



# **Lind-Ritzville Cooperative Schools**

*"Achieving success together"*



507 North E Street  
Lind WA 99341

209 E Wellsandt Ave  
Ritzville WA 99169

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

## **Lista de verificación de registro**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Lind-Ritzville Cooperative Schools

## Formas para nuevo estudiante

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

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

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido

Primer  
Nombre

Segundo  
nombre

Genero M F

Fecha de nacimiento

Lugar de  
Nacimiento

Entrada  
Grado

Estudiante Vive  
CON:

☐ Padres  
☐ abuelo (s)

☐ Padre soltero  
☐ Guardian(s)

☐ Madre soltera  
☐ Agencia

☐ Padre/madrasta  
☐ Padres temporales(s)

☐ **Madre/padrastro**

Otro: \_\_\_\_\_

¿Existen situaciones legales con respecto al estudiante de las cuales la escuela debe ser consciente? ☐ NO ☐ SI si marco si, por favor explique: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FAMILIAR (PRIMARIA DONDE VIVE EL ESTUDIANTE)

Dirreccion de residencia

(incluya apt. #)

Ciudad, Estado,  
CODIGO POSTAL

Dirreccion de correo

SI ES DIFERENTE INDIQUE/

Ciudad, Estado,  
CODIGO POSTAL

Padres/Guardian #1  
Ultimo apellido

Padres/Guardian #2  
Ultimo apellido

Primer  
Nombre

Primer  
Nombre

Telefono ( ) Cell ( ) Trabajo  
Primario ( ) Otro

Primer ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otro  
Telefono

Segundo ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otro  
Nombre

Telefono ( ) Cell ( ) Trabajo  
Tercero ( ) Otro

**Relacion**  
del estudiante

Tercer ( ) Cell ( ) Trabajo ( ) Otro

**Relacionado**  
con estudiante

Parent/Guardian #1  
E-mail Address

Padres/Guardian #2  
Correo electronico

### FAMILIA #2 INFORMACIÓN (DONDE EL ESTUDIANTE NO RESIDE) (si applicable)

Dirreccion de residencia

(incluye apmt#)

Ciudad, Estado  
Codigo postal

Direccion

de correo (si es diferente)

Ciudad, Estado  
Codigo postal

Padres/Guardian #1  
Ultimo apellido

Padres/Guardian #2  
Ultimo Apellido

Primer  
Nombre

Primer  
Nombre

Telefono ( ) cell ( ) Trabajo ( ) otro  
Primario

Segundo ( ) Cell ( ) Trabajo  
Numero ( ) Otro

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

Segundo ( ) cell ( ) trabajo ( ) otro  
# telefono

Tercer ( ) cell ( ) Trabajo ( ) otro  
numero

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

**Relacionado**  
con estudiante

Padres/Guardian #1  
Correo electronico

Padres/Guardian #2  
Correo electronico

Informacion de escuela previa

Informacion de los hermano/ hermanos

El estudiante a atendido la escuela Lind-Ritzville?

☐ NO ☐ Si Si marco si pofavor informe

Nombre de escuela (s)

El estudiante tiene hermano/a en el distrito escolar de Lind- Ritzville

☐ NO ☐ Si  
si marco esplique

Nombre de hermano/a

Escuela

Nombre de hermano/a

Escuela

Nombre de hermano/a

Escuela

**INFORMACION DE SALUD ALERTA**

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

**INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR**

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

**AUTORIZACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

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

**#1 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

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

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

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

Relacionado  
con el estudiante?

**#2 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

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

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

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

Relacionado  
con el estudiante?

**#3 INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Aparte del padre/tutor)

Ultimo  
apellido

Primer  
nombre

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

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

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

Relacionado  
con estudiante

**PROGRAMAS ESPECIALES/SERVICIOS**

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

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

**AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE FOTOS**

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

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

**STUDENT DISCIPLINE INFORMATION**

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

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

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

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

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

**Firma del padre/guardianes**

Firma \_\_\_\_\_

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

**OFFICE USE ONLY**

☐ Proof of Birth Date on file ☐ Immunizations on file

Updated 6/7/2022



# Escuelas cooperativas Lind-Ritzville



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

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

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

### INFORMACIÓN SOBRE LA ÚLTIMA ESCUELA ASISTIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Escuela primaria Lind (K-5)  
Apartado postal 340  
Lind, WA 99341  
(509) 677-3481 fax (509) 677-3463

A la atención de: Tammy Doyle  
Correo electrónico: [tdoyle@lrschools.org](mailto:tdoyle@lrschools.org)

- ☐ Escuela secundaria Lind-Ritzville (9-12)  
209 E Wellsandt Ave  
Ritzville, WA 99169  
(509) 659-1720 fax (888) 974-3546

A la atención de: Michelle Keefer  
Correo electrónico: [mbkeefe@lrschools.org](mailto:mbkeefe@lrschools.org)

- ☐ Escuela primaria de Ritzville (K-5)  
401 E 6th Ave  
Ritzville, WA 99169  
(509) 659-0232 fax (888) 974-3546

A la atención de: Stephanie Stokoe  
Correo electrónico: [sstokoe@lrschools.org](mailto:sstokoe@lrschools.org)

- ☐ Academia Lind-Ritzville  
209 E Wellsandt Ave  
Ritzville, WA 99169  
(509) 660-9059 fax (888) 974-3546

A la atención de: Paul McAnally  
Correo electrónico: [pmcanally@lrschools.org](mailto:pmcanally@lrschools.org)

- ☐ Escuela secundaria Lind-Ritzville (6-8)  
Apartado postal 340  
Lind, WA 99341  
(509) 677-3408 fax (509) 677-3420

A la atención de: Karissa Labes  
Correo electrónico: [klabes@lrschools.org](mailto:klabes@lrschools.org)

**Lind-Ritzville Formulario de Recolección de Raza/Etnia de Escuelas Cooperativas.****CATEGORÍAS DE RAZA Y ETNIA DEL ESTADO DE WASHINGTON: Porfavor complete Parte 1 y Parte 2****Part 1: HISPANO OR LATINO**

Es su estudiante Hispano o Latino orijen?

☐ Si ☐ No Si usted marco "SI" marque todo que se aplique

- |                                                     |                                      |                                     |                                     |                                     |                                       |                                     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Argentine                  | <input type="checkbox"/> Chilean     | <input type="checkbox"/> Cuban      | <input type="checkbox"/> Guyanese   | <input type="checkbox"/> Mestizo    | <input type="checkbox"/> Paraguayan   | <input type="checkbox"/> Spaniard   |
| <input type="checkbox"/> Bolivian                   | <input type="checkbox"/> Colombian   | <input type="checkbox"/> Dominican  | <input type="checkbox"/> Honduran   | <input type="checkbox"/> Native     | <input type="checkbox"/> Peruvian     | <input type="checkbox"/> Surinamese |
| <input type="checkbox"/> Brazilian                  | <input type="checkbox"/> Costa Rican | <input type="checkbox"/> Ecuatorian | <input type="checkbox"/> Jamaican   | <input type="checkbox"/> Nicaraguan | <input type="checkbox"/> Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Uruguayan  |
| <input type="checkbox"/> Chicano (Mexican American) | <input type="checkbox"/> Guatemalan  | <input type="checkbox"/> Mexican    | <input type="checkbox"/> Panamanian | <input type="checkbox"/> Salvadoran | <input type="checkbox"/> Venezuelan   |                                     |
- ☐ Hispanic or Latino Escriba otro \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor, complete también la Parte 2 (Categoría de raza)**

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

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

**INDIO AMERICANO o NATIVO ALASKA**

- ☐ American Indian/Alaskan Native
- ☐ **American Indian** (Write in): \_\_\_\_\_
- ☐ **Alaska Nativo** (Write in): \_\_\_\_\_

**Tribus del Estado de Washington**

- |                                                                                |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chinook Tribe                                         | <input type="checkbox"/> Puyallup Tribe of the Puyallup Reservation               |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation    | <input type="checkbox"/> Quileute Tribe of the Quileute Reservation               |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Chehalis Reservation       | <input type="checkbox"/> Quinault Indian Nation                                   |
| <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of the Colville Reservation       | <input type="checkbox"/> Samish Indian Nation                                     |
| <input type="checkbox"/> Cowlitz Indian Tribe                                  | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington                 |
| <input type="checkbox"/> Duwamish Tribe                                        | <input type="checkbox"/> Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian |
| <input type="checkbox"/> Hoh Indian Tribe                                      | <input type="checkbox"/> Reservation Skokomish Indian Tribe                       |
| <input type="checkbox"/> Jamestown S'Klallam Tribe                             | <input type="checkbox"/> Snohomish Tribe                                          |
| <input type="checkbox"/> Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation | <input type="checkbox"/> Snoqualmie Indian Tribe                                  |
| <input type="checkbox"/> Kikiallus Indian Nation                               | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo Tribe                                         |
| <input type="checkbox"/> Lower Elwha Tribal Community                          | <input type="checkbox"/> Spokane Tribe of the Spokane Reservation                 |
| <input type="checkbox"/> Lummi Tribe of the Lummi Reservation                  | <input type="checkbox"/> Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation   |
| <input type="checkbox"/> Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation    | <input type="checkbox"/> Steilacoom Tribe                                         |
| <input type="checkbox"/> Marietta Band of the Nooksack Tribe                   | <input type="checkbox"/> Stillaguamish Tribe of Indians of Washington             |
| <input type="checkbox"/> Muckleshoot Indian Tribe                              | <input type="checkbox"/> Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation   |
| <input type="checkbox"/> Nisqually Indian Tribe                                | <input type="checkbox"/> Swinomish Indian Tribal Community                        |
| <input type="checkbox"/> Nooksack Indian Tribe of Washington                   | <input type="checkbox"/> Tulalip Tribes of Washington                             |
| <input type="checkbox"/> Port Gamble S'Klallam Tribe                           |                                                                                   |

**ASIATICO**

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

☐ **Asian** Write in: \_\_\_\_\_**NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO**

- |                                                                 |                                           |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Palauan          |
| <input type="checkbox"/> Carolinian                             | <input type="checkbox"/> Papuan           |
| <input type="checkbox"/> Chamorro                               | <input type="checkbox"/> Pohpeian         |
| <input type="checkbox"/> Chuukese                               | <input type="checkbox"/> Samoan           |
| <input type="checkbox"/> Fijian                                 | <input type="checkbox"/> Solomon Islander |
| <input type="checkbox"/> i-Kiribati / Gilbertese                | <input type="checkbox"/> Tahitian         |
| <input type="checkbox"/> Kosraean                               | <input type="checkbox"/> Tokelauan        |
| <input type="checkbox"/> Maori                                  | <input type="checkbox"/> Tongan           |
| <input type="checkbox"/> Marshallese                            | <input type="checkbox"/> Tuvaluan         |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian                        | <input type="checkbox"/> Yapese           |
| <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu                             |                                           |

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

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

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

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

### Black or Africano Americano

- ☐ Black/ African American
- ☐ African American
- ☐ African Canadian

### Caribbean

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

☐ Caribbean Write in: \_\_\_\_\_

☐ Black (Write in): \_\_\_\_\_

### Central Africano

- ☐ Angolan
- ☐ Cameroonian
- ☐ Central African (Central African Republic)
- ☐ Chadian
- ☐ Congolese (Republic of the Congo)
- ☐ Congolese (Democratic Republic of the Congo)
- ☐ Equatorial Guinean
- ☐ Gabononese
- ☐ São Toméan
- ☐ Principe
- ☐ Central African Write in: \_\_\_\_\_

### Sur African

- ☐ Botswanan
- ☐ Mosotho (Lesotho)
- ☐ Namibian
- ☐ South African
- ☐ Swazi

☐ South African Write in: \_\_\_\_\_

### East Africano

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

☐ East African Write in: \_\_\_\_\_

### Latina Americano

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

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

### West African

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

☐ West African Write in: \_\_\_\_\_

## WHITE

☐ White

### Eastern European

- ☐ Bosnian
- ☐ Herzegovinian
- ☐ Polish
- ☐ Romanian
- ☐ Russian
- ☐ Ukrainian

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

☐ White (Write in): \_\_\_\_\_

### Middle Eastern and North African

- ☐ Algerian
- ☐ Amazigh or Berber
- ☐ Arab or Arabic
- ☐ Assyrian
- ☐ Bahraini
- ☐ Bedouin
- ☐ Chaldean
- ☐ Copt
- ☐ Druze
- ☐ Egyptian
- ☐ Emirati
- ☐ Iranian
- ☐ Iraqi
- ☐ Israeli
- ☐ Jordanian
- ☐ Kurdish Kuwaiti
- ☐ Lebanese
- ☐ Libyan
- ☐ Moroccan
- ☐ Omani
- ☐ Palestinian
- ☐ Qatari
- ☐ Saudi Arabian
- ☐ Syrian
- ☐ Tunisian
- ☐ Yemeni

☐ Middle Eastern Write in: \_\_\_\_\_

☐ North African Write in: \_\_\_\_\_

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



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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| <b>Nombre del alumno:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Grado:</b> | <b>Fecha:</b> |
| Nombre del padre, madre o tutor legal _____<br>Firma del padre, madre o tutor legal _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |
| <b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b><br><br>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.                                                                                                                                                             | 1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____<br><br>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____<br>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____<br><br>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____<br>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No   Idioma _____                           |               |               |
| <b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b><br><br>La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.                                                                                                        | 2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____<br><br>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____<br><br>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____<br><br>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____                                                                      |               |               |
| <b>Educación previa</b><br><br>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><b><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></b></p> | 6. ¿En qué país nació su hijo? _____<br><br>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No<br><br>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____<br>Idioma de formación: _____<br><br>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)<br><br>_____<br>Mes                      Día                      Año |               |               |

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.



# Escuelas Cooperativas Lind-Ritzville Formato obligatorio de registro de salud del estudiante y actualización anual

La información de contacto de la enfermera escolar está disponible en el sitio web, en la sección Noticias de Enfermería

|                                                                                                   |  |                                                             |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Apellido:                                                                                         |  | Nombre:                                                     |                              |
| Fecha de nacimiento:                                                                              |  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Grado:                       |
| Madre/Padre o tutor(a):                                                                           |  | Teléfono:                                                   | Ciclo escolar: Ej. 2023-2024 |
| Madre/Padre o tutor(a):                                                                           |  | Teléfono:                                                   |                              |
| Contacto de emergencia:                                                                           |  | Parentesco:                                                 | Teléfono:                    |
| Cambio en datos de contacto del tutor(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  | Médico(a):                                                  | Teléfono:                    |

## Sección A: Mi hijo(a) no tiene ningún problema de salud: ☐ (Si se marca, pase a la sección B)

|                               |                                                         |                                                                                                |                                                                                           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| TDA/DAH                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Medicamento:                                                                                   | <input type="checkbox"/> Medicamento en la escuela                                        |
| Alergia a picadura de abeja   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   | <input type="checkbox"/> Reacción local <input type="checkbox"/> EpiPen                   |
| Alergias                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas:                                                                                         | <input type="checkbox"/> EpiPen                                                           |
| Intolerancia alimentaria      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Adaptaciones de alimentos <input type="checkbox"/> Automonitoreo |
| Asma                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas:                                                                                         | <input type="checkbox"/> Inhalador en la escuela                                          |
| Trastorno de la sangre        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Preocupación del desarrollo   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas:                                                                                         |                                                                                           |
| Epilepsia o convulsiones      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha/tipo de la última convulsión:                                                            | <input type="checkbox"/> Medicamento de emergencia                                        |
| Problema gastrointestinal     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Condición cardíaca            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Dolores de cabeza/migrañas    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas:                                                                                         | <input type="checkbox"/> Medicamento en la escuela                                        |
| Condición de salud mental     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Problema musculoesquelético   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Problema del sistema urinario | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   |                                                                                           |
| Otro                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique:                                                                                   | <input type="checkbox"/> Medicamento en la escuela                                        |

Para estudiantes con condiciones de salud que ponen en riesgo la vida (**marcadas en negritas arriba**), la RCW 28A.210.320 exige que antes de que el/la estudiante asista a la escuela se cuente con una indicación de un profesional de la salud con licencia (LHP), el medicamento y un plan de cuidados de enfermería.

## Sección B: ¿Su hijo/a ha tenido?

|                         |                                                         |              |
|-------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| Enfermedad/lesión grave | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha/tipo:  |
| Convulsión cerebral     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha/causa: |

## Sección C: ¿Su hijo/a usa? Lentes ☐

|    |                                                |                                                         |                        |                                                         |
|----|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> No Lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Aparato(s) auditivo(s) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|----|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|

## Sección D: ¿Su hijo/a?

|                                          |                                                         |              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| Tiene alguna restricción médica o física | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Especifique: |
| Viaja en autobús escolar                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Notas:       |

**Para estudiantes que necesiten medicamento en la escuela, se requiere un Formulario de Autorización firmado por el médico y el padre/madre/tutor. Favor de solicitar el papeleo necesario en la oficina o en los formatos en línea disponibles en "Nurse News" en [lrschools.org](https://lrschools.org).**

Entiendo que la información proporcionada arriba puede compartirse con el personal escolar correspondiente para cuidar la salud y seguridad de mi hijo/a. Autorizo al personal de Lind-Ritzville Cooperative Schools (LRCS) a comunicarse con profesionales de la salud, incluido el 911, si es necesario, y también autorizo a las personas contactadas a iniciar el tratamiento necesario para atención de emergencia, incluido el traslado al hospital o clínica por mi cuenta. Entiendo que LRCS, sus empleados y la Mesa Directiva no asumen responsabilidad alguna relacionada con el traslado o el tratamiento de dicho menor. Doy permiso a la escuela de mi hijo/a para agregar la información de vacunación al Sistema de Información de Inmunizaciones, para ayudar a la escuela a mantener el expediente de mi hijo/a.

**\*ES MUY IMPORTANTE QUE INFORME A LA ENFERMERA ESCOLAR SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN LA SALUD DE SU HIJO/A QUE PUEDA OCURRIR DURANTE EL CICLO ESCOLAR.**

Firma del padre/madre/tutor:

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



## Lind-Ritzville Cooperative Schools

### Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **SEC. 725. DEFINICIONES.**

Para efectos de este subtítulo:

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

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

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

(B) incluye a —

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

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

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

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

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

### **Recursos adicionales**

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

[National Center for Homeless Education](#)

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



# Lind-Ritzville Cooperative Schools



507 North E Street 209 E Wellsandt Ave Lind WA 99341 Ritzville WA 99169

## **Requisitos del registro de vacunación**

**Su hijo no podrá asistir a la escuela hasta que usted proporcione estos documentos.**

Estimado padre o tutor,

A partir del 1 de agosto de 2020, todos los registros de vacunación que se entreguen a las escuelas o guarderías infantiles deberán estar verificados médicamente por ley estatal. **Los registros de vacunación deben entregarse en el la escuela el primer día de asistencia o antes.** Esto significa que los registros de vacunación que se entreguen a la escuela deben provenir de un profesional de la salud, o bien, debe adjuntar a su formulario escrito a mano un documento de un profesional de la salud que demuestre que los registros de su hijo son correctos. **Tu hijo No podrá asistir a la escuela hasta que presente estos documentos.**

Aquí hay algunos ejemplos de registros de vacunación verificados médicamente:

- Un Certificado de Estado de Inmunización (CIS) completo y firmado por un profesional de la salud. Encuentre el formulario CIS visitando <https://www.doh.wa.gov/SCCI> y haciendo clic en "Certificado de estado de vacunación".
- Un formulario CIS completado por usted u otro padre/tutor legal, con los registros médicos adjuntos.
- Un CIS impreso por un proveedor de atención médica o una escuela a partir del Sistema de Información de Inmunización del Estado de Washington.
- Un CIS impreso desde [Mi IRMóvil](#) que es una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir sus registros oficiales de vacunación por sí mismas. Vaya a <https://app.myirmobile.com/auth/register> para iniciar el proceso de registro.

Si solicita una exención de uno o más de los requisitos de vacunación, debe proporcionar a la escuela un formulario completo. [Certificado de exención.](#)

Si su hijo ya cumple con los requisitos de vacunación y su expediente está registrado en la escuela, no necesita hacer nada. Si tiene dudas o alguna pregunta, comuníquese con la escuela de su hijo.

Atentamente,

Kelley Kiesz  
Enfermera escolar de LRCS  
[kkiesz@lrschools.org](mailto:kkiesz@lrschools.org)

# Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

|                                                                                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Apellido del niño:</b>                                                                                                                                                          | <b>Nombre:</b> | <b>Inicial del segundo nombre:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):</b> |
|                                                                                                                                                                                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |
| Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo. |                | Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/ establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional. |                                          |
| X _____<br><b>Firma del padre, la madre o el tutor</b>                                                                                                                             |                | X _____<br><b>Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |
|                                                                                                                                                                                    |                | <b>Fecha</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |

|                                                                                                                     |          |          |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ▲ Se requiere para la escuela • Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar                  | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA | DD/MM/AA |
| <b>Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil</b>                   |          |          |          |          |          |          |
| •▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)                                                                            |          |          |          |          |          |          |
| ▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)                                                     |          |          |          |          |          |          |
| •▲ DT o Td (tétanos, difteria)                                                                                      |          |          |          |          |          |          |
| •▲ Hepatitis B                                                                                                      |          |          |          |          |          |          |
| • Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)                                                                       |          |          |          |          |          |          |
| •▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)                                                                   |          |          |          |          |          |          |
| •▲ OPV (polio)                                                                                                      |          |          |          |          |          |          |
| •▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)                                                                                |          |          |          |          |          |          |
| • PCV/PPSV (antineumocócica)                                                                                        |          |          |          |          |          |          |
| •▲ Varicela                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS                                       |          |          |          |          |          |          |
| <b>Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)</b> |          |          |          |          |          |          |
| COVID-19                                                                                                            |          |          |          |          |          |          |
| Gripe (influenza)                                                                                                   |          |          |          |          |          |          |
| Hepatitis A                                                                                                         |          |          |          |          |          |          |
| VPH (virus del papiloma humano)                                                                                     |          |          |          |          |          |          |
| MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)                                                                              |          |          |          |          |          |          |
| MenB (meningococo tipo B)                                                                                           |          |          |          |          |          |          |
| Rotavirus                                                                                                           |          |          |          |          |          |          |

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)</b>                                                                                                                                                          |                                      |                                      |
| If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.                    |                                      |                                      |
| I certify that the child named on this CIS has:<br><input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.<br><input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below. |                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Diphtheria                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hib                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Measles     | <input type="checkbox"/> Mumps       |
| <input type="checkbox"/> Rubella                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Tetanus     | <input type="checkbox"/> Varicella   |
| <input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)                                                                                                                                                               |                                      |                                      |
| ▶                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |
| Licensed Health Care Provider Signature    Date                                                                                                                                                                                   |                                      |                                      |
| ▶                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |
| Printed Name                                                                                                                                                                                                                      |                                      |                                      |

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. | Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____<br>If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document. |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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

## Vacunas obligatorias para la escuela en el estado de Washington



**Instrucciones:** Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

|                                                                                              | Difteria, tétanos, tos ferina                        | Hepatitis B | Haemophilus influenzae tipo b                                                    | Sarampión, paperas, rubéola | Neumocócica conjugada                                   | Polio    | Varicela  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|----------|-----------|
|                                                                                              | DTaP/Tdap                                            | Hepatitis B | Hib                                                                              | MMR                         | PCV                                                     | Polio    | Varicella |
| <b>Prescolar</b><br>Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 1 de Septiembre. | 4 dosis de DTaP                                      | 3 dosis     | 3 o 4 dosis*<br>(según la vacuna)                                                | 1 dosis                     | 4 dosis*                                                | 3 dosis  | 1 dosis** |
| <b>Prescolar/jardín de infantes de transición</b><br>Con 4 años o mayor el 1 de Septiembre.  | 5 dosis de DTaP*                                     | 3 dosis     | 3 o 4 dosis*<br>(según la vacuna)<br><br>(No obligatoria a partir de los 5 años) | 2 dosis                     | 4 dosis*<br><br>(No obligatoria a partir de los 5 años) | 4 dosis* | 2 dosis** |
| <b>Jardín de infantes hasta 6º grado</b>                                                     | 5 dosis de DTaP*                                     | 3 dosis     | No obligatoria                                                                   | 2 dosis                     | No obligatoria                                          | 4 dosis* | 2 dosis** |
| <b>De 7º grado a 12º grado</b>                                                               | 5 dosis de DTaP*<br>Más Tdap a partir de los 10 años | 3 dosis     | No obligatoria                                                                   | 2 dosis                     | No obligatoria                                          | 4 dosis* | 2 dosis** |

\* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron.

\*\*También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela.

Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta. Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en <https://www.cdc.gov/vaccines/es/imz-schedules/calendarios-de-vacunacion.html>

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov). **DOH 348-295 Español Nov. 2025**

