

PADRES: Rellenen solamente para los alumnos de kínder

Nombre del alumno: _____

Nombre del padre: _____

¿Asistió su hijo(a) a una guardería y/o al preescolar? Sí No (Encierre una opción)

Si sí,

Nombre de la guardería/preescolar	Fechas de asistencia	¿Fue un programa de todo el día o de medio día?

Si su hijo (a) asistió al preescolar, ¿por cuánto tiempo asistió? _____

Si su hijo(a) asistió al preescolar, ¿hubo algún tipo de preocupación por parte del personal en cuanto a su progreso, ya sea académico o de comportamiento? _____

Hermanos menores en casa

Nombre	Edad

¿Le gustaría obtener más información en cuanto a oportunidades de aprendizaje a edad temprana para sus hijos?

Sí No

Sólo para uso de la oficina: (Office only - English) Building Secretary - please give a copy of this sheet to the student's Kindergarten teacher and to Jump Start Kindergarten teacher(s) in your building.



INSCRIPCIÓN PARA NUEVOS ESTUDIANTES FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

Fecha: _____

STUDENT INFO	APELLIDO		NOMBRE		MEDIO		
	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	¿El nombre del estudiante ha sido legalmente cambiado? ¿Cuál era el nombre anterior? <i>Legal name change?</i>	IDIOMA PRIMARIO DEL ESTUDIANTE <i>(student primary language)</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Ukraine <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Otro _____			GRADO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GENERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario
	¿Residente del Distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de Nacimiento Ciudad <i>city</i> Estado <i>state</i> País <i>country</i> Acta de Nacimiento: <i>BC attached?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

PRIMARY HOUSEHOLD	INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN PRINCIPAL (Información de Residencia Reside el Estudiante)						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1 <i>guardian last</i>			Primer Nombre <i>guardian first</i>			
	Domicilio <i>house number</i>	Calle <i>street</i>	Apto. <i>apt</i>	Ciudad/ <i>city</i>	Estado <i>State</i>	Código <i>country</i>	
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado	Código
	Teléfono Principal <i>primary phone</i>			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
	<input type="checkbox"/> Por favor marque si es confidencial <i>confidential</i>			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
	Correo Electrónico <i>email address</i>						
	Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro						
Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre				
Correo Electrónico			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono		
			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro							

***Comprobante de edad:** Algunos de los documentos que se pueden utilizar para este propósito incluyen un acta de nacimiento, un certificado religioso, de un hospital o de un médico que muestre la fecha de nacimiento, un pasaporte, un registro de adopción, registros escolares previamente verificados, una declaración jurada por parte de un padre, una entrada en una Biblia de la familia o cualquier otro documento autorizado por la ley.

¿Quién tiene la custodia legal del estudiante?	¿Existen los derechos de visita especial que hay que saber? En caso de sí, por favor de proporcionar la documentación legal a la escuela para que podamos mantener a su hijo a salvo.
---	--

SECOND HOUSEHOLD	DE SEGUNDO HOGAR El estudiante no reside principalmente en esta residencia)						
	Apellido de Padre/Tutor Legal #1			Primer Nombre			
	Domicilio	Calle	Apto.	Ciudad	Estado	Código	
	Mailing Address Domicilio	Calle	Apto.	PO Box	Ciudad	Estado	Código
	Teléfono Principal			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono	
	<input type="checkbox"/> Por favor marque si es confidencial			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
	Correo Electrónico						
	Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Así Mismo <input type="checkbox"/> Otro						
Apellido de Padre/Tutor Legal #2			Primer Nombre				
Correo Electrónico			Segundo Teléfono		Tercer Teléfono		
			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Relación con el Estudiante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Otro							

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela asistido previamente (más reciente)	Fecha de Entrada	Fecha de Retiro	Dirección de la Escuela Anterior (calle, ciudad, estado y código postal)
¿El estudiante ha asistido a otro distrito escolar en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, nombre el distrito escolar en el Estado de Washington		Año Escolar
¿El estudiante ha asistido a una escuela en el distrito escolar de Mount Vernon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es sí, nombre la escuela asistido en el distrito escolar de Mount Vernon		Año Escolar

POR FAVOR ANOTE OTROS HERMANOS QUE ASISTEN EN EL DISTRITO ESCOLAR DE MOUNT VERNON

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

¿El estudiante asiste a la guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la guardería
<input type="checkbox"/> Antes de Escuela <input type="checkbox"/> Después de Escuela <input type="checkbox"/> Antes y Después de Escuela	Domicilio Teléfono

¿Se ha suspendido su estudiante de la escuela? Sí No

Por favor, explique _____

¿Su estudiante ha sido suspendido por una violación de las armas? Sí No Fecha: _____

¿Ha asistido alguna vez su estudiante a una corte por cuestiones de asistencia? Sí No Fecha: _____

Información de Contacto de Emergencia Cuando los accidentes, enfermedades u otras situaciones de emergencia se producen con su hijo, queremos ser capaces de hablar rápidamente a las familias o adultos responsables. Nuestro primer contacto es siempre un padre o tutor, pero en el caso de que no podemos hablar con un padre/tutor, por favor de proveer los nombres de personas que estén disponibles durante el día para atender a su hijo.

Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
Nombre (excepto el tutor)	Relación con el Estudiante	Número de teléfono (con código de área) <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo

HISTORIA DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo(a) ha calificado o matriculado en un Programa de Educación Especial /IEP? Sí No

¿Su niño ha calificado a favor o había un plan 504? Sí No

¿Su hijo ha participado en?: Título 1 LAP Talentoso ESL Migrante

¿Su hijo ha repetido un grado o superado un curso?

Sí, ha repetido

Sí, ha superado

Cuál Nivel?

Especifique cualquier problema de aprendizaje (s) o ayuda especial que necesita / specify any learning problem(s) or special help needed

AUTORIZACION DE EMERGENCIA MÉDICA: Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, todo esfuerzo será en hacer contacto con el padre / tutor de inmediato. Si el padre o tutor no puede ser alcanzado, yo autorizo a las autoridades escolares para obtener atención de emergencia para mi hijo.

"Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información para efectuar el registro o la cesión puede ser motivo de revocación de la inscripción del estudiante o la asignación a una escuela en el Distrito Escolar de Mount Vernon. Estoy de acuerdo de notificar a la escuela del Distrito Escolar de Mount Vernon por escrito dentro de los cinco (5) días escolares después de cualquier cambio de residencia".

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Formulario De Recopilación de Datos Étnicos y Raciales del Estado de Washington

Se requiere que los distritos escolares en el estado de Washington reporten los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías étnicas y raciales son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre el origen étnico y la raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Si o No, en caso afirmativo, seleccione cuál (es). Luego seleccione cualquier raza que pueda aplicar. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar la (s) raza (s).

ETNICIDAD	Hispano(a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (H01)				
	Hispano(a)	<input type="checkbox"/> Hispano(a) (H00) <input type="checkbox"/> Argentino(a) (H02) <input type="checkbox"/> Boliviano(a) (H03) <input type="checkbox"/> Brasileño(a) (H04) <input type="checkbox"/> Chicano (Mexicano Americano) (H05) <input type="checkbox"/> Chileno(a) (H06) <input type="checkbox"/> Colombiano(a) (H07) <input type="checkbox"/> Costa Rica (H08)	<input type="checkbox"/> Cubano(a) (H09) <input type="checkbox"/> Dominicano(a) (H10) <input type="checkbox"/> Ecuatoriano(a) (H11) <input type="checkbox"/> Guatemalteco(a)(H12) <input type="checkbox"/> Guyanés (H13) <input type="checkbox"/> Hondureño(a) (H14) <input type="checkbox"/> Jamaicano(a) (H15) <input type="checkbox"/> Mexicano(a)(H16)	<input type="checkbox"/> Mestizo(a) (H17) <input type="checkbox"/> Nativo(a) (H18) <input type="checkbox"/> Nicarangüense (H19) <input type="checkbox"/> Panameño(a) (H20) <input type="checkbox"/> Paraguayo(a)(H21) <input type="checkbox"/> Peruano(a) (H22) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) (H23)	<input type="checkbox"/> Salvadoreño(a) (H24) <input type="checkbox"/> Español(a) (H25) <input type="checkbox"/> Surinameso(a) (H26) <input type="checkbox"/> Uruguayo (H27) <input type="checkbox"/> Venezolano(a) (H28) Hispano/Latino escribe (H29)
HAWAIIANO NATIVO DE LA RAZA/ORTO ISLANDOR DEL	Nativo(a) hawaiano/otro isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Nativo(a) hawaiano/otro isleño del Pacifico (P00)			
	Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Caroliniano (P01) <input type="checkbox"/> Chamorro(a) (P02) <input type="checkbox"/> Chuukese (P03) <input type="checkbox"/> Fiyiano(a) (P04) <input type="checkbox"/> i-kiribati/Gilbertese (P05) <input type="checkbox"/> Kosraean (P06)	<input type="checkbox"/> Maori (P07) <input type="checkbox"/> Marshalés/Marshalesa (P08) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawai (P09) <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu (P10) <input type="checkbox"/> Palau (P11) <input type="checkbox"/> Papú (P12)	<input type="checkbox"/> Pohnpeian (P13) <input type="checkbox"/> Samoano(a) (P14) <input type="checkbox"/> Isleño de Salomón (P15) <input type="checkbox"/> Tahitiano (P16) <input type="checkbox"/> Tokelauan (P17)	<input type="checkbox"/> Tongano(a) (P18) <input type="checkbox"/> Tokelauan (P19) <input type="checkbox"/> Yapés (P20) Isleño del Pacifico Escribe (P21)
RAZA-NEGRA/AFRICANO(A)-AMERICANO(A)	Negro(a)/afroamericano(a) cano(a)	<input type="checkbox"/> Negro(a)/afroamericano(a) (B00) <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) (B01) <input type="checkbox"/> Africano(a) canadiense (B02) <input type="checkbox"/> _____ Negro escriba en (C02)			
	Caribe	<input type="checkbox"/> Anguila (B03) <input type="checkbox"/> Antiguan(a) (B04) <input type="checkbox"/> Bahameño(a) (B05) <input type="checkbox"/> Barbadosense (B06) <input type="checkbox"/> Barthélemois/Barthélemoises (San Bartolomé) (B07) <input type="checkbox"/> Isleño(a) virgen británico(a) (B08)	<input type="checkbox"/> Caymanian (Islas Caimán) (B09) <input type="checkbox"/> Cuba Dominicana (B10) <input type="checkbox"/> Dominicana (República Dominicana) (B11) <input type="checkbox"/> Antillana Holandesa (Antillas Holandesas) (B12)	<input type="checkbox"/> Grenadian (B13) <input type="checkbox"/> Guadeloupian (B14) <input type="checkbox"/> Haitian (B15) <input type="checkbox"/> Antillana Holandesa (Antillas Holandesas) (B12)	<input type="checkbox"/> Jamaicano(a) (B16) <input type="checkbox"/> Martiniquais/Martiniquaise (B17) <input type="checkbox"/> Montserratian (B18) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) (B19) Caribeño(a) escribe en (B20)
	Africano(a) centro	<input type="checkbox"/> Angoleño(a) (B21) <input type="checkbox"/> Camerunés/Camerunesa (B22) <input type="checkbox"/> Centroafricano(a)(Rep. Centroafricana) (B23) <input type="checkbox"/> Chadiano(a) (B24)	<input type="checkbox"/> Congoleño(a) (Rep. Del Congo) (B25) <input type="checkbox"/> Congoleño(a) (República Democrática del Congo) (B26) <input type="checkbox"/> Guinea Ecuatorial (B27) <input type="checkbox"/> Gabonense (B28)	<input type="checkbox"/> Santo Tomé (B29) <input type="checkbox"/> Príncipe (B30) Centroafricano(a) escribe en (B31)	
	Africano(a) orient	<input type="checkbox"/> Burandés/Burandesa (B32) <input type="checkbox"/> Comoran (B33) <input type="checkbox"/> Djibouti (B34) <input type="checkbox"/> Eritreo(a) (B35) <input type="checkbox"/> Etiope (B36) <input type="checkbox"/> Keniano(a) (B37)	<input type="checkbox"/> Malgache (Madagascar) (B38) <input type="checkbox"/> Malauí (B39) <input type="checkbox"/> Mauricio (Mauricio) (B40) <input type="checkbox"/> Mahoran (Mayotte) (B41) <input type="checkbox"/> Mozambiqueño(a) (B42) <input type="checkbox"/> Reunionese (B43)	<input type="checkbox"/> Ruandesa (B44) <input type="checkbox"/> Seychellois/Seychelloise (B45) <input type="checkbox"/> Somali (B46) <input type="checkbox"/> Sudanes de; sur (B47) <input type="checkbox"/> Sudanes/Sudanesa (B48) <input type="checkbox"/> Uganda (B49)	<input type="checkbox"/> Tanzania (República Unida de Tanzania) (B50) <input type="checkbox"/> Zambiano(a) (B51) <input type="checkbox"/> Zimbabuo (B52) Africa Oriental escribe en (B53)
	Latinoamericano(a)	<input type="checkbox"/> Argentino(a) (B54) <input type="checkbox"/> Beliceño(a) (B55) <input type="checkbox"/> Boliviano(a) (B56) <input type="checkbox"/> Brasileño(a) (B57) <input type="checkbox"/> Chileno(a) (B58) <input type="checkbox"/> Colombiano(a) (B59) <input type="checkbox"/> Costa Rica (B60)	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano(a)(B61) <input type="checkbox"/> El Salvadoreño(B62) <input type="checkbox"/> Isleño de las Mavinas (B63) <input type="checkbox"/> Guayanés Francés (B64) <input type="checkbox"/> Guatemalteco(a) (B65) <input type="checkbox"/> Guyanés/Guyanesa(B66) <input type="checkbox"/> Hondureño(a) (B67)	<input type="checkbox"/> Mexicano(a) (B68) <input type="checkbox"/> Nicaragüense (B69) <input type="checkbox"/> Panameño(a) (B70) <input type="checkbox"/> Paraguayo(a) (B71) <input type="checkbox"/> Peruano(a) (B72) <input type="checkbox"/> S. Georgia/S. Islas Sandwich (B73) <input type="checkbox"/> Seurinames (B74)	<input type="checkbox"/> Uruguayo(a) (B75) <input type="checkbox"/> Venezolano(a) (B76) Latinoamericano(a) escribe en (B77)
	Sudafricano(a)	<input type="checkbox"/> Botswana (B78) <input type="checkbox"/> Mosotho (Lesoto) (B79)	<input type="checkbox"/> Namibio(a) (B80) <input type="checkbox"/> Sudafricano(a) (B81)	<input type="checkbox"/> Swazi (B82)	Sur Africano(a) escribe en (B83)
Africano(a) occidental	<input type="checkbox"/> Beninés/Beninesa (B84) <input type="checkbox"/> Bissau-Guinea (B85) <input type="checkbox"/> Burkínabé (Burkina Faso) (B86) <input type="checkbox"/> Caboverdiano(B87) <input type="checkbox"/> Marfileño (Costa de Marfil)(B88)	<input type="checkbox"/> Gambiano(a) (B89) <input type="checkbox"/> Ghanés/Ghanesa (B90) <input type="checkbox"/> Liberiano(a)(B91) <input type="checkbox"/> Maliense (B92)	<input type="checkbox"/> Mauritano(a)(B93) <input type="checkbox"/> Niger(B94) <input type="checkbox"/> Nigeriano(a) (B95) <input type="checkbox"/> Santa Elena (B96)	<input type="checkbox"/> Senegalés/Senagalesa (B97) <input type="checkbox"/> Sierra Leona (B98) <input type="checkbox"/> Togolesses/Togolesas (B99) Africano(a) occidental escribe en (C01)	

Formulario De Recopilacion de Datos Étnicos y Raciales del Estado de Washington

Se requiere que los distritos escolares en el estado de Washington reporten los datos de los estudiantes por categorías étnicas y raciales a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías étnicas y raciales son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no brindan información sobre el origen étnico y la raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Seleccione tanto el origen étnico como la raza. Hispano Si o No, en caso afirmativo, seleccione cuál (es). Luego seleccione cualquier

RAZA-INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKAN	Indio(a) americano(a)	<input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) de Alaska (N00) _____ <small>Nativo(a) de Alaska escribe en (N36) Indio(a) americano(a) escribe en (N37)</small>			
	Tribus del estado de Washington	<input type="checkbox"/> Tribu Chinook (N01) <input type="checkbox"/> Tribus y Bandas CONfederadas de la Nación Yakama (N02) <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis (N03) <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la reserva de Colville (N04) <input type="checkbox"/> Tribu india Cowlitz (N05) <input type="checkbox"/> Tribu Duwamish (N06) <input type="checkbox"/> Tribu Hoh Indian (N07) <input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam (N08) <input type="checkbox"/> Comunidad India Kalispel/Reserva Kalispel (N09) <input type="checkbox"/> Nación india Kikiallus (N10) <input type="checkbox"/> Comunidad tribal del Bajo Elwha (N11) <input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la Reserva Lummi (N12) <input type="checkbox"/> Tribu India Makah/Reserva India Makah (N13) <input type="checkbox"/> Banda Marietta de la tribu Nooksack (N14) <input type="checkbox"/> Tribu india Muckleshoot (N15) <input type="checkbox"/> Tribu india Nisqually (N16) <input type="checkbox"/> Tribu indigena Nooksack de Washington (N17) <input type="checkbox"/> Tribu Port Gamble S'Klallam (N18)	<input type="checkbox"/> Tribu Puyallup de la reserva Puyallup (N19) <input type="checkbox"/> Tribu Quileute de la Reserva Quileute (N20) <input type="checkbox"/> Nación India Quinault (N21) <input type="checkbox"/> Nación india Samish (N22) <input type="checkbox"/> Tribu indigena Sauk-Suiattle de Washington (N23) <input type="checkbox"/> Tribu india de Shoalwater Bay/Reserva india de Shoalwater Bay (N24) <input type="checkbox"/> Tribu india Skokomish (N25) <input type="checkbox"/> Tribu Snohomish (N26) <input type="checkbox"/> Tribu india Snoqualmie (N27) <input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmoo (N28) <input type="checkbox"/> Tribu Spokane de la Reserva Spokane (N29) <input type="checkbox"/> Tribu de la isla Squaxin de la reserva de la isla Squaxin (N30) <input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom (N31) <input type="checkbox"/> Tribu Stillaguamish de indios de Washington (N32) <input type="checkbox"/> Tribu indigena Suquamish de la reserva de Port Madison (N33) <input type="checkbox"/> Comunidad tribal india Swinomish (N34) <input type="checkbox"/> Tribus Tulalip de Washington (N35)		
RAZA-ASIATICO	Asiático(a)	<input type="checkbox"/> Asian (A00) <input type="checkbox"/> Asian Indian (A01) <input type="checkbox"/> Bangladeshi (A02) <input type="checkbox"/> Bhutanese (A03) <input type="checkbox"/> Burmese/Myanmar (A04) <input type="checkbox"/> Cambodian/Khmer (A05) <input type="checkbox"/> Cham (A06) <input type="checkbox"/> Chinese (A07)	<input type="checkbox"/> Filipino (A08) <input type="checkbox"/> Hmong (A09) <input type="checkbox"/> Indonesian (A10) <input type="checkbox"/> Japanese (A11) <input type="checkbox"/> Korean (A12) <input type="checkbox"/> Lao (A13) <input type="checkbox"/> Malaysian (A14) <input type="checkbox"/> Mien (A15)	<input type="checkbox"/> Mongolian (A16) <input type="checkbox"/> Nepali (A17) <input type="checkbox"/> Okinawan (A18) <input type="checkbox"/> Pakistani (A19) <input type="checkbox"/> Punjabi (A20) <input type="checkbox"/> Singaporean (A21) <input type="checkbox"/> Sri Lankan (A22) <input type="checkbox"/> Taiwanese (A23)	<input type="checkbox"/> Thai (A24) <input type="checkbox"/> Tibetan (A25) <input type="checkbox"/> Vietnamese (A26) Asian Write In (A27) _____
		Blanco (a)	<input type="checkbox"/> Blanco(a) (W00) _____ <small>Blanco(a) escribe en (W36)</small>		
RAZA-BLANCO(A)	De Europa	<input type="checkbox"/> Bosnio(a) (W01) <input type="checkbox"/> Herzegoviniano (W02)	<input type="checkbox"/> Polaco(a) (W03) <input type="checkbox"/> Rumano(a) (W04)	<input type="checkbox"/> Ruso(a) (W05) <input type="checkbox"/> Ucranio(a) (W06)	_____ <small>Europa de Este escribe en (W07)</small>
	Medio Oriente y África del Norte	<input type="checkbox"/> Argelino(a) (W08) <input type="checkbox"/> Amazigh o bereber(W09) <input type="checkbox"/> Árabe o árabe (W10) <input type="checkbox"/> Asirio(a)(W11) <input type="checkbox"/> Bahreini (W12) <input type="checkbox"/> Beduino(a) (W13) <input type="checkbox"/> Astrólogo(a) (W14) <input type="checkbox"/> Copto (W15)	<input type="checkbox"/> Druso(a) (W16) <input type="checkbox"/> Egipcio(a) (W17) <input type="checkbox"/> Emirati (W18) <input type="checkbox"/> Irani (W19) <input type="checkbox"/> Iraqui (W20) <input type="checkbox"/> Israeli (W21) <input type="checkbox"/> Jordano(a) (W22) <input type="checkbox"/> Kurdo kuwaiti (W23)	<input type="checkbox"/> Libanés (W24) <input type="checkbox"/> Libio(a) (W25) <input type="checkbox"/> Marroqui (W26) <input type="checkbox"/> Omani (W27) <input type="checkbox"/> Palestino(a) (W28) <input type="checkbox"/> Qatari (W29) <input type="checkbox"/> Arabia Saudita (W30) <input type="checkbox"/> Siria (W31)	<input type="checkbox"/> Tunecino(a) (W32) <input type="checkbox"/> Yemenita (W33) Oriente Medio escribe en (W34) _____ Norteafricano(a) escribe en (W35) _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

PARA USO DE OFICINA ÚNICAMENTE: Recibido por _____ Fecha _____

Distrito Escolar de Mount Vernon
124 E. Lawrence St Mount Vernon WA 98273
Teléfono (360) 428-6110 Fax (360) 428-6172

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE PADRE O TUTOR MILITAR

La legislatura estatal de Washington ha exigido que la información de los alumnos que provienen de familias militares debe recopilarse como se declara en la **RCW 28A.300.507**.

Con el propósito de recopilar información, sírvase a marcar todas las que apliquen:

- Actualmente** ningún padre o tutor sirve como un miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o la Guardia Nacional de Washington.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual del **servicio activo** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual de las **reservas** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- Sí, un padre o tutor es un miembro actual de la **Guardia Nacional de Washington**.
- Sin respuesta o rehúsa declarar.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

(Nota: Si en algún momento a lo largo del ciclo escolar el estatus militar cambia, sírvase contactar la oficina del distrito escolar de Mount Vernon o la escuela de su hijo para informar acerca del cambio.)

Propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

La Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar se proporciona a *todos* los estudiantes que se inscriben en escuelas de Washington. La siguiente información debería contribuir a responder a algunas de las preguntas que podría tener sobre este formulario.

¿Cuál es el propósito de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar?

El propósito principal de la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar es contribuir a identificar a los estudiantes que podrían calificar para obtener ayuda con el fin de desarrollar las habilidades del idioma inglés necesarias para tener éxito en la clase y de recibir otros servicios. Es importante que esta información se registre correctamente, ya que puede afectar la elegibilidad de los estudiantes para recibir los servicios que necesitan para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario evaluarlos a fin de determinar si precisan servicios de apoyo adicionales en relación con el idioma y académicos. Ningún estudiante será asignado al programa de desarrollo del idioma inglés solo en función de las respuestas a este formulario.

¿Por qué preguntan acerca de la primera lengua del estudiante y del (de los) idioma(s) que se habla(n) en el hogar?

Las dos preguntas sobre el idioma del estudiante nos ayudan a determinar:

- si el estudiante puede ser elegible para obtener ayuda con el aprendizaje del inglés, y
- si el personal de la escuela debería conocer otros idiomas utilizados por el estudiante en su hogar.

El idioma que su hijo aprendió primero puede ser distinto del idioma que su hijo utiliza para comunicarse en el hogar ahora. Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán a la escuela a proporcionarle instrucción adecuada según las necesidades individuales del estudiante, y también contribuirán con las necesidades de comunicación que puedan surgir. Los estudiantes que primero aprendieron un idioma que no sea inglés pueden calificar para obtener servicios de apoyo adicionales. Incluso los estudiantes que hablan bien inglés podrían precisar apoyo para desarrollar habilidades del idioma necesarias para tener éxito en la escuela.

¿Por qué preguntan dónde nació el estudiante?

Esta información ayuda al distrito escolar y al estado a determinar si al estudiante le corresponde la definición de inmigrante a los fines del financiamiento federal. Esto se aplica incluso cuando ambos padres del estudiante son ciudadanos estadounidenses, pero el estudiante nació fuera de los Estados Unidos. Este formulario no se utiliza para identificar a estudiantes que quizás sean indocumentados.

¿Por qué preguntan sobre la educación anterior del estudiante?

La información sobre la educación de un estudiante contribuirá a garantizar que la educación del estudiante tanto dentro como fuera de los Estados Unidos sea tomada en cuenta en las recomendaciones para la participación en programas y servicios del distrito. Los antecedentes educativos del estudiante también constituyen información importante para ayudar a determinar si el estudiante está avanzando lo suficiente hacia los estándares estatales en función de sus antecedentes educativos anteriores.

Gracias por proporcionar la información necesaria en la Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar. Comuníquese con su distrito escolar si tiene otras preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo.



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

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

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.





District Entry Date _____

School Entry Date _____

School _____

Nombre de Alumno: _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela Previa _____ Ciudad _____

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública del Estado de Washington provee fondos a programas diseñados para ayudar a los niños de 0 a 21 años que se han mudado por su propia cuenta o con sus padres en los últimos tres años para buscar o conseguir un trabajo temporal en actividades relacionadas con:

Agricultura (agriculture)

Empaquetadora (packing/warehouses)

Forestales (forestry)

Lechería (dairy)

Avicultura (poultry)

Pesca Comercial (commercial fishing)

Res (beef)

Mariscos (shellfish)

Le agradeceríamos su colaboración para responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Usted o su familia se mudó en los últimos tres (3) años?
(Have you or your family moved within the past three years) SI NO

2. ¿La familia cruzaron fronteras del distrito escolar?
(Did the family cross school district boundaries) SI NO

3. ¿Fue el propósito de la mudanza para trabajar en empleo de agricultura o la pesca?
(Was the move made for the purpose of seeking/obtaining agricultural/fishing related employment) SI NO

4. ¿Sí su respuesta es "Sí", ¿podemos ponernos en contacto con usted para recibir más información?
(If YES, may we contact you for more information) SI NO



For School Use Only		
Centennial	<input type="checkbox"/>	Kindergarten Only
Jefferson	<input type="checkbox"/>	
Harriet Rowley	<input type="checkbox"/>	AM
Little Mountain	<input type="checkbox"/>	PM
Madison	<input type="checkbox"/>	
Washington	<input type="checkbox"/>	

INFORMACION de TRANSPORTE del ESTUDIANTE

Los estudiantes se transportan a y de la escuela por los autobuses del distrito escolar. Estos formularios se utilizarán para el transporte del hogar o guardería a y de la escuela solamente

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Sexo _____
(student name) (grade) (gender)

Nombre del Padre _____ Teléfono de Casa/Celular _____
(guardian name) (home/cell phone)

Domicilio _____
(home address)

Nombre de la Guardería _____ Teléfono _____
(daycare name) (phone)

Domicilio de la Guardería _____
(daycare address)

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DE TRANSPORTE: <small>(for transportation use only)</small>			
M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F	M – TU – W – TH – F
1. Bus _____	2. Bus _____	1. Bus _____	2. Bus _____
Stop _____	Stop _____	Stop _____	Stop _____
Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____	Pick-up Time _____

¿Necesitará transporte por parte del distrito? (Will district transportation be needed) **SI** **NO**

Por favor indique el lugar para la RECOGIDA de su estudiante a la ESCUELA , encierre los días aplicables <small>(indicate BEFORE SCHOOL PICK-UP location)</small> Hogar lunes martes miércoles jueves viernes <small>(home)</small> Guardería: lunes martes miércoles jueves viernes <small>(daycare)</small>	Por favor indique el lugar donde DEJAR a su estudiante DESPUES DE LA ESCUELA , encierre los días aplicables <small>(indicate AFTER SCHOOL DROP-OFF location)</small> Hogar lunes martes miércoles jueves viernes <small>(home)</small> Guardería: lunes martes miércoles jueves viernes <small>(daycare)</small>
---	--

Trate de conocer a otros padres que usan la parada de autobús de su niño así usted puede tener un plan alternado en el evento que usted no pueda estar en la parada de autobús cuando su niño llegue. El alumno necesita estar en la parada de autobús designada 5 minutos antes de la hora de recogida.

Si hay un cambio en su horario después de que usted haya inscrito a su niño por favor someta otra forma de *Información del Transporte* para su niño.

Mensaje de las Escuelas de Mount Vernon sobre Asistencia Regular y Absentismo Escolar

En apoyo de nuestra meta de graduación al 100%, las escuelas de Mount Vernon continúan sus esfuerzos para ayudar a los estudiantes a asistir a la escuela con regularidad para que puedan acceder y beneficiarse de su educación en la mayor medida posible. Sabemos que este esfuerzo requiere asociaciones sólidas de la familia y la comunidad, así como una comunicación clara con respecto a los registros de asistencia de los estudiantes y los beneficios de la asistencia regular a la escuela.

La asistencia regular es importante para las escuelas de Mount Vernon porque la asistencia regular a la escuela contribuye a la salud socioemocional, lo que lleva a los estudiantes a sentirse mejor con la escuela y con ellos mismos. A partir del Kindergarten, demasiadas ausencias (justificadas e injustificadas) pueden hacer que los niños se retrasen en la escuela. Para el noveno grado, la asistencia regular es un mejor predictor de las tasas de graduación que los puntajes de las pruebas de octavo grado. Queremos que los niños aprendan sobre la importancia de la asistencia regular tan pronto como sea posible para que estén preparados para el éxito en la escuela y en las carreras postsecundarias, la educación y la vida.

Lo que puede hacer

- Establezca una rutina regular para la hora de acostarse y la mañana. Extienda la ropa y las mochilas la noche anterior.
- Asegúrese de que su hijo(a) no falte a la escuela a menos que esté realmente enfermo. Si un niño debe quedarse en casa debido a una enfermedad, pídale al maestro recursos e ideas para seguir aprendiendo en casa..
- Evite programar viajes prolongados para niños sanos mientras la escuela está en sesión..
- Desarrolle un plan de respaldo con un familiar, vecino o amigo.
- Si su hijo parece ansioso por la escuela, comuníquese con la escuela para trabajar juntos y brindar apoyo..

Nuestra promesa para ti

Así como nuestro mensaje sobre la asistencia regular es Cada Día Cuenta, nuestro compromiso con usted es asegurarnos de que cada día cuente con respecto a la calidad de la experiencia educativa de su hijo(a). Sabemos que hay muchas razones para las ausencias escolares. Hay personas en la escuela de su hijo preparadas para ayudar si usted o su hijo(a) enfrentan desafíos para llegar a la escuela con regularidad y/o puntualidad. Prometemos darnos cuenta si su hijo(a) está ausente, comunicarnos con usted para comprender el motivo de la ausencia y trabajar con usted para eliminar las barreras e identificar los recursos para ayudar a su hijo a asistir a la escuela con regularidad.

Políticas del Distrito y Ley Estatal

Mientras trabajamos juntos, es importante que comprenda las políticas del distrito, así como la ley estatal para la asistencia obligatoria. El estado de Washington requiere que los niños de 8 a 17 años de edad asistan a una escuela privada o un programa de educación en el hogar aprobado por el distrito. Los niños de 6 o 7 años de edad no están obligados a inscribirse en la escuela; si están inscritos, deben asistir.

Se requiere que todas las escuelas tomen asistencia diaria y notifiquen a las familias cuando su hijo tiene 3 ausencias injustificadas en 1 mes, la ley estatal requiere que programemos una conferencia con usted y su hijo para eliminar las barreras e identificar los recursos para garantizar una asistencia regular. En la escuela primaria, después de 5 ausencias justificadas en cualquier mes, o 10 o más ausencias justificadas en el año escolar, se requiere que el distrito se comunique con usted para programar una conferencia. No se requiere una conferencia si se ha acordado previamente las ausencias por escrito o se ha proporcionado una nota del médico y se cuenta con un plan académico. Si su hijo(a) tiene un IEP o un Plan 504, el equipo que creó el plan debe volver a reunirse.

Antes de que un niño alcance 7 ausencias injustificadas en 1 mes, el distrito celebrará un acuerdo con el niño y la familia para establecer los requisitos de asistencia. Si su hijo tiene 7 ausencias injustificadas en cualquier mes o 15 ausencias injustificadas dentro del año escolar, debemos presentar una petición ante el tribunal de menores alegando una violación de RCW 28A.225.030, la ley de asistencia obligatoria. La petición se suspenderá automáticamente y su hijo(a) y su familia serán remitidos a una Junta de Participación Comunitaria u otro medio coordinado de intervención. Si el absentismo continúa, es posible que deba ir a la corte.

Mientras nos esforzamos por trabajar en asociación con usted, queremos comunicar la siguiente información:

- Se les pide a las familias que se comuniquen con la oficina de la escuela por teléfono, correo electrónico o nota escrita la mañana de la ausencia para justificar/documentar las ausencias justificadas. Las ausencias justificadas solo serán aceptadas hasta 2 días después de la ausencia.
- Si su hijo tiene una cantidad significativa de días sin enfermedad, la escuela se asociará con el proveedor médico y/o la enfermera de la escuela para implementar un plan para mejorar la asistencia para apoyar el aprendizaje y el éxito escolar.
- Solo cinco ausencias aprobadas por la familia serán elegibles para ser justificadas durante el año escolar.

Esperamos que asociarnos con usted para fomentar la asistencia regular y el acceso constante al aprendizaje en el aula conduzca al éxito de su hijo(a) en la escuela y la recepción de su diploma de escuela secundaria. Gracias por unirse a nosotros para enviar el mensaje de que **Cada Día Cuenta**. Háganos saber cómo podemos apoyar mejor a su hijo para que esté en la escuela todo el día, todos los días.

Reconocimiento de Información

Soy el padre/tutor del niño mencionado a continuación, y he recibido y leído la información de asistencia regular y absentismo escolar proporcionada por las escuelas de Mount Vernon con respecto a las ausencias justificadas e injustificadas y la ley de absentismo escolar.

Nombre de Estudiante
Firma de Padre/Tutor

Escuela

Grado
Fecha

*****Reconocimiento de Información*****

Soy el padre/tutor del niño mencionado a continuación, y he recibido y leído la información de asistencia regular y absentismo escolar proporcionada por las escuelas de Mount Vernon con respecto a las ausencias justificadas e injustificadas y la ley de absentismo escolar.

Nombre de Estudiante
Firma de Padre/Tutor

Escuela

Grado
Fecha

Aviso sobre la Información Escolar

Salvo en algunos casos, la Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) exige que el Distrito Escolar de Mount Vernon obtenga su consentimiento por escrito antes de revelar información que conste en los registros educativos de su hijo y que permita identificarlo individualmente. Sin embargo, puede revelar aquellos datos correctamente denominados “Información Escolar” sin su consentimiento por escrito, a menos que usted le haya indicado al Distrito lo contrario en conformidad con los procedimientos de dicho Distrito. El objetivo principal de la Información Escolar es permitirle al Distrito Escolar de Mount Vernon incluir este tipo de información –tomada de los registros educativos de su hijo– en determinadas publicaciones escolares. Algunos ejemplos incluyen:

- El cartel de una obra de teatro que indica el papel que desempeña su hijo.
- El anuario escolar.
- El cuadro de honor u otras listas de reconocimiento.
- Los programas de graduación.
- Las planillas de actividades deportivas, como la lucha libre, en las que se exhibe el peso y la altura de los integrantes del equipo.

La Información Escolar es aquella que, si se divulga, no suele ser perjudicial ni considerarse una invasión de la privacidad. Dicha información también puede revelarse a organizaciones externas sin el consentimiento previo por escrito de los padres. Las organizaciones externas incluyen, entre otras, empresas que fabrican anillos de graduación o publican anuarios. Además, hay dos leyes federales que exigen que los organismos educativos locales (LEA, por sus siglas en inglés) que reciben asistencia conforme a la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Elementary and Secondary Education Act, ESEA) de 1965 les proporcionen a los reclutadores militares, si lo solicitan, tres tipos de Información Escolar: nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes, a menos que los padres le hayan informado al LEA que no quieren que se revele la información de su hijo sin que ellos lo autoricen previamente por escrito.¹

Si no quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele Información Escolar de los registros educativos de su hijo sin que usted brinde consentimiento previo por escrito, debe notificárselo al Distrito por escrito antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este Aviso sobre la Información Escolar. El Distrito Escolar de Mount Vernon ha determinado que la siguiente información constituye Información Escolar:

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

¹ Las leyes mencionadas son las siguientes: Sección 9528 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (Código de los Estados Unidos: 20 U.S.C. §7908) y sus enmiendas y Código de los Estados Unidos: § 503 (c) y sus enmiendas.

SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN ESCOLAR

Información Escolar

La Ley federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia permite que los distritos escolares revelen Información Escolar a determinadas personas o instituciones (como los medios de comunicación, las universidades o el ejército), a menos que los padres o el tutor del estudiante soliciten que dicha información NO se divulgue.

El Procedimiento N.º 3231P de la Junta del Distrito Escolar de Mount Vernon define los siguientes datos como "Información Escolar":

- Nombre del estudiante
- Grado escolar
- Fechas de inscripción
- Participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente
- Peso y altura de los integrantes de los equipos deportivos
- Títulos, honores y premios recibidos
- Escuelas del distrito a las que concurrió
- Trabajos realizados por el estudiante para publicaciones y fines escolares y/o fotografías de estudiantes para publicaciones y fines escolares

Si usted está de acuerdo con que se revele Información Escolar sobre su hijo, no tiene que tomar ninguna medida.

Si NO quiere que el Distrito Escolar de Mount Vernon revele información escolar sobre su hijo, complete el siguiente formulario y envíelo a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario. Envíe un formulario por cada estudiante.

Revelación de información al ejército

La Ley federal de Educación Primaria y Secundaria exige que las escuelas preparatorias les proporcionen a los reclutadores militares una lista con nombres, direcciones y números de teléfono de estudiantes. Los padres tienen derecho a solicitar que el nombre de su hijo no se incluya en dicha lista. Si usted no está de acuerdo con que se le proporcione al ejército el nombre de su hijo, marque a continuación la casilla que corresponda y envíe este formulario a la escuela de su hijo antes del 15 de septiembre o dentro de los 14 días de haber recibido este formulario.

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

- NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ningún reclutador militar.
(mil)
- NO** proporcionar el nombre ni la información de contacto de mi hijo a ninguna de las comunidades de educación superior.
(high ed)
- NO** usar fotografías de mi hijo en ninguna publicación que se distribuya en todo el Distrito (por ejemplo, el calendario, sitio web) ni revelar la fotografía de mi hijo a los medios de comunicación.
(pub)
- NO** revelar ninguna información escolar sobre mi hijo.
(dist)
- NO** revelar información escolar sobre mi hijo, pero sí pueden incluir el nombre de mi hijo en el boletín escolar y en el directorio de la escuela.
(dist)
- NO** incluir la fotografía individual de mi hijo en el anuario escolar.
(local)
- Optar a favor de las llamadas y mensajes de texto automatizados:** todos los padres y/o tutores recibirán automáticamente llamadas o mensajes de texto automatizados del distrito escolar en caso de emergencia. Al marcar esta casilla, doy permiso para que el distrito escolar y la escuela me envíen llamadas telefónicas y mensajes de texto automatizados en caso de no emergencia, tales como información acerca de eventos y actividades escolares. Comprendo que puedo anular este permiso mediante contactar el gerente de la oficina escolar.

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

Pautas para el uso adecuado de la tecnología

Política de uso aceptable para el estudiante

Acepto todos los derechos y responsabilidades de la ciudadanía digital.

- Me comporto de manera cortés y respetuosa con las personas en línea, tal como trato a la gente personalmente.
- Tengo derecho a acceder a Internet en la escuela, siempre y cuando la use de manera responsable.
- No revelo mi nombre, dirección ni número de teléfono a ninguna persona en línea, como tampoco comparto mi información personal con extraños.
- No revelo mi nombre de usuario ni contraseña, como tampoco le doy las llaves de mi casa a un extraño.
- Incluyo a otras personas en proyectos de aprendizaje digital, tengan o no una computadora, como también deseo que los miembros del equipo me incluyan a mí.
- No publico materiales hirientes ni ofensivos en Internet, como tampoco coloco grafitis hirientes ni ofensivos en la pared de mi cuarto.
- Apago mi teléfono celular en clase cuando la profesora lo solicita, como también lo hago en el cine para no molestar a las demás personas.
- No eliminaré ni dañaré el contenido digital que pertenezca a otra persona, como tampoco dañaré a una persona físicamente.
- No estafaré a ninguna persona ni robaré sus ideas, trabajo, música u obras de arte, como tampoco quiero que ninguna persona se aproveche del trabajo que yo creo.

A continuación se detalla lo que puede hacer en línea.

Visitar los sitios de Internet que su profesor le indique y usar las herramientas electrónicas de su PC para:

- Crear archivos, proyectos electrónicos, videos, páginas web y podcasts para proyectos de la clase.
- Crear contenidos para blogs, wikis, tableros de anuncios, sitios de redes sociales, comunidades en línea, páginas web, correos electrónicos y bases de datos del aula de clases.
- Publicar su trabajo escolar en el sitio web de la escuela, si su padre/madre o tutor le dan permiso.

A continuación se detalla lo que no puede hacer.

Sabotear la red.

- Realizar acciones que perjudiquen la integridad de la red de la escuela y sus recursos, como piratear (*hacking*), vulnerar sistemas (*cracking*) y destruir deliberadamente.
- Usar la información o los equipos de la escuela de manera inadecuada o ilegal.

Tomar de punto, atormentar, amenazar, acosar, humillar, avergonzar o poner en peligro a otras personas.

- Intimidar a personas a través del correo electrónico de la escuela o en el sitio web de esta.
- Difundir ideas de odio o discriminación, incluidos chistes y comentarios.
- Realizar acciones amenazantes o que puedan representar un peligro de daño para otras personas. Por ejemplo: compartir información sobre cómo hacer una bomba o fabricar drogas ilícitas.
- Acceder, cargar/descargar, almacenar o distribuir material obsceno, pornográfico o sexualmente explícito.

Mantener la seguridad en la calle y en Internet es igual de importante.

- Internet es una red mundial y nada en ella es verdaderamente privado. Por lo tanto, sea inteligente y sepa qué contenidos compartir. Mantenga la confidencialidad de su información personal y de la información de otras personas en línea. Usted no compartiría esta información con un extraño en la calle; haga lo mismo en Internet.

Sesiones de aprendizaje remotas/virtuales y juntas en Internet

- Por la seguridad y protección de los estudiantes y el personal, todas las sesiones de clases y juntas en Internet serán grabadas.

He tomado conocimiento de la Política de uso aceptable para el estudiante, la comprendo y la respetaré en todo momento.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del Profesor _____ Fecha _____

Revise con sus hijos la Política de uso aceptable para el estudiante.

Mount Vernon es un distrito escolar que ofrece la opción de no divulgar cierta información ("Opt Out"). Firme y envíe esta sección del documento solamente si **NO** desea que su estudiante tenga acceso a Internet ni publique trabajos en línea.

___ **No** deseo que mi estudiante, _____, tenga acceso a Internet.



____ (Nombre del estudiante)
____ **No** deseo que mi estudiante, _____, publique trabajos en el sitio web de la
escuela/del distrito. (Nombre del estudiante)

____ **No** deseo que mi estudiante, _____, sea grabado/a en clases y juntas en
Internet. (Nombre del estudiante)

Firma del padre/de la madre/del tutor _____ Fecha _____

Notificación de derechos para alumnos de escuela primaria y secundaria

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) les concede a los padres y a los estudiantes mayores de 18 años (“estudiantes aptos”) determinados derechos con respecto a los registros educativos del alumno. Los derechos mencionados son los siguientes:

1. **Derecho a examinar y revisar los registros educativos del alumno dentro de un plazo de 45 días a partir del momento en que la escuela recibe una solicitud para acceder a ellos.** Los padres de los estudiantes aptos deben presentar ante el director de la escuela una solicitud por escrito en la que se especifique cuáles son los registros que desean examinar. La autoridad escolar coordinará el acceso a los registros y les notificará a los padres o al estudiante apto el horario y el lugar en que se podrán examinar los registros.
2. **Derecho a solicitar la modificación de los registros educativos del alumno si los padres o el estudiante apto consideran que son inexactos, que se pueden malinterpretar o que, de alguna manera, infringen los derechos de privacidad del estudiante conforme a la FERPA.** Los padres o los estudiantes aptos que deseen solicitarle a la escuela que modifique un registro deben dirigirse por escrito al director de la escuela, especificar claramente qué parte del registro desean que se modifique y por qué debe hacerse esa modificación. Si la escuela decide rechazar la solicitud de modificación del registro presentada por los padres o el estudiante apto, la escuela notificará esa decisión a los padres o al estudiante apto y les informará que tienen derecho a solicitar una audiencia con respecto al pedido de modificación. Los padres o el estudiante apto recibirán información adicional sobre los procedimientos para las audiencias cuando se les informe acerca de su derecho a solicitar una audiencia.
3. **Derecho a que la información que consta en los registros educativos del alumno y que permite identificarlo individualmente sea confidencial, excepto en la medida en que la FERPA autorice la revelación sin consentimiento.** Un caso en que la revelación sin consentimiento está permitida es cuando se revela información a las autoridades de la escuela que tienen intereses educativos legítimos. Se denomina “autoridad escolar” a toda persona que trabaja para la escuela como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluso personal médico o de salud y empleados de la unidad responsable del cumplimiento de la ley); a toda persona que integra la junta escolar; a toda persona o empresa que presta servicios o desempeña funciones que, de lo contrario, debería prestar o desempeñar el personal de la escuela (por ejemplo: abogado, auditor, asesor médico o terapeuta); a todo padre, madre o alumno que integra una comisión oficial, tal como una comisión de disciplina o reclamos; o a todo padre, madre, estudiante u otra persona que ayuda voluntariamente a otra autoridad escolar a realizar sus tareas. Una autoridad escolar tiene un interés educativo legítimo cuando necesita revisar un registro educativo a fin de cumplir con sus obligaciones profesionales. Si se solicita, la escuela puede revelar registros educativos sin consentimiento a las autoridades de otro distrito escolar en el cual el estudiante desea o intenta inscribirse o en el que ya se inscribió, siempre que la finalidad de dicha revelación esté vinculada con la inscripción o el traslado del alumno.
4. **Derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos (U.S. Department of Education) debido a supuestos incumplimientos de los requisitos de la FERPA por parte de la escuela.** Se incluyen a continuación el nombre y la dirección de la oficina responsable de la FERPA:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-8520

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:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

**SPECIAL
EDUCATION
ONLY**

**Complete only if you child had special education services
previously**

Mount Vernon School District Special Services
920 S. 2nd Street * Mount Vernon, WA 98273
Tel: (360) 428-6141 Fax: (360) 336-2715

**Recomendación para Servicios de Educación Especial Para estudiantes
transferidos de otro distrito escolar**

(Transfer referral for Special Education Services for students transferring from another school district)

Fecha de hoy: _____
(today's date)

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(student's name) (birthdate)

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____
(address)

Asiste a la Escuela: _____ Grado: _____
(school attending)_

Hombre del Padre/Tutor: _____
(parent/guardian name)

Teléfono del hogar: _____ Telefono celular: _____
(home phone) (cell phone)

Lengua materna: _____ Lengua maternal de los padres: _____
(child's primary language) (parents primary language)

Nombre & relación de la persona que hace la recomendación: _____
(name & relationship of the person making the referral)

Distrito Escolar Anterior: _____
(last school district attended)

Nombre de la Escuela: _____ Ciudad y Estado: _____
(school name) (city & state)

Permiso Para Traslado de Archivos de Educación Entre Escuela o Agencias. SI NO
(consent to release special education records from previous school district/agency)

¿Consentimiento para colocación y servicios para el estudiante en el programa de educación especial ?
(En caso negativo, favor de venir a la oficina de educación especial para recibir ayuda). SI NO
(consent to place and serve student in the special education program)

Firma de los Padres/Tutor

Elegible para Medicaid: (¿Reciben cupones médicos?) SI NO

Si elegible, tenemos consentimiento para verificar y cobrar de Medicaid? Lo remitimos al reverso..
(if eligible do we have consent to verify and bill Medicaid?) SI NO

Firma de los Padres/Tutor

Información de este lado solamente

Explicación de las solicitudes de consentimiento:

Propósito del consentimiento de los padres para servir: Un distrito escolar debe informar cabalmente a los padres/guardianes de toda la información relacionado con el distrito tomando una decisión respecto a la colocación inicial de un estudiante. Como padre, usted puede dar su consentimiento o no a alguna actividad propuesta por el distrito. Esta solicitud le pide su consentimiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, puede llamar al director del distrito escolar de educación especial para obtener una explicación en cuanto a la razón por la cual se le está pidiendo una petición.

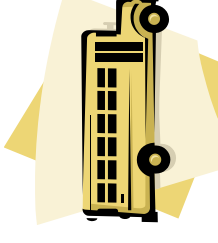
Al dar su consentimiento, usted reconoce que (1) usted ha sido plenamente informado de toda la información pertinente a la actividad por la cual se le está pidiendo su consentimiento, (2) que entiende que el otorgamiento del consentimiento es voluntario de su parte y puede ser revocado en cualquier tiempo, (3) si usted revoca su consentimiento, la revocación no es retroactiva, y (4) si usted se niega a dar su consentimiento, el distrito puede solicitar una mediación o una audiencia de debido proceso con el fin de anular su rechazo. * El consentimiento no es necesario si el distrito ha hecho las medidas razonables para obtener su consentimiento para servicios de educación especial y no ha respondido.

Consentimiento para Medicaid:

Verificación de elegibilidad de Medicaid. El distrito escolar tiene la obligación de presentar solicitudes para servicios relacionados con la salud para los estudiantes de educación especial o estudiantes que se refiere a la educación especial. Estos servicios incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, audiología, enfermería, consejería y evaluación psicológica. Con su permiso, vamos a presentar el nombre del estudiante y fecha de nacimiento con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar la elegibilidad de Medicaid. Dicha solicitud de ninguna manera impactara negativamente los servicios incluidas en el programa de su niño de educación individualizada (IEP).

Padres, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ciclo escolar 2022-2023



Recursos para padres de familia y tutores legales

Instrucciones: para ver cuáles vacunas son requeridas para asistir a la escuela, encuentre el grado al que asistirá su hijo y lea únicamente la información acerca de las vacunas y dosis requeridas que se encuentra en esa hilera.

	Hepatitis B	DTaP/Tdap (Difteria, Tétanos, Pertusis) Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	Polio Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)	Varicela (Chickenpox)
Kínder al 6° Grado	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o El doctor verifica la enfermedad
7° al 12° Grado	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o el médico verificó que el niño tuvo la enfermedad <i>(Se permiten excepciones para ciertos estudiantes)</i>

- Los estudiantes deben recibir las dosis de vacunas en el plazo de tiempo correcto para cumplir con los requisitos escolares de vacunación. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para el ingreso escolar, hable con su proveedor de salud o personal escolar capacitado.
- Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas pero no requeridas para el ingreso escolar en: www.immunize.org/cdc/schedules/



Certificado de Estado de Vacunación

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

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? Yes No

Apellido del niño: _____

Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X _____

X _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional

Fecha

Se requiere para la escuela Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA
Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil				
• 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				

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

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

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

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

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.

Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<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: _____

If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que imprima el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
 - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
 - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Temivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

Mount Vernon School District/Distrito Escolar de Mount Vernon
Health Inventory Form/Formulario Inventario de Salud

Student Name/Nombre del estudiante: _____ **Date of Birth/Fecha de nacimiento:** _____
Daytime Phone Number/Teléfono de horas diarias: _____ **Grade/Grado:** _____

Please check any health concerns that apply to your student. If your student does not have any health concerns, simply check the box that says "No Health Concerns at this Time." **Please complete and return this form to the school as soon as possible.** /Favor de marcar cualquier problema de salud aplicable a su hijo/a. Si su hijo/a no padece de ninguna enfermedad, simplemente marque el recuadro para "Ninguna enfermedad al presente." **Favor de llenar este formulario y devolverlo lo más pronto posible.**

No Health Concerns at this Time/Ninguna enfermedad al presente

Does your student have a Life Threatening Condition? /¿Tiene su estudiante una condición que amenaza su vida?

Yes/Si **No**

Under Washington State Law, "Life Threatening Condition" means a health condition that puts the student in danger of death during the school day if a medication is not administered (Epi-Pen/Diastat/Midazolam/ Glucagon/Severe Asthma)/Bajo la ley del Estado de Washington, "Condición amenazante de vida" significa uncondición de salud que pone al estudiante en peligro de muerte durante el día escolar si no se administra un medicamento (EpiPen/Diastat/Midazolam/Glucagon/Asma Severa)

Allergies/Alergias:

Bee/Insect Allergy/Alergia a abejas o insectos

- Mild Reaction/leve reacción
- Anaphylactic reaction/ reacción anafiláctica
- Epi-Pen Benadryl
- No medications/ ningún medicamento

Food Allergy/Alergias a alimentos _____

- Mild Reaction/leve reacción
- Anaphylactic reaction/reacción anafiláctica
- Epi-Pen Benadryl
- No medications/ningún medicamento

Drug Allergy/Alergia a drogas _____

Environmental/Seasonal allergies/Alergias al ambiente temporales _____

Diagnosed with Asthma/Asma:

Inhaler/Inhalador: yes/sí no

Triggers/Provocado por:

- Colds/resfriados Exercise/ejercicio
- Allergies/alergias Weather/clima

Diagnosed with Diabetes/Diabetes:

Type 1/Tipo 1 Type 2/Tipo

Mental Health Concerns/Problemas de Salud Mental:

Diagnosed OCD/Diagnosticado con trastorno compulsivo-obsesivo:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed ODD/Diagnosticado con trastorno de oposición desafiante:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed Anxiety Disorder/Diagnosticado con trastorno de ansiedad:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed Depression/Bipolar Disorder/ Diagnosticado con Depresión o Trastorno Bipolar:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed with Attention Deficit Hyperactive Disorder /Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Diagnosed with Autism Spectrum Disorder/Trastorno del espectro autista:

- Takes medication daily/bajo medicamento diario
- No medication/no toma medicamentos

Seizures/Ataques:

- Grand Mal Seizures/Convulsiones tónico-clónicas
- Petit Mal Seizures/Convulsiones petit mal
- History of Febrile Seizures/Historial de convulsions febriles

Other/Otros:

- Blood Disorder/Trastornos sanguíneos
- Cerebral palsy/Parálisis cerebral
- Chronic constipation/Constipación crónica
- Color Blindness/Daltonismo
- Contact/Glasses/Pupilentes o anteojos
- Down Syndrome/Síndrome de down
- Documented Hearing loss/Pérdida documentada de audición
- Eczema/Ecema
- Genetic condition/Condición Genética
- Frequent ear infections/Frecuentes infecciones del oído
- Frequent Nosebleeds/Frecuentes hemorragia nasales
- Headaches/Dolores de cabeza
- Heart Murmur/Soplo cardíaco
- Activity restrictions?/¿Restricciones de actividad?
 yes/sí no
- Hearing aids/Audifonos
- Hemophilia/Hemofilia
- High blood pressure/Hipertensión
- Kidney problems/Problemas renales
- Muscular Dystrophy/Distrofia muscular
- Spina Bifida/Espina bífida
- Thyroid Problems/Problemas de la tiroides
- Tourette Syndrome/Síndrome de Tourette
- Ulcers/Úlceras

Other Health Concerns (please list)/Otros Problemas de Salud (favor de alistar): _____

Medical History /Historial Médico

Was your child born before 37 weeks gestation (premature)/Nacio su hijo antes de las 37 semanas de gestación (premature)?

Yes/Sí No

If yes, how many weeks/Si contestó SI, de cuántas semanas? _____

Has your child ever been hospitalized/Estuvo si hijo alguna vez hospitalizado?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had surgery/Ha tenido si hijo alguna cirugía?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had a head injury (concussion)/Ha tenido su hijo una lesión en la cabeza (conmoción)?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had any significant injuries/Ha tenido si hijo algunas lesiones significativas?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Has your child ever had significant health problems/Ha tenido su hijo problemas de salud significativos? Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Do you have any concerns about your child's health/Tiene usted alguna preocupación sobre la salud de su hijo?

Yes/Sí No

Please Explain/Por favor, explique _____

Does your child have a primary health care provider/Tiene su hijo un doctor principal de atención?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Does your child have a dentist/Tiene su hijo un dentista?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Does your child have an eye doctor/Tiene su hijo un doctor de la vista?

Yes/Sí No

Date of last visit/Fecha de la última visita _____

Antes de que el alumno pueda comenzar la escuela, se requiere prueba de vacunación verificada por un médico.

Parent Signature/Firma del padre/madre: _____ Date/Fecha: _____

Programa de Tarjetas Para Estudiantes—Una Asociación con la biblioteca de la ciudad de Mount Vernon

Consentimiento y liberación para participar en el programa

Como parte de nuestro compromiso de proporcionar acceso equitativo a recursos de aprendizaje para todos los estudiantes de Mount Vernon, estamos emocionados de compartirles que el Distrito Escolar de Mount Vernon ha hecho un acuerdo con la Ciudad de Mount Vernon para crear un Programa de Tarjetas Para Estudiantes. El programa está diseñado para proporcionar acceso y promover el uso de recursos físicos y electrónicos disponibles a través de la biblioteca de la Ciudad de Mount Vernon para los estudiantes del Distrito de Mount Vernon. El programa dará acceso a estudiantes del distrito y a maestros recursos tales como: bases de datos de investigación, libros de descarga eBooks, y otros recursos de la biblioteca de la ciudad.

Para permitirle a la ciudad crear cuentas de biblioteca y permitir que los estudiantes tengan acceso a los recursos de la biblioteca, el distrito debe proporcionar la siguiente información a la ciudad.

- Nombre del estudiante
- Número de identificación de estudiante
- Nombre de la escuela
- Año de nacimiento
- Correo electrónico del estudiante

Esta información del estudiante puede ser sujeta a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (“FERPA”). Por esta razón, si usted desea que su hijo(a) participe en el programa, su consentimiento por escrito está requerido para que el distrito comparta la información de su estudiante con la ciudad. Su hijo(a) no está obligado a participar en el programa y si usted decide que su hijo(a) no participe, su hijo(a) continuará teniendo acceso a los recursos de aprendizaje proporcionados por el distrito. Por favor seleccione una opción aquí abajo:

_____ Si, quiero que mi hijo(a) participe en el programa y autorizo al distrito a transferir la información de estudiante de mi hijo(a), incluyendo el nombre de mi hijo(a), número de identificación de estudiante, nombre de la escuela, año de nacimiento, y correo electrónico del estudiante a la ciudad para el uso del programa. En la medida en que dicha información del estudiante esté sujeta a FERPA, por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información a la ciudad para el uso en el programa. Este consentimiento estará en vigor hasta que yo lo revoque por escrito y lo entregue al distrito, aunque dicha revocación no afectará las divulgaciones previas antes de recibirse. Renuncio, libero y descargo todos y cada uno de los derechos, reclamos, demandas y causas de acción que tengo o puedo tener contra el distrito, la ciudad y cualquiera de sus respectivos empleados, funcionarios electos, agentes, sucesores o cesionarios ahora o en futuro que surja de la transferencia de la información de mi hijo(a) estudiante a la ciudad en relación con el programa.

_____ No, yo no quiero que mi hijo(a) participe en el programa.

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo completamente la información anterior. Si he seleccionado que mi hijo(a) participe en el programa, certifico que he leído y entiendo la liberación anterior y los términos expresados en el consentimiento.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta respecto al Programa de Tarjetas Para Estudiantes, por favor de contactar a la bibliotecaria de la escuela de su estudiante.