



DISTRITO ESCOLAR DE MANSFIELD  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA  
NUEVOS ESTUDIANTES

USO EN LA OFICINA

SSID

Fecha de entrada

|                                                                   |                                                                 |                                                   |                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nombre del estudiante: <u>Apellido</u> LEGAL                      |                                                                 | <u>NOMBRE</u> LEGAL                               | <u>SEGUNDO</u> Nombre LEGAL               |
| Nombre preferido del estudiante (si es diferente al nombre legal: |                                                                 |                                                   | Entrada de niveles                        |
| Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)                                 | Género<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                                                   | Teléfono móvil de estudiante (si procede) |
| Dirección de correo electrónico del estudiante (si procede)       |                                                                 |                                                   |                                           |
| ¿Qué idioma aprendió primero tu hijo?                             |                                                                 | ¿Qué idioma habla principalmente tu hijo en casa? |                                           |

INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL HOGAR

La residencia principal de un estudiante se define como la ubicación física donde vive durante CUATRO o MÁS noches a la semana

|                                                                                                           |                              |                                  |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Padre/Tutor 1                                                                                             | <u>Apellido</u> LEGAL        | <u>NOMBRE</u> LEGAL              | <u>SEGUNDO</u> Nombre LEGAL       |
|                                                                                                           | Relación con el estudiante   | Dirección de correo electrónico  |                                   |
|                                                                                                           | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )    | Otro número de teléfono<br>(    ) |
| Padre/Tutor 2                                                                                             | <u>Apellido</u> LEGAL        | <u>NOMBRE</u> LEGAL              | <u>SEGUNDO</u> Nombre LEGAL       |
|                                                                                                           | Relación con el estudiante   | Dirección de correo electrónico  |                                   |
|                                                                                                           | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )    | Otro número de teléfono<br>(    ) |
| Dirección residencial      Calle, apartamento/unidad Ciudad, Estado y código postal                       |                              |                                  |                                   |
| Dirección      postal Calle, apartamento/unidad Apartado postal      , Ciudad, Estado y código postal     |                              |                                  |                                   |
| ¿Quieres recibir mensajes de texto de emergencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                              |                                  |                                   |
| Número de Mensaje de Emergencia (1): (    )                                                               |                              | Número de Emergencia (2): (    ) |                                   |

**INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE HOGARES (SI PROCEDE)**

La residencia principal de un estudiante se define como el lugar físico donde vive MENOS DE CUATRO noches a la semana

|                                                                                                           |                              |                                         |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Padre/Tutor 1</b>                                                                                      | <u>Apellido LEGAL</u>        | <u>NOMBRE LEGAL</u>                     | <u>SEGUNDO Nombre LEGAL</u>       |
|                                                                                                           | Relación con el estudiante   | Dirección de correo electrónico         |                                   |
|                                                                                                           | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )           | Otro número de teléfono<br>(    ) |
| <b>Padre/Tutor 2</b>                                                                                      | <u>Apellido LEGAL</u>        | <u>NOMBRE LEGAL</u>                     | <u>SEGUNDO Nombre LEGAL</u>       |
|                                                                                                           | Relación con el estudiante   | Dirección de correo electrónico         |                                   |
|                                                                                                           | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )           | Otro número de teléfono<br>(    ) |
| <b>Dirección residencial</b> Calle, apartamento/unidad Ciudad, Estado y código postal                     |                              |                                         |                                   |
| <b>Dirección</b> postal Calle, apartamento/unidad <b>Apartado postal</b> , Ciudad, Estado y código postal |                              |                                         |                                   |
| ¿Quieres recibir mensajes de texto de emergencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                              |                                         |                                   |
| <b>Número de Mensaje de Emergencia (1):</b> (    )                                                        |                              | <b>Número de Emergencia (2):</b> (    ) |                                   |

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se harán todos los esfuerzos para contactar inmediatamente con el padre o tutor. Si no se puede localizar al padre o tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo. \_\_\_\_\_ **Iniciales de los padres**

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, siempre intentaremos contactar primero con los padres o tutores. Por favor, indique a personas distintas a usted que hayan aceptado cuidar y proporcionar transporte a su hijo en caso de enfermedad o emergencia.

|                                 |                              |                                    |                         |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>Contacto de Emergencia 1</b> | <b>Nombre:</b>               | <b>Relación con el estudiante:</b> |                         |
|                                 | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )      | Otro teléfono<br>(    ) |
| <b>Contacto de Emergencia 2</b> | <b>Nombre:</b>               | <b>Relación con el estudiante:</b> |                         |
|                                 | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )      | Otro teléfono<br>(    ) |
| <b>Contacto de Emergencia 3</b> | <b>Nombre:</b>               | <b>Relación con el estudiante:</b> |                         |
|                                 | Teléfono principal<br>(    ) | Teléfono de trabajo<br>(    )      | Otro teléfono<br>(    ) |

|                                                                                                                                                                                                   |                      |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| <b>HERMANOS (Si procede)</b><br><i>Por favor, enumera <b>a todos</b> los hermanos que viven actualmente en la misma dirección. Si hay más de tres, por favor solicita un anexo para hermanos.</i> |                      |                             |
| Nombre y apellido                                                                                                                                                                                 | Fecha de nacimiento: | Escuela actual (si procede) |
| Nombre y apellido                                                                                                                                                                                 | Fecha de nacimiento: | Escuela actual (si procede) |
| Nombre y apellido                                                                                                                                                                                 | Fecha de nacimiento: | Escuela actual (si procede) |

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN EDUCATIVA</b><br><b>Información sobre colegios anteriores:</b> <i>Por favor, indique todos los colegios a los que asistió el alumno en los ÚLTIMOS TRES AÑOS. Empieza por lo más reciente.</i> |                                                                                  |                                               |
| Nombre del colegio anterior                                                                                                                                                                                   | Calificaciones a las que asistió:<br>Fecha de inscripción:<br>Fecha de retirada: | Ubicaciones de las escuelas (ciudad y estado) |
| Nombre del colegio anterior                                                                                                                                                                                   | Calificaciones a las que asistió:<br>Fecha de inscripción:<br>Fecha de retirada: | Ubicaciones de las escuelas (ciudad y estado) |
| Nombre del colegio anterior                                                                                                                                                                                   | Calificaciones a las que asistió:<br>Fecha de inscripción:<br>Fecha de retirada: | Ubicaciones de las escuelas (ciudad y estado) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SOLO PARA LOS ALUMNOS DE KINDERGARTEN QUE INGRESEN A KINDERGARTEN:</b>                                                                                                                                                                                                  |  |
| ¿Tu hijo asistió a alguna de las siguientes clases antes de empezar el jardín de infancia?<br><input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Preescolar Head Start <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Infantil <input type="checkbox"/> ECAEP |  |
| Si es así, <b>Nombre y Dirección</b> De la actualidad: _____                                                                                                                                                                                                               |  |
| Persona de contacto en el programa _____                                                                                                                                                                                                                                   |  |

|                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>De acuerdo con la Ley del Estado de Washington RCW28A.225.330, por favor responda a las siguientes preguntas:</b> Adjunte una hoja adicional si es necesario.           |  |
| ¿Tu alumno tiene antecedentes de conducta violenta, delitos sexuales y/o violaciones de sustancias controladas?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| Si es así, por favor explícalo: _____                                                                                                                                      |  |

|                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Tu hijo tiene alguna suspensión o expulsión pasada, actual o pendiente de un colegio actual o anterior?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |
| Si es así, por favor explícalo: _____                                                                                                                               |  |

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Tu hijo se ha retirado oficialmente de la escuela actual o anterior? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cita: | ¿Tu estudiante está actualmente bajo una petición Becca?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es así, ¿de qué distrito? |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### OTROS SERVICIOS EDUCATIVOS

Por favor, describe cualquier limitación física que requiera adaptaciones especiales. \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene un plan 504 actual? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, describe las adaptaciones del estudiante: \_\_\_\_\_

☐ SÍ ☐ NO. ¿El estudiante ha recibido Educación Especial en los últimos tres años? Si es así, por favor rellena el **Formulario de Selección de Educación Especial**

☐ SÍ ☐ NO. ¿El estudiante está actualmente en el programa de Alta Capacidad? Si es así, por favor proporciona documentación.

☐ SÍ ☐ NO ¿Se ha retenido al estudiante? Si es así, en qué curso: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Uno o ambos padres son activos de las Fuerzas Armadas de EE. UU., la Reserva de las Fuerzas Armadas de EE. UU. o la Guardia Nacional de Washington?

☐ SÍ ☐ NO

Nombre del(los) padre(s):

Si es así, por favor selecciona al menos una de las siguientes:

¿Existe un plan de crianza? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Si es así, por favor proporciona una copia.

¿Existe alguna orden judicial que restrinja o restrinja cualquier derecho parental? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Si es así, por favor proporciona una copia.

¿Existe una orden de alejamiento vigente? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Si es así, por favor proporciona una copia.

*Por favor, proporciona cualquier otro documento legal que sea relevante para tu estudiante y su seguridad.*

¿Tu hijo asiste a la guardería? ☐ SÍ ☐ NO Si es así: ☐ Antes del colegio ☐ Después del colegio ☐ Antes y después del colegio

Información sobre el proveedor de cuidado infantil:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Por favor, proporcione comentarios adicionales para ayudarnos en el cuidado de su hijo.

☐ Doy permiso para que mi hijo asista a excursiones y actividades escolares durante el curso escolar. Se proporcionará un aviso. \_\_\_\_\_ Iniciales de los padres

Por favor, verifica que toda la información sea completa y precisa, rellene el Formulario de Recogida de Datos de Raza y Etnia, el Formulario de Selección de Programa Especial y el Formulario de Información de Salud, y luego firme y ponga fecha a continuación: Atestigo que la información aquí presente es completa, verdadera y precisa, y quizá verificada con la(s) institución(es) correspondiente(s). Entiendo que proporcionar información falsa puede ser motivo para revocar la matrícula en el distrito escolar de Eastmont.

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

El Distrito Escolar de Mansfield cumple con todas las normas y regulaciones federales y estatales y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, credo, sexo, orientación sexual, incluyendo identidad de género, discapacidad, estado familiar, estado civil o edad. Esto es cierto para todo el personal y para los estudiantes interesados en participar en programas educativos y/o actividades extraescolares escolares. Las consultas sobre el cumplimiento y/o los procedimientos de reclamación pueden dirigirse al Oficial de RCW y al Coordinador de la ADA. Los asuntos relacionados con el 504 deben dirigirse al Administrador de Servicios para Estudiantes y Apoyo. Dejo en: Distrito Escolar de Mansfield, 491 Road 14 NE, Mansfield WA 98830 O envía por correo a: Distrito Escolar de Mansfield, Apartado Postal 188, Mansfield WA 98830

Raza y Etnicidad

Race & Ethnicity Reported by: ☐ Parent/guardian or the student ☐ Not reported by parent/guardian or student. Observed  
Race & Ethnicity Verified by: ☐ Not Verified ☐ District Staff ☐ Individual Student ☐ Family Access

¿Tu hijo es de origen hispano o latino? ☐ SÍ ☐ NO (si es SÍ, puedo comprobar todo lo que se aplica)

|                                                    |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Hispanos / Latinos</b> | <input type="checkbox"/> Dominicano   | <input type="checkbox"/> Panameño    |
| <input type="checkbox"/> No hispano/latino         | <input type="checkbox"/> Ecuador      | <input type="checkbox"/> Paraguayo   |
| <input type="checkbox"/> Argentina                 | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Peruano     |
| <input type="checkbox"/> Boliviano                 | <input type="checkbox"/> Guyanés      | <input type="checkbox"/> Puerto Rico |
| <input type="checkbox"/> Brasileño                 | <input type="checkbox"/> Hondureño    | <input type="checkbox"/> Salvadoreño |
| <input type="checkbox"/> Chicano (mexicoamericano) | <input type="checkbox"/> Jamaicano    | <input type="checkbox"/> Español     |
| <input type="checkbox"/> Chileno                   | <input type="checkbox"/> Mexicano     | <input type="checkbox"/> Surinamés   |
| <input type="checkbox"/> Colombina                 | <input type="checkbox"/> Mestizo      | <input type="checkbox"/> Uruguayo    |
| <input type="checkbox"/> Costarricense             | <input type="checkbox"/> Nativo       | <input type="checkbox"/> Venezolano  |
| <input type="checkbox"/> Cubano                    | <input type="checkbox"/> Nicaragua    | <input type="checkbox"/> Otros:      |

|                                                 |                                    |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Blanco</b>          |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/> <b>Europa del Este</b> |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/> Polaco                 | <input type="checkbox"/> Ucraniano | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Rumano                 | <input type="checkbox"/> Bosnio    | Otros:                        |

|                                                                     |                                    |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Asiático (Marca todo lo que aplica)</b> |                                    |                                     |                                       |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                             | <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Mien       | <input type="checkbox"/> Sri Lanka    |
| <input type="checkbox"/> Bangladesí                                 | <input type="checkbox"/> Hmong     | <input type="checkbox"/> Mongol     | <input type="checkbox"/> Taiwanés     |
| <input type="checkbox"/> Butanés                                    | <input type="checkbox"/> Indonesio | <input type="checkbox"/> Nepalí     | <input type="checkbox"/> Tailandés    |
| <input type="checkbox"/> Birmano / Myanmar                          | <input type="checkbox"/> Japonés   | <input type="checkbox"/> Okinawès   | <input type="checkbox"/> Tibetano     |
| <input type="checkbox"/> Camboyano / Jemer                          | <input type="checkbox"/> Coreano   | <input type="checkbox"/> Paquistaní | <input type="checkbox"/> Vietnamita   |
| <input type="checkbox"/> Cham                                       | <input type="checkbox"/> Lao       | <input type="checkbox"/> Panyabi    | <input type="checkbox"/> Singaporense |
| <input type="checkbox"/> Chino                                      | <input type="checkbox"/> Malasio   | <input type="checkbox"/> Otros:     |                                       |

|                                                                                              |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Negro (Puede marcar categorías y usar escritura en pantalla)</b> |                                         |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano                                                       | <input type="checkbox"/> Afrocanadiense |

|                                        |                                                    |                                                  |                                         |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Caribe</b> | <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes Británicas | <input type="checkbox"/> Antillanas Neerlandesas | <input type="checkbox"/> Jamaicano      |
| <input type="checkbox"/> Anguillan     | <input type="checkbox"/> Caymanés                  | <input type="checkbox"/> Grenadino               | <input type="checkbox"/> Martinicas     |
| <input type="checkbox"/> Antiguan      | <input type="checkbox"/> Cuba Dominica             | <input type="checkbox"/> Guadalupe               | <input type="checkbox"/> Montserratiano |
| <input type="checkbox"/> Bahameño      | <input type="checkbox"/> Dominicano                | <input type="checkbox"/> Haitiano                | <input type="checkbox"/> Puerto Rico    |
| <input type="checkbox"/> Barbadosense  | <input type="checkbox"/> Otros:                    |                                                  |                                         |

|                                                |                                                                          |                                     |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>África Central</b> | <input type="checkbox"/> Chadiano                                        | <input type="checkbox"/> Gabones    |
| <input type="checkbox"/> Príncipe              | <input type="checkbox"/> Congoleños – República del Congo                | <input type="checkbox"/> São Tomean |
| <input type="checkbox"/> Camerún               | <input type="checkbox"/> Congoleño (República Democrática del Congo Rep. | <input type="checkbox"/> Príncipe   |
| <input type="checkbox"/> Centroáfrica          | <input type="checkbox"/> Guinea Ecuatorial                               | <input type="checkbox"/> Otros:     |

|                                                 |                                                |                                          |                                      |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>África Oriental</b> | <input type="checkbox"/> Keniano               | <input type="checkbox"/> Reencuentros    | <input type="checkbox"/> Ugandés     |
| <input type="checkbox"/> Burundino              | <input type="checkbox"/> Malgache (Madagascar) | <input type="checkbox"/> Ruandés         | <input type="checkbox"/> Tanzano     |
| <input type="checkbox"/> Comoras                | <input type="checkbox"/> Malauí                | <input type="checkbox"/> Seychellois     | <input type="checkbox"/> Zambiana    |
| <input type="checkbox"/> Yibuti                 | <input type="checkbox"/> Mauriciano (Mauricio) | <input type="checkbox"/> Somalí          | <input type="checkbox"/> Zimbabuense |
| <input type="checkbox"/> Eritrea                | <input type="checkbox"/> Mahoran (Mayotte)     | <input type="checkbox"/> Sudanés del Sur | <input type="checkbox"/> Otros:      |
| <input type="checkbox"/> Etiópe                 | <input type="checkbox"/> Mozambiqueño          | <input type="checkbox"/> Sudanés         |                                      |

|                                                |                                                 |                                       |                                          |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>América Latina</b> | <input type="checkbox"/> Colombiano             | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Paraguayo       |
| <input type="checkbox"/> Argentina             | <input type="checkbox"/> Costarricense          | <input type="checkbox"/> Guyanés      | <input type="checkbox"/> Peruano         |
| <input type="checkbox"/> Belice                | <input type="checkbox"/> Ecuador                | <input type="checkbox"/> Hondureño    | <input type="checkbox"/> Georgia del Sur |
| <input type="checkbox"/> Boliviano             | <input type="checkbox"/> El salvadoreño         | <input type="checkbox"/> Mexicano     | <input type="checkbox"/> Surinamés       |
| <input type="checkbox"/> Brasileño             | <input type="checkbox"/> Isleño de las Malvinas | <input type="checkbox"/> Nicaragua    | <input type="checkbox"/> Uruguayo        |
| <input type="checkbox"/> Chileno               | <input type="checkbox"/> Guayana Francesa       | <input type="checkbox"/> Panameño     | <input type="checkbox"/> Venezolano      |
| <input type="checkbox"/> Otros:                |                                                 |                                       |                                          |

|                                           |                                                     |                                       |                                          |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sudáfrica</b> | <input type="checkbox"/> <b>África Occidental</b>   | <input type="checkbox"/> Ghana        | <input type="checkbox"/> Santa Heleniana |
| <input type="checkbox"/> Botsuana         | <input type="checkbox"/> Benín                      | <input type="checkbox"/> Guinea-Bisáu | <input type="checkbox"/> Senegalés       |
| <input type="checkbox"/> Mosotho          | <input type="checkbox"/> Burkina Faso               | <input type="checkbox"/> Liberiano    | <input type="checkbox"/> Sierra Leonés   |
| <input type="checkbox"/> Namibia          | <input type="checkbox"/> Cabo Verde                 | <input type="checkbox"/> Malí         | <input type="checkbox"/> Togolés         |
| <input type="checkbox"/> Sudáfrica        | <input type="checkbox"/> Marfileño (Costa de Voire) | <input type="checkbox"/> Mauritano    | <input type="checkbox"/> Otros:          |
| <input type="checkbox"/> Suazí            | <input type="checkbox"/> Gambia                     | <input type="checkbox"/> Nixeriano    |                                          |

|                                                     |                                          |                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Isleño del Pacífico</b> | <input type="checkbox"/> Kosraean        | <input type="checkbox"/> Papú                  | <input type="checkbox"/> Tongano   |
| <input type="checkbox"/> Carolino                   | <input type="checkbox"/> Marshallés      | <input type="checkbox"/> Pohpeiano             | <input type="checkbox"/> Tuvaluano |
| <input type="checkbox"/> Chamorro                   | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo | <input type="checkbox"/> Samoano               | <input type="checkbox"/> Yapese    |
| <input type="checkbox"/> Chuukese                   | <input type="checkbox"/> Maoríes         | <input type="checkbox"/> Isleño de las Salomón | <input type="checkbox"/> Otros:    |
| <input type="checkbox"/> Fiyiano                    | <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu      | <input type="checkbox"/> Tahitiano             |                                    |
| <input type="checkbox"/> I-Kiribati/Gilbertese      | <input type="checkbox"/> Palauano        | <input type="checkbox"/> Tokelauan             |                                    |

| <input type="checkbox"/> <b>Indígenas Americanos/Nativos de Alaska (Tribus Reconocidas Federalmente en Washington)</b> |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tribu Chinook                                                                                 | <input type="checkbox"/> Nación India Quinault                                      |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la reserva Chehalis.                                                   | <input type="checkbox"/> Nación India Samish                                        |
| <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de la Reserva Colville.                                                   | <input type="checkbox"/> Tribu india Sauk-Suiattle                                  |
| <input type="checkbox"/> Tribus y bandas confederadas de los Yakama Nat                                                | <input type="checkbox"/> Tribu India de Shoalwater Bay                              |
| <input type="checkbox"/> Tribu India Cowlitz                                                                           | <input type="checkbox"/> Tribu india Skokomish                                      |
| <input type="checkbox"/> Tribu india Hoh                                                                               | <input type="checkbox"/> Tribu Snohomish                                            |
| <input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam                                                                     | <input type="checkbox"/> Tribu india Snoqualmie                                     |
| <input type="checkbox"/> Comunidad india Kalispel                                                                      | <input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmoo                                           |
| <input type="checkbox"/> Nación India Kikiallus                                                                        | <input type="checkbox"/> Tribu Spokane de la Reserva Spokane                        |
| <input type="checkbox"/> Comunidad Tribal de Lower Elwha                                                               | <input type="checkbox"/> Tribu de la Isla Squaxin de la Reserva de la Isla Squaxin. |
| <input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la Reserva Lummi                                                               | <input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom                                           |
| <input type="checkbox"/> Tribu india Makah                                                                             | <input type="checkbox"/> Tribu Stillaguamish de Indios de Australia Occidental      |
| <input type="checkbox"/> Banda Marietta de la Tribu Nooksack                                                           | <input type="checkbox"/> Tribu india Suquamish de la Reserva de Port Madison.       |
| <input type="checkbox"/> Tribu india Muckleshoot                                                                       | <input type="checkbox"/> Comunidad Tribal India Swinomish                           |
| <input type="checkbox"/> Tribu india Nisqually                                                                         | <input type="checkbox"/> Tribus Tulalip de Australia Occidental                     |
| <input type="checkbox"/> Tribu India Nooksack                                                                          | <input type="checkbox"/> Nativos de Alaska Otros:                                   |
| <input type="checkbox"/> Tribu S'Klallam de Port Gamble                                                                |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Tribu Puyallup                                                                                | <input type="checkbox"/> Otros indígenas americanos:                                |
| <input type="checkbox"/> Tribu Quileute                                                                                |                                                                                     |

# Distrito Escolar de Mansfield

## FORMULARIO DE SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN EN PROGRAMAS ESPECIALES – TODOS LOS NUEVOS ESTUDIANTES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                                                                                                                   |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Nombre del estudiante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                            | Nota:                                                                                                                             | Fecha de nacimiento: |
| <b>Derecho a servicios de traducción e interpretación:</b> Todas las familias tienen derecho a información sobre la educación de su hijo en un idioma que comprenden. Por favor, cuéntanos tus preferencias lingüísticas para que podamos proporcionarte un intérprete o documentos traducidos cuando los necesites.                                                                  |                            |                                                                                                                                   |                      |
| ¿En qué idioma(s) preferiría tu familia recibir comunicación escrita del colegio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                                                                                                                                   |                      |
| ¿Necesitas un intérprete para reuniones y llamadas telefónicas (incluyendo ASL)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |                                                                                                                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nombre del padre/tutor #1: |                                                                                                                                   | Idioma:              |
| <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nombre de padre/tutor #2:  |                                                                                                                                   | Idioma:              |
| <b>Elegibilidad para el apoyo al desarrollo del lenguaje:</b> La información sobre el idioma del estudiante nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen los requisitos para recibir apoyo y así desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan soportes lingüísticos. |                            |                                                                                                                                   |                      |
| ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero tu hijo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            | ¿Qué idioma usa más tu hijo en casa?                                                                                              |                      |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | _____                                                                                                                             |                      |
| ¿Cuál es el idioma principal utilizado en el hogar, independientemente del idioma que hable el niño?                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | ¿Ha recibido tu hijo apoyo para el desarrollo del idioma inglés en alguna escuela anterior?                                       |                      |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No lo sé                                   |                      |
| <b>Educación previa:</b> Tus respuestas sobre el país de nacimiento y la educación previa de tu hijo nos proporcionan información sobre los conocimientos y habilidades que tu hijo está aportando al colegio.                                                                                                                                                                        |                            |                                                                                                                                   |                      |
| ¿En qué país nació tu hijo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            | ¿Ha recibido alguna vez tu hijo educación formal fuera de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                      |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | Si es así: Número de meses: _____                                                                                                 |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            | Idioma(s) de instrucción: _____                                                                                                   |                      |
| ¿Cuándo asistió por primera vez a su hijo a una escuela en Estados Unidos? (K-12º curso)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            | ¿Los abuelos o padres tienen afiliación tribal nativa americana? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO          |                      |
| Mes/Día/Año:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                                                                                                   |                      |
| PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE WASHINGTON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                                                                                                                                   |                      |
| 1. ¿Tú o tu familia os habéis mudado recientemente o en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO<br>2. ¿Era el propósito del cambio de trabajar en actividades relacionadas con la agricultura como principal medio de subsistencia?<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                                 |                            |                                                                                                                                   |                      |
| Nombre del padre/tutor (por favor imprimir):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                                                                                                                   |                      |
| Firma de los padres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | Fecha:                                                                                                                            |                      |

*Este formulario no se utiliza para identificar el estatus migratorio de los estudiantes.*



## FORMULARIO DE CRIBADO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

DISTRITO ESCOLAR DE MANSFIELD  
491 Rd 14 NE, PO Box 188  
Mansfield, WA 98830  
(P) 509-683-1012  
(F) 509-683-1281

¿Ha recibido tu hijo o hija Servicios de Educación Especial en los últimos tres años?

- ☐ Sí – Completa el formulario a continuación  
☐ No – Continuar a la página siguiente

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nota:

Nombre anterior del distrito  
escolar:

City:

Estado:

Número de teléfono del distrito:

Nombre del gestor de caso/proveedor de servicios  
anterior:

Fecha del IEP más reciente:

Fecha de evaluación más reciente:

Tiempo estimado que el estudiante recibe servicios de educación especial:

- ☐ Medio día o menos (0-4 horas)  
☐ Más de medio día (4+ horas)

Tipo(s) de servicios que el estudiante ha recibido (Selecciona todos los que se aplican):

- ☐ Social / Emocional  
☐ Gestión del comportamiento  
☐ Cognitivo  
☐ Lectura  
☐ Escritura  
☐ Matemáticas  
☐ Comunicación/Discurso  
☐ Terapia Motora Fina/Ocupacional  
☐ Visión  
☐ Audiencia  
☐ Adaptativo/Autoayuda  
☐ Habilidades sociales  
  
☐ Otros (por favor especificar:  
\_\_\_\_\_

**SOLO INFORMACIÓN DE LA OFICINA: Envía el formulario de selección al Departamento de**

**CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL**

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

Si el estudiante vive en una vivienda propiedad o alquilada por el padre o tutor, no es necesario que rellenes este formulario a menos que haya instalaciones insuficientes (sin agua, calefacción, electricidad, etc.).

Si el estudiante no vive en una vivienda propiedad o alquilada por el padre o tutor, por favor revise todo lo que se aplica a continuación. (Enviar el formulario al enlace designado McKinney-Vento del distrito. La información de contacto se puede encontrar al final de la página.)

- |                                                                                                                        |                                                                     |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición                                                                        | <input type="checkbox"/> En un motel                                | <input type="checkbox"/> En un refugio                                            |
| <input type="checkbox"/> En la casa o apartamento de otra persona con otra persona o familia                           | <input type="checkbox"/> Mudarse de un sitio a otro/compartir sofás | <input type="checkbox"/> Un coche, un aparcamiento, un camping o un lugar similar |
| <input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones insuficientes (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) | <input type="checkbox"/> Other _____                                |                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                           |                      |         |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Nombre del alumno: Nombre de pila                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Centro:                                                                                                                                                                   |                      | Último: |                      |
| Nombre del centro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                           | Nota:                |         | Fecha de nacimiento: |
| Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> El estudiante no está acompañado (no vive con un padre ni tutor legal)<br><input type="checkbox"/> El estudiante vive con un padre o tutor legal |                      |         |                      |
| Dirección de residencia actual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                           |                      |         |                      |
| Número de teléfono o número de contacto:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                           | Nombre del contacto: |         |                      |
| Imprimir nombre del(los) padre(s)/tutor(es) legal(es):<br>(o jóvenes sin acompañamiento)                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                           |                      |         |                      |
| Firma del padre/tutor legal:<br>(o jóvenes sin acompañamiento)                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                           |                      | Fecha:  |                      |
| <input type="checkbox"/> El/los alumno(s) mencionado(s) anteriormente tienen hermanos/niños menores (aún no en edad escolar) que necesitan cribado del desarrollo, apoyo comunitario o derivaciones a servicios de primera infancia. El enlace McKinney-Vento del distrito podría ayudarte con recursos apropiados para su edad. |  |                                                                                                                                                                           |                      |         |                      |

Por favor, devuelva el formulario completado a: Sra. Lisa Guzman, Enlace del Distrito McKinney-Vento / (509) 683-1012 / Distrito Escolar de Mansfield

**Mansfield School District #207**

P.O. Box 188, 491 Road 14 NE  
Mansfield, WA 98830  
(509) 683-1012 FAX (509) 683-1281

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO**

La información que se solicita a continuación es para ayudar al personal de la escuela a entender cualquier problema de salud que pueda afectar la seguridad o el aprendizaje de su niño/a.

**NOMBRE DEL NIÑO/A:** \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Grado/Maestro:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PADRES/TUTORES:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO** #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA** Marque si su niño/a tiene algunos de los siguientes problemas de salud:

- ☐ Asma ☐ ¿Necesitará un inhalador en la escuela? ☐ ¿Fue visto en un hospital/sala de emergencias en los últimos cinco años?  
☐ ¿Alergias graves que requieran Epi-pen? Alergia a: ☐ Alimentos ☐ Abejas/insectos ☐ Plantas ☐ Animales ☐ Medicamentos  
☐ Diabetes ☐ requiere inyección de insulina  
☐ Problemas de convulsiones  
☐ Enfermedad del corazón  
☐ Dolores de cabeza frecuentes o muy fuertes  
☐ Problemas de comportamiento o emocionales  
☐ ADD/ADHD (trastorno de deficiencia de atención/trastorno de hiperactividad con deficiencia de atención)  
☐ Otro – explique cualquier problema médico que piense que debemos saber en la escuela.

¿Usa su niño/a algún tipo de audífono? ☐ Sí ☐ No ¿Usa su niño/a anteojos o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

¿Algunos de los problemas indicados arriba limitan/afectan a su niño/a en la escuela? ☐ No ☐ Sí, explique:

☐ **Mi niño/a NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD**

**PROBLEMAS DE SALUD CON RIESGO DE VIDA**

¿Tiene su niño/a algún problema de salud que ponga en riesgo su vida? ☐ No ☐ Sí \* Describa:

\* Si responde sí, es necesario tener una reunión con la enfermera de la escuela. Las leyes del estado de Washington exigen que las órdenes de medicamentos o tratamiento y un plan de atención a la salud estén en marcha antes de comenzar la escuela.

**MEDICAMENTOS**

¿Toma su niño/a algún medicamento? ☐ No ☐ Sí, nombre del medicamento:

Motivo para tomar el medicamento:

¿Se necesitará el medicamento en la escuela? ☐ No ☐ Sí\*

\* Si su niño/a necesita medicamentos en la escuela, póngase en contacto con la escuela por el formulario de "Autorización para medicamentos". Este formulario debe completarse todos los años antes de que se pueda administrar cualquier medicamento en la escuela.

**MÉDICA**

¿Su niño/a tiene un doctor? ☐ Sí ☐ No

Nombre del doctor del niño/a \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

En los últimos 6 meses ¿su niño/a ha visto a un doctor? ☐ No ☐ Sí, explique:

**DENTAL**

¿Su niño/a tiene un dentista? ☐ Sí ☐ No

Nombre del dentista del niño/a \_\_\_\_\_ número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Su niño/a se hizo un examen dental en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

**SEGURO**

¿Su niño/a tiene un seguro médico? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Su niño/a tiene un seguro dental? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Quiere ayuda para encontrar un seguro para su niño/a? ☐ Sí ☐ No

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD:** Entiendo que la información de salud proporcionada anteriormente se puede compartir con algunas personas del personal de la escuela para atender la salud y la seguridad de mi niño/a.

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



## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS

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

|                                         |                               |       |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------|
| Nombre del estudiante:                  | Data de nacimiento:           | Nota: |
| Última escuela a la que asistió:        | Dirección del último colegio: |       |
| Número de teléfono:                     | Número de fax:                |       |
| Fecha de retirada de la última escuela: |                               |       |

Por favor, facilite los siguientes registros educativos y de salud confidenciales y no confidenciales que se indican a continuación:

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boletines de notas / Transcripciones<br><input type="checkbox"/> Asistencia<br><input type="checkbox"/> Disciplina<br><input type="checkbox"/> Grados de retirada | <input type="checkbox"/> Exámenes para estudiantes: Exámenes estatales, WIDA, etc.<br><input type="checkbox"/> Inmunización / Salud<br><input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento<br><input type="checkbox"/> Educación Especial, Plan 504, Altamente Capacitado |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otra información: \_\_\_\_\_

*De acuerdo con la Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar y la Ley del Estado de Washington, autorizo la publicación de todos los registros relativos a el(los) siguiente(s) estudiante(s). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia por mi cuenta, si se lo solicita, y que tengo la oportunidad de una audiencia para impugnar el contenido de los registros. Entiendo que la información transferida se tratará de manera confidencial y no se transmitirá a un tercero sin mi consentimiento.*

Firma de Padre/Tutor/Estudiante Adulto

Fecha

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Solo para uso en la oficina | <p>POR FAVOR, ENVÍE LOS REGISTROS A:</p> <p>Distrito Escolar de Mansfield<br/>491 Rd 14 NE, apartado postal 188<br/>Mansfield, WA 98830</p> <p><b>Atención: Tammy Freels, Secretaria de Distrito</b><br/>Correo electrónico: tfreels@mansfield.wednet.edu</p> |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|