



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

FECHA: \_\_\_\_\_

No escribir en el área sobrada, solo para uso interno

Otra ID del estudiante	Escuela	N.º de aula	N.º de casillero	Ruta del autobús AM PM
------------------------	---------	-------------	------------------	---------------------------

Marque aquí si recientemente ha registrado estudiantes en otra escuela o si tiene/tendrá otros estudiantes que asisten a otra escuela dentro de nuestro distrito.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellido legal</b>		<b>Nombre legal</b>		<b>Segundo nombre legal</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)</b>
<b>EXPRESIÓN DE GÉNERO</b>	<b>NOMBRE ANTERIOR DEL REGISTRO</b>	<b>NIVEL DE GRADO</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO/PAÍS DE NACIMIENTO</b>		
<b>RESIDENTE DEL DISTRITO:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<b>IDIOMA DEL HOGAR:</b> <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____			
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) calificó o se inscribió en un programa de educación especial (special education program, IEP)?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) calificó para o ha tenido un Plan 504?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) participó en un programa de apoyo académico (por ejemplo, Título, LAP)?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) participó en programas académicos avanzados, dotados y talentosos o altamente capacitados?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) se inscribió en un programa de Inglés como segundo idioma (EL)?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) fue retenido?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alquila/es dueño de su propia casa?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>HOGAR 1</b> (Tutor principal - padre/madre/tutor con el cual reside el estudiante) <i>Apellido</i> <i>Nombre</i>	<b>HOGAR 1 - Teléfono principal</b> <i>Incluir el código de área</i>	<b>EL ESTUDIANTE VIVE CON:</b> (marcar uno por tutor)
Correo electrónico:	<b>Tutor principal - 2do teléfono</b>	<input type="checkbox"/> Madre
¿Asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> celular _____	<input type="checkbox"/> Padre
<b>HOGAR 1</b> (Tutor secundario - padre/madre/tutor con el cual reside el estudiante) <i>Apellido</i> <i>Nombre</i>	<input type="checkbox"/> laboral _____	<input type="checkbox"/> Madrastra
Correo electrónico:	<b>Tutor secundario - 2do teléfono</b>	<input type="checkbox"/> Padrastro
¿Asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> celular _____	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
	<input type="checkbox"/> laboral _____	<input type="checkbox"/> Tutor
		<input type="checkbox"/> Solo
		<input type="checkbox"/> Acogida
		<input type="checkbox"/> Agencia
		<input type="checkbox"/> Otro _____

**DIRECCIÓN DEL RESIDENTE** (dirección física) *Calle/Apartado Postal* *N.º apto.* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

**DIRECCIÓN POSTAL** (si difiere de la dirección física) *Calle/Apartado Postal* *N.º apto.* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

<b>HOGAR 2</b> (Tutor principal - padre/madre/tutor con el cual reside el estudiante) <i>Apellido</i> <i>Nombre</i>	<b>HOGAR 1 - Teléfono principal</b> <i>Incluir el código de área</i>	<b>EL ESTUDIANTE VIVE CON:</b> (marcar uno por tutor)
Correo electrónico:	<b>Tutor principal - 2do teléfono</b>	<input type="checkbox"/> Madre
¿Asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> celular _____	<input type="checkbox"/> Padre
<b>HOGAR 2</b> (Tutor secundario - padre/madre/tutor con el cual reside el estudiante) <i>Apellido</i> <i>Nombre</i>	<input type="checkbox"/> laboral _____	<input type="checkbox"/> Madrastra
Correo electrónico:	<b>Tutor secundario - 2do teléfono</b>	<input type="checkbox"/> Padrastro
¿Asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> celular _____	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)
	<input type="checkbox"/> laboral _____	<input type="checkbox"/> Tutor
		<input type="checkbox"/> Solo
		<input type="checkbox"/> Acogida
		<input type="checkbox"/> Agencia
		<input type="checkbox"/> Otro _____

**DIRECCIÓN DEL RESIDENTE** (dirección física) *Calle/Apartado Postal* *N.º apto.* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

**DIRECCIÓN POSTAL** (si difiere de la dirección física) *Calle/Apartado Postal* *N.º apto.* *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

¿Existe un plan de custodia compartida o de padres vigente?  Sí  No (Si la respuesta es Sí, el plan debe estar en el expediente de la escuela para su cumplimiento)

¿Existe alguna Orden de restricción vigente?  Sí  No (Si la respuesta es Sí, los documentos legales deben estar en el expediente de la escuela para su cumplimiento)

La Orden de restricción es en contra de el/la  Madre  Padre  Otro:

¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) asistió a una escuela del estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, incluya el nombre de las escuelas y distritos)	
¿Su hijo(a) <b>alguna vez</b> asistió a las Escuela de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, nombre las escuelas a las que asistió)	Fecha en la que asistió:
Última escuela a la que asistió anteriormente (Nombre de la escuela)	Nombre del distrito anterior
Dirección de la escuela anterior Calle/Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal	
¿ <b>Alguna vez</b> su hijo(a) ha sido referido bajo la Ley de Ausentismo Escolar del Estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Incluir otros hermanos				
Apellido	Nombre	Escuela	Grado	Edad

Cuando se producen lesiones, enfermedades u otras situaciones que no son de emergencia que involucran a su hijo(a), queremos poder llegar rápidamente a las familias u otros adultos responsables. En caso de que no podamos comunicarnos con un padre/madre/tutor, incluya a las personas de su confianza que estén disponibles en el **área local** durante el día para brindar atención a su hijo(a).

N.º de contacto de emergencia 1 (diferente al padre/madre/tutor)		N.º de contacto de emergencia 2 (diferente al padre/madre/tutor)	
Apellido legal	Nombre legal	Apellido legal	Nombre legal
Relación con el estudiante:		Relación con el estudiante:	
Teléfono N.º 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral		Teléfono N.º 1 (con código de área) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
Teléfono N.º 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral		Teléfono N.º 2 (con código de área) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral	
¿Esta persona asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Esta persona asistió a las Escuelas de Mossyrock? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

**TRANSPORTE:** Las Escuela de Mossyrock brindan servicio de autobús hacia y desde el domicilio de su hogar dentro de los límites de la escuela en la cual está inscrito. Si se recogerá/dejará a su hijo(a) en un lugar que no sea la residencia actual dentro del límite de la escuela en la cual está inscrito(a), solicite el Formulario de guardería/transporte alternativo.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EMERGENCIAS:** Entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para contactar al padre/madre/tutor inmediatamente. Si no se puede contactar al padre/madre/tutor, autorizo a las autoridades escolares a obtener atención de emergencia para mi hijo(a).

**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR AL ESTUDIANTE:** En el caso de que la escuela no pueda comunicarse con el padre/madre/tutor, autorizo que se pueda entregar mi hijo(a) a las personas mencionadas anteriormente.

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** la información en este formulario es verdadera y precisa a partir de esta fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de revocación de la inscripción o asignación del estudiante a una escuela en las Escuela de Mossyrock.

**COMUNICACIÓN TELEFÓNICA POR PARTE DEL DISTRITO:** entiendo que el distrito usará el contacto telefónico de los tutores para avisos escolares automatizados e información de emergencia.

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Certificado de Estado de Vacunación

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

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

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

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

<b>Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)</b>		
If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.		
I certify that the child named on this CIS has:		
<input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.		
<input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) b 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, solicíteles que impriman 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.myr.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 próxima dosis 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/ter ms/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	Tenivac	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		



## Información de salud

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Maestra \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos:

#### Alergias

Nueces  Abejas  Alimentos (especificar \_\_\_\_\_)  Estacional

Otro \_\_\_\_\_

¿Busca atención médica para esta alergia?  Sí  No

¿Se requiere Epi Pen?  Sí  No

#### Asma

Medicamentos:  Inhalador  Nebulizador  Otro (especificar \_\_\_\_\_)

¿Internación por asma?  Sí  No

Si la respuesta es sí Cuándo: \_\_\_\_\_

#### Diabético

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Insulinodependiente  Sí  No

Insulina administrada mediante:  Lapicera  Bomba  Jeringa

¿Se han completado pedidos actuales de HCP para estudiantes en el estado de WA?  Sí  No

Marcar si se le ha diagnosticado una atención médica provista para:

Condición cardíaca

Trastorno convulsivo

Enfermedad renal

Infecciones frecuentes de oídos/canales

Migrañas

TDA/TDAH

Incapacidad física

Dificultades del habla

Condiciones ortopédicas

Eccema

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

¿Se necesitan medicamentos para alguna condición?: ¿En el hogar?  Sí  No ¿En la escuela?  Sí  No

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

*Todos los medicamentos, de venta libre y recetados (es decir, Tylenol, Advil, pastillas para la tos), requieren una orden del médico para administrarlos en la escuela.*

Lista de cirugías, lesiones, hospitalizaciones o enfermedades prolongadas	Fechas

Actividad física recomendada (marcar una):  Actividad completa  Actividad modificada/restringida

En caso de restricciones, explicar: \_\_\_\_\_

Marcar todas las que correspondan para su hijo:  Anteojos  Lentes de contacto  Audífonos

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

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
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.**

<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 _____		
<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.	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? _____	
<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.	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 ___	
<b>Educación previa</b> Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <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.





## Se requiere información sobre etnicidad y raza

Existen nuevos requisitos del gobierno federal para recopilar información sobre Etnicidad y Raza para todos los estudiantes. En lugar de elegir solo una raza, los padres ahora pueden seleccionar múltiples categorías raciales para sus hijos. Otra adición es una categoría de etnia aparte de la raza.

El Departamento de Educación de los EE. UU. desarrolló estas nuevas categorías para proporcionar una imagen más precisa de la diversidad étnica y racial de la nación.

### ¿Cómo se utilizará esta información?

Protegeremos su privacidad. Esta información se mantendrá en los expedientes de los estudiantes, que está protegida por ley (FERPA). No se informa a ninguna agencia federal de manera que lo identifique a usted ni a su estudiante. Reportamos esta información para su financiación y evaluación, así como para el cumplimiento de los derechos civiles. También utilizamos datos étnicos y raciales para evaluar las necesidades de instrucción, de modo que podamos proporcionar la mejor educación para todos los estudiantes. Todos los distritos del estado reportan esta información a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI). Se requiere que la OSPI informe el número *total* de estudiantes en varias categorías, pero NO informa datos individuales de estudiantes.

### ¿Qué sucede si no actualizo la información de mi hijo(a)?

Se requiere que las Escuelas Comunitarias de Yelm recopilen los nuevos datos de etnicidad y raza. Los estudiantes que no brinden la información pasarán por defecto a "No hispano/latino" y "Blanco" hasta que se reciba información actualizada.

### ¿Por qué se requiere identificación tanto étnica como racial?

Los requisitos federales separan el origen étnico y la raza. Debido a que las personas hispanas pueden ser de diferentes razas, el gobierno está tratando de proporcionarles a las personas hispanas y latinas una mejor manera de describirse a sí mismas.

### Etnicidad - dos opciones:

- Hispano/Latino (*una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana o centroamericana o de otra cultura española, independientemente de su raza*)
- No hispano/latino

### Raza - múltiples categorías y subcategorías (57 opciones): Marcar todas las que correspondan.

- Si su familia es asiática, ahora podrá incluir a su hijo(a) como chino, japonés o perteneciente a uno o más de los otros grupos asiáticos.
- Si su familia es nativa americana, podrá incluir la afiliación tribal de su hijo(a).
- Si uno de los padres se identifica con una raza y el otro padre con otra, podrá verificar ambas razas para su hijo(a).

### ¿Qué sucede si no estoy seguro de qué categoría elegir?

Los siguientes ejemplos se extraen del sitio web del Superintendente de Instrucción Pública del estado solo como una guía. Se alienta a los padres a usar su propio criterio al categorizar la raza de sus hijos.

Estudiantes cuyas familias sean de:	Pueden considerarse:
Croacia, Francia, Italia, Grecia, Noruega, Rusia, Serbia, Suecia, Ucrania u otros países europeos	Blanco
Afganistán, Egipto, Israel, Irán, Iraq, Jordania, Líbano, Palestina, Arabia Saudita, Siria, Turquía, Yemen u otros países del Medio Oriente	Blanco
Argelia, Egipto, Marruecos, Túnez u otros países del norte de África	Blanco
Haití, Jamaica, Etiopía, Eritrea, Nigeria, Somalia, Sudán u otros países de las Indias Occidentales o África	De color
Mongolia, Myanmar, Nepal, Punjab, Sri Lanka u otros países asiáticos	Otro asiático
Los pueblos indígenas de Australia, Nueva Zelanda, Nueva Guinea u otras islas del Pacífico.	Otro Isleño del Pacífico
Los pueblos indígenas del Norte, Centro, Sur o América Latina (aquellos que no eligen una de las 28 tribus estatales reconocidas federalmente)	Otro amerindio

### Para más información ...

Si tiene preguntas sobre el formulario de recolección, comuníquese con su escuela. Para obtener más información sobre las categorías de informes de datos de estudiantes, consulte <http://www.k12.wa.us/CEDARS/default.aspx>.



# Formulario de recolección de datos sobre etnicidad y raza

Si los datos son los mismos para todos los estudiantes de una familia, solo se necesita un formulario para toda la familia. Si no, se necesita un formulario para cada estudiante.

Nombre del estudiante	Grado	Escuela

## CONTESTE LAS PREGUNTAS 1A O 1B Y LA PREGUNTA 2

**PREGUNTA 1. A.** El estudiante no es hispano/latino

**NO** hispano/latino

**PREGUNTA 1. B.** ¿Es su hijo(a) de origen hispano o latino? (si es así, marcar todas las que correspondan)

- Cubano
- Dominicano
- Español
- Puertorriqueño
- Mexicano/Mexicoamericano/Chicano

- Centroamericano
- Sudamericano
- Latinoamericano
- Otro origen hispano/latino

**PREGUNTA 2.** ¿De qué raza(s) considera a su hijo(a)? (Marcar todas las que correspondan)

- Afroamericano/De color
- Blanco
- Indio asiático
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Nativo de Hmong
- Indonesio
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Malayo
- Pakistani
- Singapurense
- Taiwanés
- Vietnamita
- Otro origen asiático

- Hawaiano
- Fiyiano
- Guamaniano o Chamorro
- Nativo de las Islas Marianas
- Melanesio
- Micronesio
- Samoano
- Tongano
- De otra isla del Pacífico
- Nativo de Alaska
- Chehalis
- Colville
- Cowlitz
- Hoh
- Jamestown
- Kalispel
- Lower Elwha
- Lummi
- Makah
- Muckleshoot

- Nisqually
- Nooksack
- Port Gamble Klallam
- Puyallup
- Quileute
- Quinalt
- Samish
- Sauk-Suiattle
- Shoalwater
- Skokomish
- Snoqualmie
- Spokane
- Isla Squaxin
- Stillaguamish
- Suquamish
- Swinomish
- Tailandés
- Tulalip
- Upper Skagit
- Yakama
- Otros nativos indígenas del estado de Washington
- Otros amerindios





## Situación militar familiar

La Legislatura del Estado de Washington ha ordenado que los distritos escolares recopilen información de cada estudiante en nuestras escuelas sobre el servicio militar como se indica en el RCW **28A.300.505**. Esto puede requerir que una familia complete el formulario más de una vez.

### Seleccionar una:

- Sí, un padre/madre/tutor es un miembro actual de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. en servicio activo.
- Sí, un padre/madre/tutor es un miembro actual de la Guardia Nacional de Washington.
- Sí, actualmente más de un padre/madre o tutor es miembro en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o de la Guardia Nacional de Washington.
- Sí, un padre/madre/tutor es un miembro actual de las reservas Fuerzas Armadas de los EE. UU.
- Ningún padre/madre o tutor sirve actualmente como miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., de las Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o de la Guardia Nacional de Washington.
- Sin respuesta/Se niega a declarar.

Nombre del estudiante (en imprenta): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo(a) al momento de la inscripción. ¡Gracias!**

Esta información también se puede ingresar o actualizar en cualquier momento a través de Skyward Family Access.

Si no ha recibido su contraseña, solicite acceso a su cuenta al personal de la oficina de su escuela



## Formulario de divulgación disciplinaria

Las Escuela de Mossyrock se comprometen a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro para todos sus estudiantes.

Reconocemos y apoyamos las medidas disciplinarias de otros distritos escolares. Por lo tanto, no admitiremos a ninguna persona que haya sido expulsada de un distrito escolar o que esté actualmente bajo suspensión a largo plazo. Si los antecedentes penales o el historial de comportamiento delictivo de un estudiante llegan a la atención de la administración de la escuela sin una divulgación voluntaria previa en el momento de la admisión, se puede dar de baja de la escuela.

Responda a las siguientes declaraciones sobre el estudiante mencionado a continuación, proporcionando información donde se indique:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela anterior: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Expulsión:

- No ha sido expulsado(a) de un distrito escolar  
 Ha sido expulsado(a) de un distrito escolar

Nombre del distrito: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
Motivo de la expulsión: \_\_\_\_\_

### Suspensión:

- No ha sido suspendido(a) a largo plazo de un distrito escolar  
 Ha sido suspendido(a) a largo plazo de un distrito escolar

Nombre del distrito: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
Motivo de la suspensión: \_\_\_\_\_

### Antecedentes penales:

- No tiene antecedentes penales  
 Tiene antecedentes penales  
Fecha(s) de la(s) condena(s): \_\_\_\_\_  
 Tengo un oficial de libertad condicional

Nombre del oficial: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Asistencia:

- Actualmente no está incluido(a) bajo el proyecto de ley BECCA  
 Actualmente está incluido(a) bajo el proyecto de ley BECCA

**Certifico que he sido sincero en mis respuestas. Entiendo que dar información falsa puede ser motivo de cancelación de la inscripción de las Escuela de Mossyrock.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante solicitante (en imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (obligatoria si tiene 18 años de edad o mayor)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor del solicitante



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

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

### SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

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

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

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

(B) incluye a —

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

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

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

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

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

### Recursos adicionales

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

[National Center for Homeless Education](#)

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



# Solicitud para divulgar registros estudiantiles

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) alguna vez asistió a las Escuela de Mossyrock?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué escuelas? \_\_\_\_\_

## Escuela anterior a la que asistió:

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma del tutor: \_\_\_\_\_

*Los siguientes elementos deben ser completados por las Escuela de Mossyrock*

**Secretario de la escuela anterior:** envíe los registros de archivos permanentes completos, incluidos los elementos enumerados a continuación a:

Distrito de Escuela de Mossyrock  
Attn: \_\_\_\_\_  
PO Box 478  
Mossyrock, WA 98654

Teléfono: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_

- Transcripción/Boletines de calificaciones/Grados de retiros
- Puntajes de prueba (informes de puntaje individual estatal)
- Registros de salud/inmunización
- Registros de asistencia
- Registros disciplinarios
- Registros 504 (si corresponde)
- Registros de Educación Especial (si corresponde)
  - IEP y evaluación  
(Disponibilidad de transferencia de archivos en línea de IEP)
  - Evaluaciones funcionales de conducta
  - Planes de intervención conductual

*Según RCW 28A.225.330, la subsección (2) también incluye los registros de disciplina confidenciales del estudiante mencionado anteriormente que incluyen el historial de medidas disciplinarias, el historial de comportamiento violento o el comportamiento enumerado en RCW 13.04.155. De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) (Código de los EE. UU.: Título 20, Sección 123g, a(6) 1B), no es necesario obtener el consentimiento por escrito para divulgar los registros. Los funcionarios escolares en los sistemas escolares en los que el estudiante tiene la intención de inscribirse pueden recibir el registro del estudiante sin el consentimiento por escrito para dicha divulgación.*

### Para uso interno:

Fecha de envío de la solicitud: (correo) \_\_\_\_\_ (fax) \_\_\_\_\_ (solicitud electrónica) \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de los registros: \_\_\_\_\_

