



# FORMULARIO DE REGISTRO DEL ALUMNO

TMS

¿Asistió el alumno alguna vez a una escuela en el distrito escolar de Riverview?  Sí  No

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA** Age/Name Doc.  Proof of Residency  Medical Alert  Speech/SpED  ELL   
 Bus Route \_\_\_\_\_ Student Number \_\_\_\_\_ Advisor \_\_\_\_\_ Entry Date: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO (Escriba toda la información EN LETRA DE IMPRENTA)**

NOMBRE DEL ALUMNO: Apellido legal		Nombre legal	Segundo nombre legal	También se lo conoce como:
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (M/F/X)	LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad	Estado	Condado País
AÑO ACADÉMICO DE INGRESO		¿El alumno alguna vez repitió de año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí, ¿qué años?:	
¿El alumno alguna vez fue suspendido/expulsado por: Armas <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> ?			Si la respuesta es sí, indique la fecha:	

**SERVICIOS PARA EL ALUMNO**

¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para participar en un **PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL** o estuvo inscrito en él?  Sí  No

¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para acceder a los siguientes planes o los recibió: un **PLAN 504**?  un **IEP** (plan de educación individual)?

¿Participó su hijo alguna vez en alguno de los siguientes programas: **ELL** (estudiante de idioma inglés)   
**Title/LAP**  para alumnos dotados  para alumnos con problemas de habla

¿Existen instrucciones especiales sobre creencias religiosas?  Sí  No  Si la respuesta es sí, proporcione la información a la escuela por escrito.

**GRUPO ÉTNICO Y RAZA**

¿Su hijo es de origen hispano o latino?  Sí (complete las secciones 1 y 2)  No (complete la sección 2) 10

**Sección 1: ORIGEN HISPANO O LATINO (Marque todas las opciones que correspondan)**

<input type="checkbox"/> De América Central 75	<input type="checkbox"/> Dominicano 60	<input type="checkbox"/> Mexicano/Estadounidense de ascendencia mexicana/Chicano 30	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño 70	<input type="checkbox"/> Español 65
<input type="checkbox"/> Cubano 55	<input type="checkbox"/> Latinoamericano 85	<input type="checkbox"/> Sudamericano 80	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino 90	

**Sección 2: RAZA (Marque todas las opciones que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro 200	<input type="checkbox"/> Blanco 300	<input type="checkbox"/> Taiwanés 565
--	-------------------------------------	---------------------------------------

**DE ORIGEN ASIÁTICO**

<input type="checkbox"/> Indio asiático 505	<input type="checkbox"/> Filipino 520	<input type="checkbox"/> Japonés 535	<input type="checkbox"/> Malayo 550	<input type="checkbox"/> Tailandés 570
<input type="checkbox"/> Camboyano 507	<input type="checkbox"/> Nativo de Hmong 525	<input type="checkbox"/> Coreano 540	<input type="checkbox"/> Paquistaní 555	<input type="checkbox"/> Vietnamita 575
<input type="checkbox"/> Chino 510	<input type="checkbox"/> Indonesio 530	<input type="checkbox"/> Laosiano 545	<input type="checkbox"/> Singapurense 560	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático 599

**NATIVO DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO**

<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai 605	<input type="checkbox"/> Nativo de Guam o Chamorro 620	<input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Marianas 625	<input type="checkbox"/> Nativo de Micronesia 632	<input type="checkbox"/> Tongano 640
<input type="checkbox"/> Fiyiano 615	<input type="checkbox"/> Nativo de Melanesia 630	<input type="checkbox"/> Samoano 635	<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico 699	

**INDIO ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA**

<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska 405	<input type="checkbox"/> Lower Elwha 427	<input type="checkbox"/> Puyallup 448	<input type="checkbox"/> Snoqualmie 469	<input type="checkbox"/> Upper Skagit 488
<input type="checkbox"/> Chehalis 410	<input type="checkbox"/> Lummi 430	<input type="checkbox"/> Quileute 451	<input type="checkbox"/> Spokane 472	<input type="checkbox"/> Yakama 490
<input type="checkbox"/> Colville 413	<input type="checkbox"/> Makah 433	<input type="checkbox"/> Quinault 454	<input type="checkbox"/> Squaxin 475	<input type="checkbox"/> Otros nativos indígenas del estado de Washington 495
<input type="checkbox"/> Cowlitz 416	<input type="checkbox"/> Muckleshoot 436	<input type="checkbox"/> Samish 457	<input type="checkbox"/> Stillaguamish 478	<input type="checkbox"/> Otros indios nativos/nativos de Alaska 499
<input type="checkbox"/> Hoh 418	<input type="checkbox"/> Nisqually 439	<input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle 460	<input type="checkbox"/> Suquamish 481	
<input type="checkbox"/> Jamestown 421	<input type="checkbox"/> Nooksack 442	<input type="checkbox"/> Shoalwater 463	<input type="checkbox"/> Swinomish 484	
<input type="checkbox"/> Kalispel 424	<input type="checkbox"/> Prt. GmbL Klallam 445	<input type="checkbox"/> Skokomish 466	<input type="checkbox"/> Tulalip 487	



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)  
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

**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 _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b> Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b> 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 aprendió su hijo primero? _____</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><b>Educación previa</b> Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <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><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></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: _____ 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.

**Note to district:** This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE FOTOS:** Doy permiso para que la foto de mi hijo se use en publicaciones del distrito escolar, artículos de periódicos y/o en el sitio web del distrito. Sí  No  Si la respuesta es NO, ¿permite la foto en el anuario? Sí  No

**ESCUELA ANTERIOR**

Nombre de la escuela	Distrito	Ciudad/Estado	Fecha de retiro
----------------------	----------	---------------	-----------------

**FAMILIA**

<b>DOMICILIO PRINCIPAL</b> (del padre/de la madre/del tutor donde reside el alumno)		<b>Números de teléfono</b> Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Apellido</u>	<u>Nombre</u>	(c/código de área)	
1.		Particular	
Correo electrónico		Trabajo	
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Idioma: _____	
<u>Apellido</u>		<b>Números de teléfono</b> Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Nombre</u>		(c/código de área)	
2.		Particular	
Correo electrónico		Trabajo	
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Idioma: _____	
<u>Dirección de residencia</u>	<u>Calle</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u> <u>Estado</u> <u>CP</u>
<u>Dirección postal</u> (si es distinta)	<u>Calle o casilla postal</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u> <u>Estado</u> <u>CP</u>
<b>DOMICILIO SECUNDARIO</b>		<b>Números de teléfono</b> Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Apellido</u>	<u>Nombre</u>	(c/código de área)	
1.		Particular	
Correo electrónico		Trabajo	
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Idioma: _____	
<u>Apellido</u>		<b>Números de teléfono</b> Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Nombre</u>		(c/código de área)	
2.		Particular	
Correo electrónico		Trabajo	
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/>		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Idioma: _____	
<u>Dirección de residencia</u>	<u>Calle</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u> <u>Estado</u> <u>CP</u>
<u>Dirección postal</u> (si es distinta)	<u>Calle o casilla postal</u>	<u>Dpto. n.º</u>	<u>Ciudad</u> <u>Estado</u> <u>CP</u>
OTRAS DIRECCIONES DE CORREO SOLICITADAS Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**INDIQUE OTROS HERMANOS QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR DE RIVERVIEW**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	Año



## Preocupaciones Relacionadas Con La Salud Del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono principal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

**AFECCIONES ACTUALES: Responda el n.º 1 o n.º 2**

1. Mi hijo **NO** tiene ninguna preocupación relacionada con la salud en este momento. \_\_\_\_\_  
 (Iniciales y fecha)

2. Marque las opciones de abajo que posiblemente afecten a su hijo en la escuela. Incluya todas las preocupaciones relacionadas con la salud que sean necesarias para la planificación educativa y las posibles necesidades para la atención de emergencia. Dé más detalles en las líneas de abajo.

- |   |  |
|---|--|
| NB <input type="checkbox"/> ADD/ADHD<br>EG <input type="checkbox"/> Afección anafiláctica *<br>PA <input type="checkbox"/> Ansiedad<br>R- <input type="checkbox"/> Asma *<br>B/C/D <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> inhalador<br>NC <input type="checkbox"/> Autismo<br>U- <input type="checkbox"/> Afección de la vejiga<br>GA <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca<br>GJ <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/colitis<br>NF <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo<br>XX <input type="checkbox"/> Otra _____<br>_____<br>_____ | EK/L <input type="checkbox"/> Diabetes *..... <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II<br>GG <input type="checkbox"/> Intolerancia a los alimentos<br>YB <input type="checkbox"/> Afección de la audición . . H2O <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos<br>C- <input type="checkbox"/> Afección cardíaca<br>NH <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas<br>GK <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable<br>M- <input type="checkbox"/> Actividad física limitada<br>NP <input type="checkbox"/> Convulsiones *<br>NU <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática<br>YD <input type="checkbox"/> Afección de la visión YF <input type="checkbox"/> Lentes/lentes de contacto |
|---|--|

Alergias \* Indique todas las alergias que tiene su hijo, incluidas aquellas a los medicamentos/picaduras de abeja.

ED <input type="checkbox"/> Alimentos _____	Tratamiento _____ <input type="checkbox"/> EpiPen
EE <input type="checkbox"/> Insectos _____	Tratamiento _____ <input type="checkbox"/> EpiPen
E- <input type="checkbox"/> Otra _____	Tratamiento _____ <input type="checkbox"/> EpiPen

**\* ADVERTENCIA PARA LOS PADRES:** Si su hijo tiene una afección que ponga en peligro la vida (alergia grave, asma, diabetes, convulsiones) que requiera un medicamento de emergencia, la Ley del Estado de Washington SHB2834 exige que esté vigente una solicitud de medicamento o de tratamiento y un Plan de Salud Individual (*Individual Health Plan, IHP*) antes del primer día de escuela de cada año de su hijo. Comuníquese de inmediato con el personal de enfermería de la escuela de su hijo.

**MEDICAMENTOS**

	Nombre de los medicamentos
¿Se administra algún medicamento <b>en casa</b> ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Se administra algún medicamento <b>en la escuela</b> ? Sí** <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ <b>El estudiante lleva</b> algún medicamento a la escuela? (sólo grados 6 a 12) Sí** <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

\*\* Antes de que un medicamento se pueda administrar o llevar a la escuela, un proveedor de atención médica autorizado debe completar un **formulario de autorización de medicamentos**, disponible en el sitio web del distrito o en la dirección de la escuela, y el padre/madre/tutor debe firmarlo.

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

En caso de que se produzca una lesión grave, una enfermedad u otra emergencia en la escuela, el distrito hará todo lo posible por comunicarse con los padres del estudiante o las personas designadas. **En caso de que no sea posible comunicarse con los padres/tutores del niño**, el administrador del edificio o la persona designada tomará una decisión respecto a cuál es la medida más adecuada que se debe tomar en beneficio del estudiante.

**CONTACTOS EN CASO DE URGENCIA** (Persona distinta del padre/de la madre/de los tutores que se incluyen en la sección Familia de la página 3).

Cuando su hijo se vea afectado por una lesión, enfermedad u otra situación que no sea de urgencia, queremos poder comunicarnos con rapidez con los familiares o con otros adultos responsables. **En caso de que no podamos comunicarnos con el padre/la madre/el tutor, incluya el nombre de personas de su confianza que estén disponibles durante el día para cuidar de su hijo.** (No es necesario que incluya una lista de 4 contactos).

Contacto n.º 1 en caso de urgencia <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	TELÉFONO N.º 1: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	TELÉFONO N.º 2: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Relación
Contacto n.º 2 en caso de urgencia <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	TELÉFONO N.º 1: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	TELÉFONO N.º 2: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Relación
Contacto n.º 3 en caso de urgencia <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	TELÉFONO N.º 1: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	TELÉFONO N.º 2: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Relación
Contacto n.º 4 en caso de urgencia <u>Apellido</u> <u>Nombre</u>	TELÉFONO N.º 1: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	TELÉFONO N.º 2: Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Relación
Niñera/Guardería <u>Nombre</u>	Dirección		N.º de teléfono

**AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL ALUMNO:** En caso de que la escuela no pueda comunicarse con el padre/la madre/el tutor, autorizo a que mi hijo sea entregado a las personas nombradas anteriormente. Sí  No

**ESTATUS MILITAR:** Marque abajo la casilla más apropiada para los padres/tutores.

<b>Elija una opción</b>	<input type="checkbox"/> U.S. Fuerzas Armadas de los en servicio activo (A)	<input type="checkbox"/> Más de un miembro en las Fuerzas Armadas/Guardia Nacional (M)
	<input type="checkbox"/> U.S. Reservas de las Fuerzas Armadas (R)	<input type="checkbox"/> Sin afiliación (N)
	<input type="checkbox"/> Miembro de la Guardia Nacional (G)	

**¿HAY ESTABLECIDO UN PLAN DE TENENCIA O CUSTODIA COMPARTIDA?** Sí  No  (Si la respuesta es sí, el plan debe estar en los archivos de la escuela).

**¿EXISTE UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN VIGENTE?** Sí  No  (Si la respuesta es sí, los documentos legales deben estar en los archivos de la escuela).

La orden de restricción es contra: el padre  la madre  otro  \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** La información que proporcioné en este paquete de registro es, a la fecha de hoy, verdadera y precisa. Certifico que he leído y firmado en los lugares solicitados.

Firma del padre/de la madre/del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Solicitud de transporte

Solicitud inicial

Solicitud de cambio

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio principal - por la mañana y por la tarde.

\_\_\_\_\_

O

Dirección para retirar por la mañana \_\_\_\_\_

Domicilio principal     Domicilio secundario     Guardería     Otro \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el lugar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del lugar: \_\_\_\_\_

Dirección para dejar por la tarde \_\_\_\_\_

Domicilio principal     Domicilio secundario     Guardería     Otro \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el lugar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del lugar: \_\_\_\_\_

Comentarios/instrucciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/de la madre/  
del tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre/del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## 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:

[http://center.serve.org/nche/ibt/parent\\_res.php](http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php)

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