



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. <input type="checkbox"/>	Proof of Residency <input type="checkbox"/>	Medical Alert <input type="checkbox"/>	Speech/SpED <input type="checkbox"/>	ELL <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Su hijo alguna vez reunió los requisitos para acceder a los siguientes planes o los recibió:	un PLAN 504 ? <input type="checkbox"/>	un IEP (plan de educación individual)? <input type="checkbox"/>
¿Participó su hijo alguna vez en alguno de los siguientes programas: Title/LAP <input type="checkbox"/> para alumnos dotados <input type="checkbox"/> ELL (estudiante de idioma inglés) <input type="checkbox"/> para alumnos con problemas de habla <input type="checkbox"/>		
¿Existen instrucciones especiales sobre creencias religiosas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, proporcione la información a la escuela por escrito.		

ESCUELA ANTERIOR

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

GRUPO ÉTNICO Y RAZA

Continúe con el Formulario de recopilación de datos étnicos y raciales del estado de Washington en las dos páginas siguientes.

Formulario de recolección de datos de raza y etnia del Estado de Washington

Los distritos escolares en el estado de Washington están obligados a reportar los datos de los estudiantes por etnia y categorías raciales a la Oficina de Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías de etnia y raza son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y la OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no proporcionan información de etnia y raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Por favor, seleccione tanto la etnia como la raza. Hispano Sí o No, Si selecciona "Si", entonces seleccione cuales. A continuación, seleccione las razas que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar las razas.

Origen étnico	Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (H01)				
	Hispano:	<input type="checkbox"/> Hispano (H00) <input type="checkbox"/> Argentino (H02) <input type="checkbox"/> Boliviano (H03) <input type="checkbox"/> Brasileño (H04) <input type="checkbox"/> Chicano (Mexicano-Americano) (H05) <input type="checkbox"/> Chileno (H06) <input type="checkbox"/> Colombiano (H07) <input type="checkbox"/> Costarricense (H08)	<input type="checkbox"/> Cubano (H09) <input type="checkbox"/> Dominicano (H10) <input type="checkbox"/> Ecuatoriano (H11) <input type="checkbox"/> Guatemalteco (H12) <input type="checkbox"/> Guyanés (H13) <input type="checkbox"/> Hondureño (H14) <input type="checkbox"/> Jaiquirino (H15) <input type="checkbox"/> Mexicano (H16)	<input type="checkbox"/> Mestizo (H17) <input type="checkbox"/> Nativo (H18) <input type="checkbox"/> Nicaragüense (H19) <input type="checkbox"/> Panameño (H20) <input type="checkbox"/> Paraguayo (H21) <input type="checkbox"/> Peruano (H22) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (H23)	<input type="checkbox"/> Salvadoreño (H24) <input type="checkbox"/> Español (H25) <input type="checkbox"/> Surinamés (H26) <input type="checkbox"/> Uruguayo (H27) <input type="checkbox"/> Venezolano (H28) Otro Hispano/Latino (H29)
NATIVO DE RAZA HAWAIIANO/OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO	Nativo hawaiano/otro	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico (P00)			
	Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caroliniano (P01) <input type="checkbox"/> Chamorro (P02) <input type="checkbox"/> Chuukese (P03) <input type="checkbox"/> Fiyiano (P04) <input type="checkbox"/> i-Kiribati/Gilbertese (P05) <input type="checkbox"/> Kosraeano (P06)	<input type="checkbox"/> Maori (P07) <input type="checkbox"/> Marshallese (P08) <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano (P09) <input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu (P10) <input type="checkbox"/> Palauano (P11) <input type="checkbox"/> Papuano (P12)	<input type="checkbox"/> Pohpeiano (P13) <input type="checkbox"/> Samoano (P14) <input type="checkbox"/> Isleño Salomón (P15) <input type="checkbox"/> Tahitiano (P16) <input type="checkbox"/> Tokelauano (P17)	<input type="checkbox"/> Tonga (P18) <input type="checkbox"/> Tuvaluano (P19) <input type="checkbox"/> Yapese (P20) Otro Isleño del Pacífico P21)
RAZA NEGRA/AFROAMERICANA	Negra/Africana	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano (B00) <input type="checkbox"/> Afroamericano (B01) <input type="checkbox"/> Canadiense Africano (B02) <input type="checkbox"/> Otro Negro/Africano (C02)			
	Caribeña	<input type="checkbox"/> Anguila (B03) <input type="checkbox"/> Antigua (B04) <input type="checkbox"/> Bahamas (B05) <input type="checkbox"/> Barbacán (B06) <input type="checkbox"/> Bartolomé/Bartolomé (San Bartolomé) (B07) <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes Británica (B08)	<input type="checkbox"/> Caimán (Isla Caimán) (B09) <input type="checkbox"/> Cubano (B10) <input type="checkbox"/> Dominicano (Rep. Dominicana) (B11) <input type="checkbox"/> Antillas Holandesas (B12)	<input type="checkbox"/> Granadino (B13) <input type="checkbox"/> Guadalupeño (B14) <input type="checkbox"/> Haitiano (B15)	<input type="checkbox"/> Jaiquirino (B16) <input type="checkbox"/> Martiniquais/Martiniquaise (B17) <input type="checkbox"/> Montserratian (B18) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (B19) Otro Caribeño (B20)
	Centro Africana	<input type="checkbox"/> Angoleño (B21) <input type="checkbox"/> Camerunés (B22) <input type="checkbox"/> Centrafricano (Rep. Africana Central) (B23) <input type="checkbox"/> Chadiano (B24)	<input type="checkbox"/> Congoleño (Rep. del Congo) (B25) <input type="checkbox"/> Congoleño (República Democrática del Congo) (B26) <input type="checkbox"/> Guinea Ecuatorial (B27) <input type="checkbox"/> Gabonés (B28)	<input type="checkbox"/> Santo Tomén (B29) <input type="checkbox"/> Príncipe (B30) Otro Centro-Africano (B31)	
	África oriental	<input type="checkbox"/> Burundiano (B32) <input type="checkbox"/> Comorano (B33) <input type="checkbox"/> Djiboutiano (B34) <input type="checkbox"/> Eritreano (B35) <input type="checkbox"/> Etiopio (B36) <input type="checkbox"/> Keniano (B37)	<input type="checkbox"/> Malgaga (Madagascar) (B38) <input type="checkbox"/> Malawiano (B39) <input type="checkbox"/> Mauritano (Mauricio) (B40) <input type="checkbox"/> Mahoran (Mayotte) (B41) <input type="checkbox"/> Mozambiqueño (B42) <input type="checkbox"/> Reunionese (B43)	<input type="checkbox"/> Ruanda (B44) <input type="checkbox"/> Seychellés (B45) <input type="checkbox"/> Somalí (B46) <input type="checkbox"/> Sudanes del Sur (B47) <input type="checkbox"/> Sudanes (B48) <input type="checkbox"/> Ugandés (B49)	<input type="checkbox"/> Tanzano (Rep. Unida de Tanzania) (B50) <input type="checkbox"/> Zambiano (B51) <input type="checkbox"/> Zimbabue (B52) Otro África oriental (B53)
	Latinoamericana	<input type="checkbox"/> Argentino (B54) <input type="checkbox"/> Beliceño (B55) <input type="checkbox"/> Boliviano (B56) <input type="checkbox"/> Brasileño (B57) <input type="checkbox"/> Chileno (B58) <input type="checkbox"/> Colombiano (B59) <input type="checkbox"/> Costarricense (B60)	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano (B61) <input type="checkbox"/> Salvadoreño (B62) <input type="checkbox"/> Isleño de las Malvinas (B63) <input type="checkbox"/> Guyana Francesa (B64) <input type="checkbox"/> Guatemalteco (B65) <input type="checkbox"/> Guyanés (B66) <input type="checkbox"/> Hondureño (B67)	<input type="checkbox"/> Mexicano (B68) <input type="checkbox"/> Nicaragüense (B69) <input type="checkbox"/> Panameño (B70) <input type="checkbox"/> Paraguayo (B71) <input type="checkbox"/> Peruano (B72) <input type="checkbox"/> Islas Sándwich S. Georgia/S. (B73) <input type="checkbox"/> Surinamés (B74)	<input type="checkbox"/> Uruguayo (B75) <input type="checkbox"/> Venezolano (B76) Otro Latinoamericano (B77)
	África del Sur	<input type="checkbox"/> Botswanan (B78) <input type="checkbox"/> Mosotho (Lesotho) (B79)	<input type="checkbox"/> Namibia (B80) <input type="checkbox"/> Sudafricano (B81)	<input type="checkbox"/> Swazi (B82) Otro África del Sur (B83)	
	África Occidental	<input type="checkbox"/> Beninés (B84) <input type="checkbox"/> Bissau-Guinean (B85) <input type="checkbox"/> Burkinabé (Burkina Faso) (B86) <input type="checkbox"/> Cabo Verdeño (B87) <input type="checkbox"/> Marfileño (Cote d'Ivoire) (B88)	<input type="checkbox"/> Gambiano (B89) <input type="checkbox"/> Ghanés (B90) <input type="checkbox"/> Liberiano (B91) <input type="checkbox"/> Malí (B92)	<input type="checkbox"/> Mauritano (B93) <input type="checkbox"/> Nigem (Niger) (B94) <input type="checkbox"/> Nigeriano (Nigeria) (B95) <input type="checkbox"/> Saint Helenian (B96)	<input type="checkbox"/> Senegalés (B97) <input type="checkbox"/> Sierra Leona (B98) <input type="checkbox"/> Togolés (B99) Otro África Occidental (C01)

Formulario de recolección de datos de raza y etnia del Estado de Washington

Los distritos escolares en el estado de Washington están obligados a reportar los datos de los estudiantes por etnia y categorías raciales a la Oficina de Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) del estado. Las categorías de etnia y raza son establecidas por el gobierno federal, la Legislatura del Estado de Washington y la OSPI. Si los padres, tutores o estudiantes no proporcionan información de etnia y raza, los distritos son responsables de asignar categorías basadas en la observación. Por favor, seleccione tanto la etnia como la raza. Hispano Sí o No, Si selecciona "Sí", entonces seleccione cuales. A continuación, seleccione las razas que puedan aplicarse. Asegúrese de notar las categorías en negrita antes de seleccionar las razas.

RAZA-INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA	American Indian/Alaskan	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (N00)	<input type="checkbox"/> Otro Nativo de Alaska (N36)	<input type="checkbox"/> Otro Indio Americano (N37)
	Tribus del estado de Washington	<input type="checkbox"/> Tribu Chinook (N01) <input type="checkbox"/> Tribus confederadas y bandas 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 india Hoh (N07) <input type="checkbox"/> Tribu Jamestown S'Klallam (N08) <input type="checkbox"/> Comunidad India Kalispel/Reservación Kalispel (N09) <input type="checkbox"/> Nación india Kikiallus (N10) <input type="checkbox"/> Comunidad Tribal de Lower 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 Tribu Nooksack (N14) <input type="checkbox"/> Tribu india Muckleshoot (N15) <input type="checkbox"/> Tribu india Nisqually (N16) <input type="checkbox"/> Tribu india 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"/> India Quinault (N21) <input type="checkbox"/> Nación India Samish (N22) <input type="checkbox"/> Tribu india 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 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 India 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-ASIÁTICA	Asiática	<input type="checkbox"/> Asiática (A00) <input type="checkbox"/> Indio Asiático (A01) <input type="checkbox"/> Bangladesí (A02) <input type="checkbox"/> Butaneses (A03) <input type="checkbox"/> Birmano/Myanmar (A04) <input type="checkbox"/> Camboyano/Jemer (A05) <input type="checkbox"/> Cham (A06) <input type="checkbox"/> Chino (A07)	<input type="checkbox"/> Filipino (A08) <input type="checkbox"/> Hmong (A09) <input type="checkbox"/> Indonesio (A10) <input type="checkbox"/> Japonés (A11) <input type="checkbox"/> Coreano (A12) <input type="checkbox"/> Lao (A13) <input type="checkbox"/> Malasia (A14) <input type="checkbox"/> Mien (A15)	<input type="checkbox"/> Mongol (A16) <input type="checkbox"/> Nepalí (A17) <input type="checkbox"/> Okinawa (A18) <input type="checkbox"/> Pakistaní (A19) <input type="checkbox"/> Punjabi (A20) <input type="checkbox"/> Singapurense (A21) <input type="checkbox"/> Sri Lanka (A22) <input type="checkbox"/> Taiwanés (A23)
		<input type="checkbox"/> Tailandés (A24)	<input type="checkbox"/> Tibetano (A25)	<input type="checkbox"/> Vietnamita (A26)
RAZA BLANCA	Blanca	<input type="checkbox"/> Blanca (W00)	<input type="checkbox"/> Otro Blanca (W36)	
	Europa del Este	<input type="checkbox"/> Bosnio (W01) <input type="checkbox"/> Herzegoviniano (W02)	<input type="checkbox"/> Polaco (W03) <input type="checkbox"/> Rumano (W04)	<input type="checkbox"/> Ruso (W05) <input type="checkbox"/> Ucraniano (W06)
	Oriente Medio y el norte de África	<input type="checkbox"/> Argelino (W08) <input type="checkbox"/> Amazigh o Bereber (W09) <input type="checkbox"/> Árabe (W10) <input type="checkbox"/> Asirio (W11) <input type="checkbox"/> Bahrein (W12) <input type="checkbox"/> Beduino (W13) <input type="checkbox"/> Caldeo (W14) <input type="checkbox"/> Copto (W15)	<input type="checkbox"/> Druze (W16) <input type="checkbox"/> Egipcio (W17) <input type="checkbox"/> Emiratos (W18) <input type="checkbox"/> Iraní (W19) <input type="checkbox"/> Iraquí (W20) <input type="checkbox"/> Israelí (W21) <input type="checkbox"/> Jordano (W22) <input type="checkbox"/> Kuwaití Kurdo (W23)	<input type="checkbox"/> Libanés (W24) <input type="checkbox"/> Libio (W25) <input type="checkbox"/> Marroquí (W26) <input type="checkbox"/> Omán (W27) <input type="checkbox"/> Palestino (W28) <input type="checkbox"/> Qatari (W29) <input type="checkbox"/> Arabia Saudita (W30) <input type="checkbox"/> Sirio (W31)

Firma de Padres/Tutores _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Recibido por _____ Fecha _____



**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.

Nombre del alumno:	Grado:	Fecha:
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____		
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. 1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____	
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.	2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ___ No ___ No sé ___	
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: <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. <i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i>	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___ Sí ___ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año	

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

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

FAMILIA

DOMICILIO PRINCIPAL (del padre/de la madre/del tutor donde reside el alumno)			Números de teléfono (c/código de área)			Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓		
1. <u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____			Particular					
Correo electrónico			Trabajo					
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> 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: _____		
2. <u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____			Números de teléfono (c/código de área)			Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓		
Correo electrónico			Particular					
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____			Trabajo					
Dirección de residencia			Celular					
Dirección postal (si es distinta)			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Idioma: _____		
Calle			Dpto. n.º			Ciudad		
Calle o casilla postal			Dpto. n.º			Estado		
						CP		
DOMICILIO SECUNDARIO			Números de teléfono (c/código de área)			Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓		
1. <u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____			Particular					
Correo electrónico			Trabajo					
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> 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: _____		
2. <u>Apellido</u> _____ <u>Nombre</u> _____			Números de teléfono (c/código de área)			Marque el n.º que se debe llamar 1.º ↓		
Correo electrónico			Particular					
Relación con el alumno: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____			Trabajo					
Dirección de residencia			Celular					
Dirección postal (si es distinta)			¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Idioma: _____		
Calle			Dpto. n.º			Ciudad		
Calle o casilla postal			Dpto. n.º			Estado		
						CP		
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>Condiciones que ponen en peligro la vida: (SE REQUIERE plan de atención)</p> <p>EG <input type="checkbox"/> Anafilaxis (Epi-pen recetado) Alérgeno(s):</p> <p>EK <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Convulsiones - (Se requieren medicamentos de emergencia)</p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma grave <input type="checkbox"/> Otro padecimiento que ponga en peligro la vida:</p> <p>Congénito/genético</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>Sanguíneo/Hematología</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>Cardíaco/corazón</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>Alergia, inmune, endocrinos, metabólico y nutricional</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>Gastrointestinal, dental y oral</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>Musculoesquelético</p> <p>MC <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide/idiopática juvenil <input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p>Cáncer/tumor</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>	<p>Sistema nervioso</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>Trasplante</p> <p>OD <input type="checkbox"/> Lista de órganos:</p> <p>Salud mental o del comportamiento</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>Respiratorio/respiración</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>Piel</p> <p>SB <input type="checkbox"/> Eccema, dermatitis de contacto o psoriasis <input type="checkbox"/> Otro padecimiento de la piel:</p> <p>Renal/riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p> <p>Oído/audición</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>Ojo/visión</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>Otros problemas de salud:</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor, enumérelos:</p>
--	---

OC **No se conocen problemas de salud.**

Escriba sus iniciales _____



Nombre 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Por favor, enumérelos:
¿Se necesitan medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Por favor, enumérelos:
Complete la documentación REQUERIDA para los medicamentos en la escuela.	
<i>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.</i>	

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

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.

O

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.

O

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

O

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

O

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.)

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>	<u>Dirección</u>		<u>N.º de teléfono</u>

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.

Elija una opción	<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 _____



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.)

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)

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

Marque la casilla y ponga sus iniciales: Inicial: _____

El estudiante vive con un padre o tutor legal.

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

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO _____

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

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

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

Devuelva este formulario contestado a:

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