuela donde se recibieron los servicios_____ Fecha_____

¿Se ha mudado en los últimos dos años para buscar trabajo agrícola? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo ha acatado, acata o deberá acatar una acción disciplinaria o tiene antecedentes de comportamientos violentos? ☐ Sí ☐ No Fecha_____

¿Su hijo se encuentra suspendido o fue expulsado de otra escuela? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el motivo_____

¿Existe un plan de custodia compartida o de crianza vigente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, la escuela debe contar con una copia certificada del plan más reciente para garantizar su cumplimiento.

¿Existe una orden de restricción contra alguien en relación con su hijo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, la escuela debe contar con los documentos legales certificados más recientes para garantizar su cumplimiento. La orden de restricción va contra ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro_____

## CUIDADO INFANTIL

¿Su hijo asiste a un centro de cuidado infantil? ☐ Antes de la escuela ☐ Después de la escuela ☐ Antes y después de la escuela

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: (_____)_____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

**NUESTRA PROMESA:** Nos comprometemos a conocer, valorar y apoyar **a cada estudiante**, así como a estar preparados para perseguir un futuro prometedor una vez que se gradúen.

1202 Wood Ave
Sumner, WA 98390
sumnersd.org
(253) 891-6000

KNOW
VALUE
SUPPORT
FUTURE
READY

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

La ley federal prohíbe que los distritos escolares divulguen información de los archivos de los estudiantes sin la autorización de los padres o tutores, excepto lo que se denomina información del directorio. La información del directorio se puede divulgar según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) de 1974. El distrito no divulga información del directorio con fines comerciales.

Los padres de estudiantes menores de 18 años y los estudiantes mayores de 18 años tienen derecho a solicitar al distrito escolar y a sus escuelas que mantengan privada la información del directorio. Si decide solicitarle al distrito que no comparta información para su difusión pública o uso por parte del distrito, recuerde que el distrito no divulgará ni publicará ningún dato de su hijo por ningún motivo.

Si desea mantener privada la información del directorio de su hijo, deberá completar un formulario de no divulgación de información del directorio. Este formulario se puede encontrar en línea en www.sumnersd.org/FERPA y se debe devolver a la escuela de su hijo. Este formulario se debe presentar al inicio de cada año escolar. A menos que se reciba un formulario de no divulgación de información de directorio, está permitido difundir la información designada sin consentimiento por escrito.

La información de este formulario es verdadera y precisa a la fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación del estudiante a una escuela de Sumner-Bonney Lake School District puede ser motivo de su revocación.

**Firma del padre, la madre o el tutor**: _____ **Fecha**: _____

**Empresa que ofrece igualdad de oportunidades**

Sumner-Bonney Lake School District cumple con todas las normas y regulaciones federales y estatales aplicables y no discrimina por motivos de raza, credo, color, origen nacional, familias con niños, sexo, estado civil, orientación sexual, edad, estado de veterano dado de baja honorablemente o de militar, o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física o la recepción de asistencia de un perro guía entrenado o un animal de servicio por parte de una persona con una discapacidad. Esto es válido para todas las oportunidades de empleo del distrito. Las consultas relacionadas con los procedimientos de cumplimiento o presentación de quejas deben dirigirse al coordinador de Igualdad de Oportunidades o de la Sección 504/Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 49.60.010
Número de teléfono de la Oficina del Distrito: 253-891-6000
Oficial de Igualdad de Oportunidades/Título IX: Adrienne Chacon
Coordinador de Sección 504/ADA: Robert Gallagher

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

**Sumner-Bonney Lake School District**
**Formulario de recopilación de datos sobre etnia y raza**

Los distritos escolares del estado de Washington deben informar los datos de los estudiantes por categorías de etnia y raza a la Office of Superintendent of Public Instruction. Las categorías de etnia y raza utilizadas en nuestro distrito son las mismas que se utilizan en todos los distritos escolares de Washington. Son establecidas por el gobierno federal, la Washington State Legislature y el State Superintendent of Public Instruction. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre su etnia y raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. **Seleccione su etnia y raza. Además, asegúrese de firmar y fechar en la página 2 de este formulario.**

**Etnia del estado**: ¿Su hijo es de origen hispano o latino? (Si es así, marque todas las opciones que correspondan) ___ Sí ___ No (H01)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hispano (H00) | | Cubano (H09) | | Mestizo (H17) | | Salvadoreño (H24) |
| | Argentino (H02) | | Dominicano (H10) | | Indígena (H18) | | Español (H25) |
| | Boliviano (H03) | | Ecuatoriano (H11) | | Nicaragüense (H19) | | Surinamés (H26) |
| | Brasileño (H04) | | Guatemalteco (H12) | | Panameño (H20) | | Uruguayo (H27) |
| | Chicano (Mexicoestadounidense) (H06) | | Guayanés (H13) | | Paraguayo (H21) | | Venezolano (H28) |
| | Chileno (H06) | | Hondureño (H14) | | Peruano (H22) | | _____ |
| | Colombino (H07) | | Jamaiquino (H15) | | Puertorriqueño (H23) | | Hispano/Latino, escribir en (H29) arriba |
| | Costarricense (H08) | | Mexicano (H16) | | | | |

**Raza estatal y federal**: ¿De qué **razas** considera que es su hijo (marque todas las que correspondan)?

**Raza: indígena estadounidense/nativo de Alaska**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Indígena estadounidense/nativo de Alaska (N00) | | _____ Nativo de Alaska, escribir en (N36) arriba | | _____ Indígena estadounidense, escribir en (N37) arriba |

**Tribus del estado de Washington**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Tribu Chinook (N01) | | Tribu Puyallup de la Reserva Puyallup (N19) |
| | Tribus y bandas confederadas de la Nación Yakama (N02) | | Tribu Quileute de la Reserva Quileute (N20) |
| | Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis (N03) | | Nación India Quinault (N21) |
| | Tribus confederadas de la Reserva Colville (N04) | | Nación India Samish (N22) |
| | Tribu indígena Cowlitz (N05) | | Tribu Sauk-Suiattle de Washington (N23) |
| | Tribu Duwamish (N06) | | Tribu indígena de Shoalwater Bay/Reserva India de Shoalwater Bay (N24) |
| | Tribu indígena Hoh (N07) | | Tribu indígena Skokomish (N25) |
| | Tribu S'Klallam de Jamestown (N08) | | Tribu Snohomish (N26) |
| | Comunidad indígena de Kalispel/Reserva Kalispel (N09) | | Tribu indígena de Snoqualmie (N27) |
| | Nación India Kikiallus (N10) | | Tribu Snoqualmoo (N28) |
| | Comunidad tribal del Bajo Elwha (N11) | | Tribu Spokane de la Reserva Spokane (N29) |
| | Tribu Lummi de la Reserva Lummi (N12) | | Tribu de la isla Squaxin de la Reserva de la isla Squaxin (N30) |
| | Tribu indígena Makah/Reserva India Makah (N13) | | Tribu Steilacoom (N31) |
| | Banda Marietta de la tribu Nooksack (N14) | | Tribu de indios Stillaguamish de Washington (N32) |
| | Tribu india de Muckleshoot (N15) | | Tribu india Suquamish de la Reserva Port Madison (N33) |
| | Tribu indígena Nisqually (N16) | | Comunidad tribal indígena Swinomish (N34) |
| | Tribu indígena Nooksack de Washington (N17) | | Tribus Tulalip de Washington (N35) |
| | Tribu S'Klallam de Port Gamble (N18) | | |

**Raza: asiática**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Asiático (A00) | | Filipino (A08) | | Mongol (A16) | | Tailandés (A24) |
| | Indio asiático (A01) | | Hmong (A09) | | Nepalí (A17) | | Tibetano (A25) |
| | Bangladesí (A02) | | Indonesio (A10) | | Okinawa (A18) | | Vietnamita (A26) |
| | Butanés (A03) | | Japonés (A11) | | Paquistaní (A19) | | _____ |
| | Birmano (A04) | | Coreano (A12) | | Punyabí (A20) | | Asiático, escribir en (A27) |
| | Camboyano (A05) | | Laosiano (A13) | | Singapurense (A21) | | |
| | Originario del pueblo Cham (A06) | | Malayo (A14) | | Esrilanqués (A22) | | |
| | Chino (A07) | | Originario del Iu Mien (A15) | | Taiwanés (A23) | | |

**Raza: negra/afroamericana**

**Negro/africano**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Negro/afroamericano (B00) | | Afroamericano (B01) | | Afrocanadiense (B02) | | _____ Negro, escribir en (C02) arriba |

**El formulario de recopilación de datos sobre etnia y raza continúa en la página siguiente**

**Caribeño**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nativo de Anguilla (B03) | | Nativo de la Islas Caimán (B09) | | Granadino (B13) | | Jamaiquino (B16) |
| | Antiguano (B04) | | Cubano (B10) | | Nativo de Guadalupe (B14) | | Nativo de Martinica (B17) |
| | Bahameño (B05) | | Dominicano (B11) | | Haitiano (B15) | | Montserratiano (B18) |
| | Barbadense (B06) | | Nativo de las Antillas Holandesas (B12) | | Puertorriqueño (B19) | | Nativo de San Bartolomé (B07) |
| | Nativo de las Islas Vírgenes Británicas (B08) | | | | | | |

**Centroafricano**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Angoleño (B21) | | Nativo del Congo (República del Congo) (B25) | | Nativo de Santo Tomé y Príncipe (B29) | | Camerunés (B22) |
| | Nativo del Congo (República Democrática del Congo) (B26) | | Nativo de Príncipe (B30) | | Centroafricano (B23) | | Nativo de Guinea Ecuatorial (B27) |
| | Chadiano (B24) | | Gabonés (B28) | | _____ Centroafricano, escribir en (B31) arriba | | |

**Africano Oriental**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Burundés (B32) | | Malgache (Madagascar) B38) | | Ruandés (B44) | | Tanzano (B50) |
| | Nativo de Comoran (B33) | | Malawiano (B39) | | Nativo de Seychelles (B45) | | Zambiano (B51) |
| | Yibutiano (B34) | | Mauriciano (B40) | | Somalí (B46) | | Zimbabuense (B52) |
| | Eritreo (B35) | | Mahorano (Mayotte) (B41) | | Nativo de Sudán del Sur (B47) | | _____ |
| | Etíope (B36) | | Mozambiqueño (B42) | | Sudanés (B48) | | África Oriental, escribir en (B53) arriba |
| | Keniano (B37) | | Nativo de Reunión (B43) | | Ugandés (B49) | | |

**Latinoamericano**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Argentino (B54) | | Ecuatoriano (B61) | | Mexicano (B68) | | Uruguayo (B75) |
| | Beliceño (B55) | | Salvadoreño (B62) | | Nicaragüense (B69) | | Venezolano (B76) |
| | Boliviano (B56) | | Nativo de las Islas Malvinas (B63) | | Panameño (B70) | | _____ |
| | Brasileño (B57) | | Nativo de Guayana Francesa (B64) | | Paraguayo (B71) | | Latinoamericano, escribir en (B77) arriba |
| | Chileno (B58) | | Guatemalteco (B65) | | Peruano (B72) | | |
| | Colombiano (B59) | | Guayanés (B66) | | Nativo de las Islas Georgias del Sur y Sandwich del Sur (B73) | | |
| | Costarricense (B60) | | Hondureño (B67) | | Surinamés (B74) | | |

**Sudafricano**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Botsuano (B78) | | Namibio (B80) | | Suazi (B82) | | Lesotense (B79) |
| | Sudafricano (B81) | | _____ Sudafricano, escribir en (B83) arriba | | | | |

**Africano Occidental**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Beninés (B84) | | Gambiano (B89) | | Mauritano (B93) | | Senegalés (B97) |
| | Nativo de Guinea-Bissau (B85) | | Ghanés (B90) | | Nigerino (Níger) (B94) | | Sierraleonés (B98) |
| | Nativo de Burkina Faso (B86) | | Liberiano (B91) | | Nigeriano (B95) | | Togolés (B99) |
| | Caboverdiano (B87) | | Maliense (B92) | | Nativo de Santa Elena (B96) | | _____ Africano Occidental, escribir en (C01) arriba |
| | Marfileño (B88) | | | | | | |

| **Raza: nativo de Hawái u otra isla del Pacífico** | |
|---|---|
| | Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (P00) |

**Nativo de una isla del Pacífico**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Caroliniano (P01) | | Maorí (P07) | | Pohpeiano (P13) | | Tongano (P18) |
| | Chamorro (P02) | | Marshalés (P08) | | Samoano (P14) | | Tuvaluano (P19) |
| | Chuukés (P03) | | Nativo hawaiano (P09) | | Nativo de la Islas Salomón (P15) | | Yapés (P20) |
| | Fiyiano (P04) | | Originario del pueblo Ni-Vanuatu (P10) | | Tahitiano (P16) | | _____ Nativo de una isla del Pacífico, escribir en (P21) arriba |
| | Kiribati/Gilbertés (P05) | | Palauano (P11) | | Tokelauense (P17) | | |
| | Nativo de Kosrae (P06) | | Nativo de Papúa (P12) | | | | |

| **Raza: blanca** | | | |
|---|---|---|---|
| | Blanco (W00) | | _____ Blanco, escribir en (W36) arriba |

**Europeo Oriental**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bosnio (W01) | | Polaco (W03) | | Ruso (W05) | | _____ |
| | Herzegovino (W02) | | Rumano (W04) | | Ucraniano (W06) | | Europeo Oriental, escribir en (W07) arriba |

**Medioriental/Norafricano**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Argelino (W08) | | Druso (W16) | | Libanés (W24) | | Tunecino (W32) |
| | Bereber (W09) | | Egipcio (W17) | | Libio (W25) | | Yemení (W33) |
| | Árabe (W10) | | Emiratí (W18) | | Marroquí (W26) | | _____ |
| | Asirio (W11) | | Iraní (W19) | | Omaní (W27) | | Medioriental, escribir en (W34) arriba |
| | Bareiní (W12) | | Iraquí (W20) | | Palestino (W28) | | _____ |
| | Beduino (W13) | | Israelí (W21) | | Qatarí (W29) | | Norafricano, escribir en (W35) arriba |
| | Caldeo (W14) | | Jordano (W22) | | Nativo de Arabia Saudita (W30) | | |
| | Copto (W15) | | Kurdo kuwaití (W23) | | Sirio (W31) | | |

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

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

| **Nombre del alumno:** | **Grado:** | **Fecha:** |
|---|---|---|

Nombre del padre, madre o tutor legal _____

Firma del padre, madre o tutor legal _____

| | |
|---|---|
| **Derecho a los servicios de traducción o interpretación**<br><br>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. | 1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____<br><br>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 1:_____<br>¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No \| Idioma_____<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 2:_____<br>¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No \| Idioma_____ |
| **Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas**<br><br>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. | 2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)?<br>_____<br><br>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____<br><br>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____<br><br>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí_____ No_____ No sé_____ |
| **Educación previa**<br><br>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:<br>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.<br>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.<br><br>***Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.*** | 6. ¿En qué país nació su hijo? _____<br><br>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____Sí _____No<br><br>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____<br><br>Idioma de formación: _____<br><br>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)<br><br>_____<br>Mes Día Año |

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.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

# 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 | |

| 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 _____ | X _____ |
| **Firma del padre, la madre o el tutor** **Fecha** | **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**

| ▲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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ●▲ 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 *(Haemophilus influenzae* tipo b*)* | | | | | | |
| ●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV) | | | | | | |
| ●▲ OPV (polio) | | | | | | |
| ●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola) | | | | | | |
| ● PCV (antineumocócica) | | | | | | |
| ●▲ Varicela<br>☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS | | | | | | |

**Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | | | | | | |
| Gripe (influenza) | | | | | | |
| Hepatitis A | | | | | | |
| VPH (virus del papiloma humano) | | | | | | |
| MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y) | | | | | | |
| MenB (meningococo tipo B) | | | | | | |
| Rotavirus | | | | | | |

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

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

I certify that the child named on this CIS has:

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

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Diphtheria | ☐ Hepatitis A | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Hib | ☐ Measles | ☐ Mumps |
| ☐ Rubella | ☐ Tetanus | ☐ Varicella |

☐ 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.

**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 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.

# 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** | ***Haemophilus influenzae* tipo b** | **Sarampión, paperas, rubéola** | **Neumocócica conjugada** | **Polio** | **Varicela** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DTaP/Tdap | Hepatitis B | Hib | MMR | PCV | Polio | Varicella |
| **Prescolar**<br>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*<br>(según la vacuna) | 1 dosis | 4 dosis* | 3 dosis | 1 dosis** |
| **Prescolar/jardín de infantes de transición**<br>Con 4 años o mayor el 01/09/2024 | 5 dosis de DTaP* | 3 dosis | 3 o 4 dosis*<br>(según la vacuna)<br>(No obligatoria a partir de los 5 años) | 2 dosis | 4 dosis*<br>(No obligatoria a partir de los 5 años) | 4 dosis* | 2 dosis** |
| **Jardín de infantes hasta 6.º grado** | 5 dosis de DTaP* | 3 dosis | No obligatoria | 2 dosis | No obligatoria | 4 dosis* | 2 dosis** |
| **De 7.º grado a 12.º grado** | 5 dosis de DTaP*<br>*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 enwww.immunize.org/cdc/schedules.

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

**DOH 348-295 Dec. 2024 Spanish**

Washington State Department of HEALTH

# Historial de salud del estudiante

Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

*La ley estatal exige que los estudiantes con afecciones potencialmente mortales, como anafilaxia, asma grave, diabetes o convulsiones, tengan un plan de atención completo antes del primer día de clases. Comuníquese con el personal de enfermería de la escuela lo antes posible para completar los formularios correspondientes.*

¿Su hijo padece una afección de salud que pone en peligro su vida? ☐ Sí ☐ No

## Antecedentes médicos (marque todas las opciones que correspondan)

**AFECCIONES QUE PONEN EN PELIGRO SU VIDA**
(Plan de cuidados **OBLIGATORIO**)

EG ☐ Anafilaxia (se prescribe EpiPen)
Agentes alérgenos: _____

EK ☐ Diabetes tipo 1

NP ☐ Convulsiones (se requiere medicación de emergencia)

RG ☐ Asma-Grave

☐ Otras condiciones potencialmente mortales:
_____

Afecciones congénitas/genéticas

AH ☐ Síndrome de Down

AJ ☐ Trastorno del espectro alcohólico fetal

☐ Otra, indique cuál: _____

Sangre/hematología

BA ☐ Anemia

BB ☐ Hemofilia

BC ☐ Enfermedad de células falciformes: Enfermedad _____
Rasgo _____

OJ ☐ Antecedentes de hemorragias nasales graves

☐ Otra afección sanguínea: _____

Afecciones cardíacas

CC ☐ Defecto congénito del corazón

CD ☐ Soplo cardíaco

☐ Otra afección cardiovascular:
_____

Alergias/afecciones del sistema inmunológico, endocrino, metabólico y nutricional

ED ☐ Alergia: Alimento _____

EE ☐ Alergia: Insecto _____

☐ Otra alergia: _____

EL ☐ Diabetes tipo 2

☐ Otra afección del sistema endocrino, inmunológico, nutricional o metabólico:
_____

Afección gastrointestinal, dental y bucal

GA ☐ Celiaquía

GG ☐ Intolerancia alimentaria, indique cuál: _____

GL ☐ Intolerancia a la lactosa

GF ☐ Encopresis

GO ☐ Estreñimiento crónico

GH ☐ Reflujo gástrico

GJ ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal

GK ☐ Síndrome del intestino irritable

☐ Otras afecciones gastrointestinales, hepáticas, dentales o bucales:
_____

Músculo esquelético

MC ☐ Artritis reumatoide/idiopática juvenil

☐ Otra, indique cuál: _____

Cáncer/tumores

☐ Indique cuáles: _____

Sistema nervioso

NB ☐ TDAH/TDA diagnosticado por: _____

NC ☐ Trastorno del espectro autista

NE ☐ Parálisis cerebral

NF ☐ Discapacidad del desarrollo

NH ☐ Migrañas

NI ☐ Dolores de cabeza recurrentes

NP ☐ Trastorno convulsivo, ☐ Actual ☐ Antecedentes, tipo: _____

NU ☐ Lesión cerebral traumática

☐ Otras afecciones neurológicas: _____

Trasplantes

OD ☐ Indique el órgano y la fecha: _____

Salud mental o conductual

PA ☐ Ansiedad

PC ☐ Depresión

PH ☐ Trastorno del sueño

☐ Otra afección de salud mental o conductual
_____

Afección respiratoria

RG ☐ Asma actual

RH ☐ Algún diagnóstico de asma

RA ☐ Asma inducida por el ejercicio

RE ☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias

☐ Otra afección respiratoria: _____

Piel

SB ☐ Eczema, dermatitis de contacto o psoriasis

☐ Otra afección cutánea: _____

Afección urinaria/genital

☐ Indique cuáles: _____

Afección auditiva/ocular

YA ☐ Infecciones crónicas del oído, ☐ Actual ☐ Pasadas

YB ☐ Personas con discapacidad auditiva, ☐ Audífonos ☐ Implante coclear

☐ Otra afección del oído: _____

Afección visual

YF ☐ Usa anteojos/lentes de contacto

YE ☐ Daltonismo

YD ☐ Discapacitado visual

☐ Otra afección ocular: _____

Otros problemas de salud

☐ Indique cuáles: _____
_____
_____

# **Historial de salud del estudiante** (continuación)

Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dispositivos médicos

OLA ☐ Estimulador del nervio vago
OLB ☐ Desfibrilador cardíaco implantable
OLC ☐ Marcapasos
OLD ☐ Sonda de gastrostomía
OLE ☐ Tubo de yeyunostomía
☐ Aparato de ortodoncia
☐ Prótesis, indique cuál:
☐ Otros dispositivos médicos: _____

Higiene (solo para jardín de infantes)

El estudiante es completamente independiente en cuanto a uso del baño y su higiene: ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, explique por qué: _____

Estoma

OKA ☐ Gastrostomía
OKB ☐ Colostomía
OKD ☐ Traqueotomía
OKE ☐ Urostomía
OK ☐ Otra, indique cuál: _____

Actividad física/problemas de movilidad:

☐ Silla de ruedas
☐ Muletas
☐ Otro, indique cuál: _____

**OC ☐ No se conocen problemas de salud** **Escriba sus iniciales: _____**

## Medicamentos

Indique todos los medicamentos que su hijo toma en casa o en la escuela.

¿Debe tomar medicamentos **en casa**? ☐ No ☐ Sí, indique cuáles: _____

¿Debe tomar medicamentos **en la escuela**? ☐ No ☐ Sí, indique cuáles: _____

**Complete la documentación REQUERIDA para medicamentos en la escuela.**

*La ley estatal exige la autorización por escrito del tutor y de un proveedor de atención médica antes de que el estudiante tome cualquier medicamento (con receta o de venta libre) en la escuela. Los formularios están disponibles en la dirección de la escuela o en el sitio web de nuestro distrito, y deben completarse cada año calendario.*

Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal escolar que necesite conocerla para garantizar la salud y la seguridad de mi hijo. Si no se puede contactar a los padres o tutores, o los contactos de emergencia autorizados en el momento de una emergencia médica, y si, a criterio de las autoridades escolares, el estudiante debe recibir atención inmediata, autorizo y ordeno que dichas autoridades lo lleven al hospital o médico más cercano. Entiendo que asumiré la total responsabilidad por el pago de cualquier servicio que se le preste.

**Entiendo que la ley de Washington exige que mi hijo haya recibido todas las vacunas correspondientes o esté en estado condicional antes de comenzar la escuela.** Autorizo a la escuela de mi hijo a que agregue la información de vacunación al sistema de información de inmunización para que pueda mantener un registro de mi hijo.

**Firma del padre, la madre o el tutor legal _____ Fecha _____**

**Verificación de vacunación** (solo para uso en la oficina)

Número de WAIIS _____ Serie de certificado de estado de vacunación (Certificate of Immunization Status, CIS): ☐ Preescolar

☐ De jardín de infantes a sexto grado ☐ Séptimo grado ☐ De octavo a décimo segundo grado

☐ El estado de vacunación está COMPLETO en el certificado de estado de vacunación (CIS) de WAIIS.

**O**

☐ El estado de vacunación es CONDICIONAL en el CIS de WAIIS y la fecha de vencimiento del estado condicional es después del primer día de asistencia a clases.

☐ El padre, la madre o el tutor firmaron el reconocimiento del estado condicional en el CIS.

**O**

☐ El estudiante no está en WAIIS. **Se deben proporcionar registros de vacunación que hayan sido verificados por un médico.**

☐ Se deben proporcionar registros de vacunación que hayan sido verificados por un médico. ☐ Declaración firmada de los permisos para ingresar **O**

☐ Certificado de exención (Certificate of Exemption, COE) proporcionado para todas las vacunas que no cumplan con los requisitos en CIS de WAIIS o en WAIIS.

☐ El COE está completado. ☐ Declaración firmada de los permisos para ingresar.

**O**

☐ El estado de vacunación está INCOMPLETO en el CIS de WAIIS. **El estudiante no puede comenzar la escuela hasta que se reciba la documentación de la vacunación faltante que cambiará el estado del CIS a COMPLETO o CONDICIONAL.**

☐ El estudiante se agregó al registro del módulo escolar, Grado: _____

**Personal que verificó las vacunas _____ Fecha _____**

# Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

**Sumner-Bonney Lake School District**

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).

- ☐ En un motel
- ☐ En un refugio
- ☐ Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos
- ☐ En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- ☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- ☐ Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- ☐ Vivienda de transición
- ☐ Otro_____

---

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.

| **Enlace del Distrito** | **Número de teléfono** |
|---|---|
| Amanda Mangan | 253-891-6135 |

---

**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 subtitulo, 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

Washington State Governor's Office of the Education Ombuds

**Web: http://www.oeo.wa.gov/en** **Email: oeoinfo@gov.wa.gov**
**Toll-free: 1-866-297-2597** **Fax: 844-886-5196**
***We listen. We inform. We help solve problems.***

# Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO)

The Washington State Governor's Office of the Education Ombuds (OEO) is an independent state agency that helps to reduce educational opportunity gaps by supporting families, students, educators, and other stakeholders in communities across WA in understanding the K-12 school system and resolving concerns collaboratively. OEO services are free and confidential. Anyone can contact OEO with a question or concern about school.
OEO listens, shares information and referrals, and works informally with families, communities, and schools to address concerns so that every student can fully participate and thrive in our state's public schools. OEO provides support in multiple languages and has telephone interpretation available. To get help or learn more about what OEO does, please visit our website: https://www.oeo.wa.gov/en; email oeoinfo@gov.wa.gov, or call: 1-866-297-2597 (interpretation available). (English)

La Oficina de Educación y Resolución de Quejas (OEO, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal independiente que ayuda a reducir las brechas de oportunidades educativas al apoyar a familias, estudiantes, educadores y otras partes interesadas en las comunidades de WA para comprender el sistema escolar K-12 y resolver inquietudes colaborativamente. Los servicios de OEO son gratuitos y confidenciales. Cualquiera puede comunicarse con la OEO si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la escuela.
La OEO escucha, comparte información y referencias, y trabaja de manera informal con las familias, las comunidades y las escuelas para abordar las inquietudes para que todos los estudiantes puedan participar plenamente y prosperar en las escuelas públicas de nuestro estado. OEO brinda apoyo en varios idiomas y tiene interpretación telefónica disponible. Para obtener ayuda u obtener más información sobre lo que hace la OEO, visite nuestro sitio web: https://www.oeo.wa.gov/es; envíe un correo electrónico a oeoinfo@gov.wa.gov, o llame al: 1-866-297-2597 (interpretación disponible). (Spanish)