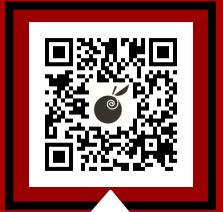




# Formulario de Censo Familiar



Complete estos formularios O escanee el código QR para solicitar acceso de inscripción en línea

## Información de la Familia

Dirección de la Casa				Unidad/Apt. #
Ciudad	Estado	Cód. Postal	Número de Teléfono de la Casa	( ) -
¿Ha vivido en este distrito anteriormente? Si es así, ¿en qué dirección?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección	Unidad/Apt. #	Ciudad	Estado	Cód. Postal

## Enumere los nombres de todos los miembros de la familia que residen en esta dirección

Incluya en esta lista al/los estudiante(s) que está inscribiendo actualmente.

Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Apellido Legal	Género	Tipo	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que Asiste
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		
				<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Adulto		

## Encuesta de Empleo para Padres/Tutores

1. En los últimos tres años, ¿su familia ha vivido en otro distrito escolar? Esto incluye otros distritos escolares en Minnesota, así como otros estados o países.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. En los últimos tres años, ¿alguien en su hogar ha trabajado en una granja, campo, invernadero, vivero o fábrica? (Esto no incluye su propiedad.) En caso afirmativo, marque todas las que correspondan a continuación:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cualquier Cultivos Ejemplos: maíz, chicharos, papas, frijoles, trigo, remolacha azucarera, frutas, soja, cañamo, alfalfa, o preparación de campo	<input type="checkbox"/> Procesamiento de Productos Agrícolas Ejemplos: (clasificación, empaque, corte, etc.) maíz, papas, carne, fruta, árboles, etc.	
<input type="checkbox"/> Cualquier Ganado Ejemplos: vacas, cerdos, ovejas, pollos, lechería	<input type="checkbox"/> Otros Agricultura Ejemplos: silvicultura, cuidado de plantas de vivero, pesca	

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_



# Formulario de Inscripción de Estudiantes



Complete estos formularios O escanee el código QR para solicitar acceso de inscripción en línea

## Información del Estudiante

Número de ID

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Género		Pronombres preferidos		Fecha de Nacimiento	
Ingreso de Grado		Apodo (si corresponde)			
Nombres adicionales con los que este estudiante se ha registrado previamente					
¿Con cuál padre(s) o tutor(es) vive principalmente este estudiante?				<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> _____	
Dirección				Unidad/Apt. #	
Ciudad		Estado		Cód. Postal	

## Información Adicional

1. ¿Está este estudiante en cuidado de crianza? En caso afirmativo, ¿el estudiante está bajo la tutela del condado o del estado? (Se Requiere Documentación Legal)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Su hijo sería un estudiante universitario de primera generación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se considera que el estudiante es un "Joven Conectado con las Fuerzas Armadas"? El estudiante tiene un familiar inmediato, incluyendo un padre o hermano, que actualmente está en las fuerzas armadas, ya sea como reservista o en servicio activo o se ha retirado recientemente de las fuerzas armadas.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## Cuestionario McKinney-Vento MN

La **falta de vivienda** se define como un individuo que **carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada**. Esto incluye: a) niños/jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de casas rodantes o zonas de acampada debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados; viven en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en hospitales b) niños/jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está designado o que normalmente se utiliza como alojamiento habitual para dormir para seres humanos (ejemplos: coches, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobús o tren, o entornos similares).

**\*Los estudiantes sin hogar son elegibles para recibir asistencia a través de la Ley McKinney-Vento\***

¿Este estudiante es una persona sin hogar?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿dónde se queda el estudiante por la noche?	¿Es esta situación de vida temporal?
¿Cuál es la causa de la falta de hogar?	

## Escuelas a las que Asistió Anteriormente

¿Este estudiante ha faltado anteriormente a la escuela seis o más meses?  Sí  No

¿Este estudiante nació fuera de los E.U.?  Sí  No

País de nacimiento del estudiante	Fecha de entrada al E. U.	Fecha de primera asistencia a la escuela en E. U.
-----------------------------------	---------------------------	---

Nombre de la Escuela	Ciudad	Estado	Pais	Grado	Año Escolar Asistido	Teléfono

## Historia de la Disciplina

1.	¿Alguna vez este estudiante ha sido suspendido de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha, el motivo y la duración de la suspensión?		
2.	¿Alguna vez este estudiante ha sido expulsado de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha y el motivo de la expulsión?		

## Servicios Especiales

1.	¿Este estudiante ha recibido servicios de educación especial (un IEP)? Si la respuesta es sí, ¿tiene el estudiante un IEP vigente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Fecha aproximada de la firma	Nombre de la escuela donde se firmó			
2.	¿Este estudiante tiene un plan 504 vigente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
3.	¿Este estudiante ha recibido alguna vez servicios de desarrollo del idioma inglés (ELD) o de lenguaje multilingüe (MLL)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
4.	¿Este estudiante ha participado alguna vez en servicios o programas para dotado y talentosos o acelerados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

## Transporte

El transporte se proporciona en todo el distrito para los residentes que asisten a las escuelas de su vecindario. Las escuelas Option también proporcionan transporte en todo el distrito. Harambee también proporciona transporte a los distritos escolares del área metropolitana del este. Las familias pueden comprar un servicio de autobús para sus hijos que no reciben transporte gratuito según la guía estatal. Los elegibles para el servicio de pago son los estudiantes en los grados 7-12 que vive a 1 o 2 millas del área de asistencia de su escuela, vives a menos de 1 milla de la escuela y anteriormente estabas en el área de autobús, asiste a la escuela a través de inscripción abierta o acuerdo de no residente (los estudiantes no residentes deben viajar desde las paradas de autobús existentes).

¿Este estudiante necesita transporte por la mañana?  Sí  No

Dirección de Recogida (si es diferente a la dirección de domicilio)

Persona Responsable		Número de Teléfono ( ) -			
Dirección	Unidad/Apt. #	Ciudad	Estado	Cód. Postal	

¿Este estudiante necesita transporte por la tarde?  Sí  No

Dirección de Entrega (si es diferente a la dirección de casa)

Persona Responsable		Número de Teléfono ( ) -			
Dirección	Unidad/Apt. #	Ciudad	Estado	Cód. Postal	

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Estudiante

Fecha

\*Revisado Noviembre 2025



# Datos del Padres/Tutores

## Relaciones entre Padres y Tutores

Por favor, marque las casillas apropiadas para cada padre como se describe a continuación.

**Vive Con:** padre/tutor vive en el hogar con el estudiante.

**Contacto Permitido:** la escuela puede ponerse en contacto con el padre/tutor. Esto incluye los envíos de la escuela al padre, madre o tutor.

**Derechos de Ed:** padre/tutor tiene derecho a tomar decisiones sobre la educación del estudiante y el acceso al portal para padres de Synergy.

**Tiene la Custodia:** padre/tutor tiene la custodia legal del estudiante.

## Problemas de Custodia/Restricción Legales

¿Existe alguna restricción legal sobre el derecho de un padre o tutor sin custodia a la información o interacción con este estudiante?  Sí  No

¿Qué padre/tutor tiene restricciones para este estudiante?  Padre \_\_\_\_\_  Madre \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

¿Podemos comunicarnos con el padre/tutor sin custodia en caso de emergencia?  Sí  No

¿Se le permite al estudiante irse con un padre/tutor sin custodia?  Sí  No

## Padre/Tutor #1

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Género	Fecha de Nacimiento	Empresa/Ocupación		Idioma Preferido	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿qué idioma?	
Relación con el Estudiante			Vive con <input type="checkbox"/>	Contacto Permitido <input type="checkbox"/>	Tiene la Custodia <input type="checkbox"/>
Dirección		Unidad/Apt. #	Ciudad		Cód. Postal
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			
Teléfono de Trabajo ( ) -		Correo Electrónico			

## Padre/Tutor #2

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Género	Fecha de Nacimiento	Empresa/Ocupación		Idioma Preferido	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿qué idioma?	
Relación con el Estudiante			Vive con <input type="checkbox"/>	Contacto Permitido <input type="checkbox"/>	Tiene la Custodia <input type="checkbox"/>
Dirección		Unidad/Apt. #	Ciudad		Cód. Postal
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			
Teléfono de Trabajo ( ) -		Correo Electrónico			

**Padre/Tutor con o sin Custodia el Cual no Vive en la Misma Casa (Opcional)**

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Género	Fecha de Nacimiento	Empresa/Ocupación		Idioma Preferido	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿qué idioma?	
Relación con el Estudiante			Vive con <input type="checkbox"/>	Contacto Permitido <input type="checkbox"/>	Tiene la Custodia <input type="checkbox"/>
Dirección		Unidad/Apt. #	Ciudad		Estado
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			
Teléfono de Trabajo ( ) -		Correo Electrónico			

**Contactos de Emergencia**

Por favor, incluya la información de contacto de emergencia de su hijo. **Los padres/tutores no necesitan estar listados en esta área;** es para personas que serían contactadas si la escuela no puede comunicarse con un padre o tutor.

**Contacto de Emergencia #1**

Primer Nombre		Apellido		Relación con el Estudiante	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿qué idioma?	
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			

**Contacto de Emergencia #2**

Primer Nombre		Apellido		Relación con el Estudiante	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿qué idioma?	
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			

**Contacto de Emergencia #3**

Primer Nombre		Apellido		Relación con el Estudiante	
¿Esta persona necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿qué idioma?	
Teléfono Celular ( ) -		Teléfono de la Casa ( ) -			

Asegúrese de que la información que proporcione como padre/tutor coincida con la documentación legal. Revísela cuidadosamente antes de enviarla. Una vez procesada, la Inscripción Central le enviará una confirmación. Revise su correo electrónico para obtener actualizaciones importantes sobre su nueva escuela y cualquier detalle de transporte.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Estudiante

Fecha

\*Revisado Abril 2026



# Encuesta de Idioma en Minnesota

## Información del Estudiante

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Número de ID
-----------------	---------------------	--------------

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender múltiples idiomas es valorado. La información que usted provea será usada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe después de la evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de comprensión en inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a la instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción del Aprendiz de inglés en cualquier momento.**

Cada estudiante que se inscribe debe recibir la Encuesta de Idioma de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. [Haga clic aquí para obtener más información sobre la Encuesta de idiomas de Minnesota](#)

Marque la frase que mejor describa su estudiante:	Indique otros idiomas aparte de Ingles en el espacio proveido:
1. Mi estudiante primero aprendió: <input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés. <input type="checkbox"/> Ingles y otros idiomas aparte de inglés. <input type="checkbox"/> Solamente Ingles.	
2. Mi estudiante habla: <input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés. <input type="checkbox"/> Ingles y otros idiomas aparte de inglés. <input type="checkbox"/> Solamente Ingles.	
3. Mi estudiante entiende: <input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés. <input type="checkbox"/> Ingles y otros idiomas aparte de inglés. <input type="checkbox"/> Solamente Ingles.	
4. Mi estudiante tiene intercambio constantes en: <input type="checkbox"/> Idiomas aparte de el inglés. <input type="checkbox"/> Ingles y otros idiomas aparte de inglés. <input type="checkbox"/> Solamente Ingles.	

**Uso del idioma no identifica a su estudiante como un aprendiz de inglés. Si un idioma aparte de inglés es indicado su estudiante será examinado en su habilidades en inglés.**

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

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



# Formulario de designación demográfica racial y étnica

## Información del Estudiante

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Número de ID
-----------------	---------------------	--------------

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 [Frequently Asked Questions: Ethnic and Racial Designation Form](#).

**¿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.

[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       Columbiano       Ecuatoriano       Guatemalteco  
 Mexicano       Puertorriqueño       Salvadoreño       De España/español/español-americano  
 Otro hispano/latino       Origen desconocido

Pase a la pregunta 1.

[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       Origen desconocido

Pase a la pregunta 2.

---

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

Sí [Pase a la pregunta 3.]

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 Vietnam.

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.

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

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.

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.

Sí

No

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_



# Información de Salud Estudiantil

## Información del Estudiante

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Número de ID
-----------------	---------------------	--------------

**Si su hijo tiene o tuvo cualquier de estos problemas de salud por favor marque y describe. Si es reciente describa abajo.**

Cardiovascular	Salud Mental/Comportamiento	Neurológica	Sistémico
<input type="checkbox"/> Anemia/Problemas de sangre <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Drepanocítica	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo (ASD) <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno Alimentario <input type="checkbox"/> Autolesión <input type="checkbox"/> Uso de Sustancias (☐ alcohol, ☐ drogas, ☐ fuma, ☐ vapea) <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Tic nervioso <input type="checkbox"/> Historia de trauma <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones mentales, comportamiento, emocionales o sociales	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Exposición fetal a drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas <input type="checkbox"/> Lesión/Trauma en la cabeza <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derivación hidrocefálica <input type="checkbox"/> Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Alergias (describa abajo) ☐ Severa/EpiPen <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes ☐ Tipo 1   ☐ Tipo 2 <input type="checkbox"/> Dermatitis Atópica/Eczema <input type="checkbox"/> Condición genética <input type="checkbox"/> Hospitalización (este año) <input type="checkbox"/> Saturnismo <input type="checkbox"/> Dispositivo médico <input type="checkbox"/> Parto prematuro (<35 semanas) <input type="checkbox"/> Infección de la piel <input type="checkbox"/> Problemas de sueño <input type="checkbox"/> Dieta especial <input type="checkbox"/> Estudiante embarazada/lactante <input type="checkbox"/> Historia de Cirugía <input type="checkbox"/> Preocupación por el peso <input type="checkbox"/> Otros (describa abajo) <input type="checkbox"/> Dificultad para acceder a atención médica/dental
Gastrointestinal/Urinario		Respiratorio	
<input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> ERGE/Reflujo <input type="checkbox"/> Sonda Gastroyeyunal <input type="checkbox"/> Intestino irritable <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Náuseas frecuentes <input type="checkbox"/> Catéter urinario <input type="checkbox"/> Infecciones del Tracto Urinario <input type="checkbox"/> Urostomía <input type="checkbox"/> Vomita fácilmente		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Traqueostomía	
	Músculo Esquelético	Visión/Audición	
	<input type="checkbox"/> Estado articulaciones/huesos <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/Aparato de movilidad	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes <input type="checkbox"/> Tubo auditivo <input type="checkbox"/> Estado de los ojos ☐ Usa lentes/contactos <input type="checkbox"/> Pérdida de audición ☐ Audífono/implante	

**Proporcione detalles de CADA casilla marcada arriba y cualquier otra información que desea que tenga la Oficina de Salud.**

---



---



---

Es alérgico(a) a:	Reacción a:	Medicamentos que toma para la alergia:

**Medicamentos - Liste todos los medicamentos que su estudiante está tomando actualmente.**

---



---



---


# ¿Están listos sus niños?

## Ley de Inmunización K-12 de Minnesota

A los estudiantes se les requiere que se pongan ciertas vacunas para asistir a la escuela o que presenten una exención. Este requerimiento se aplica a todas las escuelas públicas, privadas, de educación en línea o en el hogar. Identifique el grupo de edad de su niño en el gráfico a continuación y vea cuántas dosis en total de cada vacuna se requieren para su edad.

Vacunas requeridas	Kínder a sexto grado	Séptimo a undécimo grado	Duodécimo grado
Hepatitis B (Hep B)	3 Dosis	3 Dosis	3 Dosis
Polio (IPV)	4 Dosis	4 Dosis	4 Dosis
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Varicela (Lechina)	2 Dosis	2 Dosis	2 Dosis
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	5 Dosis	5 Dosis	5 Dosis
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		1 Dosis	1 Dosis
Meningococos ACWY		1 Dosis	2 Dosis

**Nota:** El número de dosis puede ser diferente si su niño no está al día con sus vacunas. Si su niño se ha atrasado con sus vacunas, nunca es demasiado tarde para ponerse al día. Hable con su profesional de la salud.

## Se recomiendan, aunque no se exigen, para la escuela

En el caso de los niños, se recomiendan las vacunas contra la influenza (*flu*), el COVID-19, el virus del papiloma humano (VPH), meningococos B (Men B) y otras, para asegurar que estén plenamente protegidos. Pregúntele a su profesional de la salud cuándo se le deben poner estas vacunas a su niño. Para más información, ingrese al sitio web de los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC\): Programas de vacunación para usted y su familia \(Vaccine Schedules For You and Your Family\)](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html) ([www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html)).

## Consejos para padres y tutores

- Asegúrese que su niño haya recibido todas las vacunas requeridas antes de su primer día de escuela, o bien, presente una exención.
- Entréguele una copia del registro de inmunización de su niño a su escuela. Puede obtener una copia de su registro en la clínica o descargarla en: [Encontrar mi registro de inmunización \(Find My Immunization Record\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) ([www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html)).
- Llene el reverso si su niño necesita una exención por razones médicas o si está optando por una exención no médica debido a sus creencias personales.



[Vacunas para bebés, niños y adolescentes \(Vaccines for Infants, Children, and Adolescents\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)  
([www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html))

Póngase en contacto con el Programa de Inmunización a través del 651-201-5503, o del 1-800-657-3970, si desea otro formato.

No. de identificación (ID#) 53669 (08/2024) Spanish

# Exenciones médicas y no médicas

## Instrucciones para documentar exenciones médicas o no médicas y la historia de varicela (lechina)

Siga los pasos 1 y 2 siguientes para documentar la exención médica, la no médica o la historia de varicela (lechina).

1. Coloque una X en la casilla para indicar una exención médica o no médica. Si está eximiendo a su niño de más de una vacuna, marque con una X la casilla respectiva de cada vacuna para la que presenta la exención.
2. Obtenga las firmas para las exenciones o la historia de varicela (lechina).

Vacunas requeridas	Médica	No médica
Hepatitis B (Hep B)		
Polio (IPV)		
Sarampión, paperas, rubeola (MMR)		
Varicela (Lechina)		
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)		
Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)		
Meningococos ACWY		

**Exención médica:** Un profesional de atención médica debe revisar y firmar la exención médica. Esto incluye a un médico acreditado, un enfermero profesional o un asistente médico.

Al firmar a continuación, confirmo que a este niño no se le deben poner las vacunas marcadas en la tabla con una X, debido a razones médicas (contraindicaciones), o porque hay conformación de laboratorio que indican que ya es inmune.

Firma: \_\_\_\_\_  
(del profesional de atención médica)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Exención no médica:** Uno de los padres, o el tutor, debe firmar la exención no médica y el formulario debe llevar la firma y el sello de un notario público. No se requiere que el niño reciba una vacuna que vaya en contra de las creencias de sus padres o de su tutor. Optar por no vacunarlo puede poner en riesgo la salud de su niño y de otras personas que lo rodeen. A los niños no vacunados que estén expuestos a enfermedades que pueden prevenir las vacunas, se les puede pedir que permanezcan en casa sin ir a la escuela y a otras actividades, por un lapso de hasta 21 días, para su propia protección y la de los demás.

Al firmar, confirmo que, debido a mis creencias, a este niño no se le pondrán las vacunas marcadas en la tabla con una X y manifiesto que entiendo que se me puede pedir que permanezca sin acudir a la escuela y a otras actividades durante un lapso de hasta 21 días si está expuesto a una enfermedad que puede prevenir la vacuna.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del padre o tutor)

**Las exenciones no médicas también deben incluir la firma y el sello de un notario público:**

**Sello del notario**

Este documento ha sido reconocido ante mí, el \_\_\_\_\_ (fecha),  
por \_\_\_\_\_  
(nombre del padre o tutor)



Firma del notario público:

Estado de \_\_\_\_\_  
Condado de \_\_\_\_\_

**Historia de varicela (lechina):** Si un niño ya ha tenido varicela (lechina), no se le tiene que poner la vacuna contra la varicela. Un profesional de la salud debe firmar este formulario si tuvo la enfermedad después del 1 de septiembre de 2010. Si el niño tuvo varicela antes del 1 de septiembre de 2010, el padre o tutor puede firmar este formulario.

Al firmar a continuación, confirmo que este niño no necesita la vacuna contra la varicela porque tuvo varicela (lechina) el mes y el año siguientes: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional de atención médica, representante de clínica pública, padre o tutor)