



# 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		
--	-------------------------------------	--	--

**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"/> Taiwanés 565
<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"/> Tailandés 570
<input type="checkbox"/> Chino 510	<input type="checkbox"/> Indonesio 530	<input type="checkbox"/> Laosiano 545	<input type="checkbox"/> Singapurense 560	<input type="checkbox"/> Vietnamita 575
				<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> (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____		Particular			
1.		Trabajo			
Correo electrónico		Celular			
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> _____ <u>Nombre</u> _____		<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
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"/>		Celular			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <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> (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
<u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____		Particular			
1.		Trabajo			
Correo electrónico		Celular			
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> _____ <u>Nombre</u> _____		<b>Números de teléfono</b> (c/código de área)		Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓	
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"/>		Celular			
Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <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



# Historial médico del estudiante

Nombre del estudiante: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**La ley estatal requiere que los estudiantes con condiciones que pongan en peligro su vida como anafilaxis, asma severa, diabetes o convulsiones cumplan con un plan de atención antes del primer día de clases. Póngase en contacto con la enfermera de la escuela lo antes posible para llenar los formularios requeridos.**

¿Su estudiante tiene algún padecimiento que PONGA EN PELIGRO SU VIDA?  Sí  No

## HISTORIA CLÍNICA (marque todas las que correspondan)

<p><b>Condiciones que ponen en peligro la vida:</b> (SE REQUIERE plan de atención)</p> <p>EG <input type="checkbox"/> <b>Anafilaxis (Epi-pen recetado)</b> <b>Alérgeno(s):</b></p> <p>EK <input type="checkbox"/> <b>Diabetes tipo 1</b></p> <p>NP <input type="checkbox"/> <b>Convulsiones - (Se requieren medicamentos de emergencia)</b></p> <p>RG <input type="checkbox"/> <b>Asma grave</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro padecimiento que ponga en peligro la vida:</b></p> <p><b>Congénito/genético</b></p> <p>AH <input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p>AJ <input type="checkbox"/> Espectro del trastorno de alcoholismo fetal <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Sanguíneo/Hematología</b></p> <p>BA <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p>BB <input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p>BC <input type="checkbox"/> Rasgos de anemia de células falciformes</p> <p>OJ <input type="checkbox"/> Historia de hemorragias nasales severas <input type="checkbox"/> Otra enfermedad sanguínea:</p> <p><b>Cardíaco/corazón</b></p> <p>CC <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito</p> <p>CD <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Otros padecimientos cardiovasculares:</p> <p><b>Alergia, inmune, endocrinos, metabólico y nutricional</b></p> <p>ED <input type="checkbox"/> Alergia a alimentos</p> <p>EE <input type="checkbox"/> Alergia a insectos <input type="checkbox"/> Alergia - otra lista:</p> <p>EL <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Otros endocrinos, inmunes, nutricionales o metabólicos:</p> <p><b>Gastrointestinal, dental y oral</b></p> <p>GA <input type="checkbox"/> Celíaco</p> <p>GG <input type="checkbox"/> Lista de intolerancia alimentaria:</p> <p>GL <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa</p> <p>GF <input type="checkbox"/> Encopresis</p> <p>IR <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico</p> <p>GH <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico</p> <p>GJ <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria del intestino</p> <p>GK <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable <input type="checkbox"/> Otros padecimientos gastrointestinales, hepáticos, dentales, orales</p> <p><b>Musculoesquelético</b></p> <p>MC <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide/idiopática juvenil <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Cáncer/tumor</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>	<p><b>Sistema nervioso</b></p> <p>NB <input type="checkbox"/> TDAH/TDA diagnosticado por:</p> <p>NC <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista</p> <p>NE <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p>NF <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo</p> <p>NH <input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p>NI <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, recurrentes</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Tipo de historial:</p> <p>NU <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Otras enfermedades neurológicas:</p> <p><b>Trasplante</b></p> <p>OD <input type="checkbox"/> Lista de órganos:</p> <p><b>Salud mental o del comportamiento</b></p> <p>PA <input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p>PC <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p>PH <input type="checkbox"/> Desórdenes del sueño <input type="checkbox"/> Otros padecimientos de salud mental o conductual</p> <p><b>Respiratorio/respiración</b></p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma - Actual</p> <p>RH <input type="checkbox"/> Asma - alguna vez diagnosticada</p> <p>RA <input type="checkbox"/> Asma inducida por ejercicio</p> <p>RE <input type="checkbox"/> Enfermedad reactiva de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Otro padecimiento respiratorio:</p> <p><b>Piel</b></p> <p>SB <input type="checkbox"/> Eccema, dermatitis de contacto o psoriasis <input type="checkbox"/> Otro padecimiento de la piel:</p> <p><b>Renal/riñón</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p><b>Oído/audición</b></p> <p>YA <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Históricamente</p> <p>YB <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva <input type="checkbox"/> Ayudas auditivas/implante coclear <input type="checkbox"/> Otro padecimiento del oído:</p> <p><b>Ojo/visión</b></p> <p>YF <input type="checkbox"/> Usa lentes/lentes de contacto</p> <p>CE <input type="checkbox"/> Déficit de percepción del color</p> <p>YD <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Otro padecimiento del ojo:</p> <p><b>Otros problemas de salud:</b> <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>
---	---

OC  No se conocen problemas de salud.

Escriba sus iniciales \_\_\_\_\_



# Historial médico del estudiante

del alumno: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Informe sobre todos los medicamentos que su estudiante toma en casa y/o en la escuela.

¿Se necesitan medicamentos en casa?  No  Sí Por favor, enumérelos: \_\_\_\_\_

¿Se necesitan medicamentos en la escuela?  No  Sí Por favor, enumérelos: \_\_\_\_\_

**Complete la documentación REQUERIDA para los medicamentos en la escuela.**

*La ley estatal requiere un permiso escrito del tutor y de un médico antes de que se pueda tomar cualquier medicamento (con o sin receta) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de su escuela o en el sitio web de nuestro distrito y se deben completar anualmente.*

<p><b>Dispositivos médicos</b></p> <p>OLA <input type="checkbox"/> Estimulador de nervio vago</p> <p>OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardíaco interno automático</p> <p>OLC <input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p>OLD <input type="checkbox"/> Sonda de gastrostomía</p> <p>OLE <input type="checkbox"/> Sonda de yeyunostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Faja</p> <p><input type="checkbox"/> Lista de prótesis:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros dispositivos médicos:</p>	<p><b>Estoma</b></p> <p>OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomía</p> <p>OKB <input type="checkbox"/> Colostomía</p> <p>OKD <input type="checkbox"/> Traqueotomía</p> <p>OKE <input type="checkbox"/> Urostomía</p> <p>OK <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p><b>Actividad física/Problemas de movilidad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Muletas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra lista:</p>
--	---

Entiendo que la información que proporcioné será compartida con el personal pertinente de la escuela, que necesita conocerla para garantizar la salud y la seguridad de mi estudiante. Si los padres/tutores o los contactos de emergencia autorizados no pueden ser localizados en el momento de una emergencia médica, y si a juicio de las autoridades escolares la atención inmediata es urgente, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más accesible. Entiendo que asumiré toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado. **Entiendo que la ley de Washington requiere que se completen o condicionen las vacunas de mi estudiante antes de comenzar la escuela.** Autorizo a la escuela de mi hijo a agregar información sobre las vacunas al Sistema de Información de Vacunas para ayudar a la escuela a mantener el registro escolar de mi hijo.

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

## VERIFICACIÓN DE VACUNAS (para uso exclusivo de la oficina)

Serie # \_\_\_\_\_ CIS de WAIS:  Preescolar  K-6 Grados  7 Grado  8-12

Grados

- El estado de vacunación está COMPLETO en el Certificado del Estado de Vacunación (CIS) de WAIS.
- El estado de vacunación es CONDICIONAL en el CIS de WAIS y la fecha de vencimiento del estado condicional es posterior al primer día de asistencia.
  - El padre/tutor ha firmado el reconocimiento de estado condicional en el CIS.
- El estudiante no está en WAIS. **Se deben proporcionar registros de vacunación médicamente verificados.**
  - Registros de vacunación médicamente verificados proporcionados  Permiso para ingresar la declaración firmada
- Certificado de exención (COE) proporcionado para todas las vacunas que no cumplen con CIS de WAIS o en WAIS.
  - El COE está completo  Permiso para ingresar la declaración firmada
- El estado de vacunación NO ESTÁ COMPLETO en el CIS de WAIS **El estudiante no puede comenzar la escuela hasta que se reciba la documentación de vacunas faltantes que cambiará el estado de CIS a COMPLETO o CONDICIONAL.**
- Estudiante agregado a la lista del módulo escolar: Grado: \_\_\_\_\_

Personal que verificó las vacunas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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



**Riverview School District**  
**PO Box 519 – Duvall, WA 98019**

**Cuestionario sobre la vivienda del estudiante**

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

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

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

- En un motel  Un automóvil, parque, campamento o lugar similar
- En un refugio  Vivienda de transición
- Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos  Otro \_\_\_\_\_
- En la casa o departamento de alguien más, con otra familia
- En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

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

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

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

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

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

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

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

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

**Devuelva este formulario contestado a:**

\_\_\_\_\_

Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación
---------------------	--------------------	-----------

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

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



**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>