

Bienvenidos a la Inscripción de Kindergarten

Los niños que ingresan al kindergarten en el otoño deben tener **5** años antes de la medianoche del 31 de agosto



Padres / familias de Kindergarten

A continuación se encuentra **el paquete de inscripción completa** para el kindergarten de Everett Public Schools (EPS).

Por favor complete y entregue este paquete con la documentación requerida a la escuela de origen de su estudiante.

Para un proceso más fácil y rápido, puede completar la inscripción de su estudiante en línea, escanear y cargar la documentación.

Para **inscribirse en línea**, visite: www.everettsd.org/kindergartenenrollment, seleccione el idioma y haga clic en el botón correspondiente:

ENROLL ONLINE

INSCRIBIRSE EN LÍNEA

Зарегистрироваться онлайн

ĐĂNG KÝ TRỰC TUYẾN

Si actualmente **tiene a un estudiante inscrito en EPS**, inicie session en su [Home Access Center](#) para completar y enviar la inscripción en línea de su estudiante de kindergarten. Para obtener ayuda, envíe un correo electrónico o: imsstaff@everettsd.org.

Families with Current Students



You can log in through [Home Access Center](#) to start New Student Enrollment, you can access the application forms using the Enroll New Student button at the top right of your screen.

Log into Home Access Center by clicking the Info Icon.

Los siguientes son los **documentos necesarios** para garantizar la aprobación de la inscripción de su estudiante: se le enviará un correo electrónico de confirmación cuando se envíen la información y los documentos requeridos

- o Prueba de la edad de su hijo: certificado de nacimiento, pasaporte, registro de adopción o cualquier otro documento permitido por la ley
- o Prueba de domicilio actual: una factura de servicios públicos reciente, contrato de alquiler, póliza de seguro a su nombre/dirección
- o Registro de vacunas (debe proporcionarse antes del programa Everett Ready si su estudiante asistirá en Agosto)
- o Si corresponde, cargue cualquier prueba de tutela, plan de salud, plan de crianza u orden judicial que el personal de su escuela necesite ser consciente de.

Si la inscripción se presenta con información o documentación faltante, el gerente de la oficina de la escuela le enviará un correo electrónico para informarle sobre cualquier discrepancia. Póngase en contacto con la escuela para cualquier asistencia o seguimiento: www.everettsd.org, haga clic en 'Nuestras escuelas' (en la esquina superior derecha), seleccione su escuela para la dirección, número de contacto

Para encontrar la escuela de origen de su estudiante, visite: www.everettsd.org/busroutes, haga clic en 'Buscar la ruta de mi escuela', seleccione el grado 'KK' e ingrese su dirección de residencia. Para obtener ayuda, comuníquese directamente con el Departamento de Transporte al 425-385-4144.

Para obtener información sobre los [EPS choice programs](#), visite el sitio web o comuníquese directamente con la escuela:

- o **Programa de Inmersión Dual en Español** - Emerson & Silver Lake Elementary Schools -teléfono: 425-385-6200 & 425-385-6900
- o **Port Gardner Parent Partnership** - Port Gardner -teléfono: 425-385-5150 -
- o **The Lighthouse Elementary Cooperative** - Jefferson Elementary School -teléfono: 425-385-7400 -

En EPS, kindergarten comienza con **Everett Ready**, un programa de una semana que se lleva a cabo en Agosto y está diseñado para ayudar a su estudiante en la transición exitosa al kindergarten. Reserve el lugar de su estudiante en **Everett Ready** registrándose en el formulario que se proporciona a continuación o www.everettsd.org/everettready.

GET READY FOR
KINDERGARTEN

Gracias por completar la inscripción de su estudiante.

¡Esperamos conocerlo a usted y a su estudiante para un emocionante año de kindergarten!

Este formulario necesita ser llenado por los padres/tutores legales Las familias se quedan con la porción superior del formulario y entregan la de abajo a la oficina escolar cuando envíen el paquete de inscripción al Kínder.



EVERETT READY



¡El Kínder en las Escuelas Públicas de Everett inicia con el programa **Everett Ready**! Este programa está diseñado para ayudar a los estudiantes a que hagan con éxito su transición al kínder.

Los niños participan en un programa de cuatro días por las mañanas diseñado para:

- Introducirlos a sus nuevas escuelas y familiarizarlos con el plantel escolar.
- Que conozcan a sus maestros y compañeros de clases.
- Aprendan las rutinas y procedimientos antes de que inicien el año escolar.

Fecha y hora: **Lunes, agosto 18 – Jueves, agosto 21, 2025** por **3 horas** por las mañanas.

Lugar: La escuela a la que su hijo/hija ha sido inscrito para asistir el kínder.

Transporte: Se proporciona transporte por autobús escolar si es elegible. La información de las rutas y paradas del autobús serán enviadas a las familias el mes de agosto.

Comidas: Se proporcionarán refrigerios/snacks, pero los estudiantes deberán haber desayunado antes de llegar a la escuela. Y llegarán devuelta a sus hogares para la hora del almuerzo.

Juntas con las familias: Se realizará una junta con las familias en cada una de las escuelas mientras los estudiantes están participando del programa **Everett Ready**. La hora y fecha será comunicada hasta la primavera. Asegúrese de asistir para que pueda aprender más sobre la escuela de su hijo/hija y para que conozca a otras familias de su comunidad.

Por favor llene el siguiente formulario y regréselo a la oficina de su escuela para reservar el espacio de su hijo/hija a **Everett Ready.**

www.everettsd.org/everettready



EVERETT READY



Lunes, agosto 18 – Jueves, agosto 21, 2025

Nombre de estudiante (con letra de molde): _____ Escuela: _____

Nombre de padres/tutores (con letra de molde) _____ Teléfono: _____

Mi hijo/hija asistirá a **Everett Ready**: ☐ Sí ☐ No ☐ No sé por el momento

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

Everett Public Schools Office staff,

For students attending **Everett Ready**, provide the Student ID: _____ and email this form to EarlyLearning@everettsd.org.



Cuestionario para Kínder (Confidencial)

Pesonal de la oficina escolar: Por favor dar esta forma completa al maestro del alumno

Nombre del niño: _____
Apellido(s) Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Conociendo a su hijo:

My niño habla _____. En nuestro hogar hablamos _____
qué idiomas

Mi niño es: ☐ zurdo ☐ derecho ☐ usa ambas manos para dibujar y escribir

Mi niño tiene experiencia de preescolar: ☐ sí ☐ no

Describe la actitud de su niño sobre empezar a ir al kínder: _____

¿Qué responsabilidades personales su niño lleva a cabo?

- ☐ Se viste ☐ Abrocha sus zapatos ☐ Sube el cierre de su abrigo ☐ Pide ayuda si la necesita
☐ Abotona su abrigo ☐ Sabe su núm. telefónico ☐ Sabe su dirección ☐ Va solo al baño
☐ Responde a preguntas cuando se le pregunta ☐ Se lava las manos

¿Su niño disfruta los libros? _____

¿Con qué frecuencia usted o alguien más le lee a su niño?

- ☐ nunca ☐ con poca frecuencia ☐ 2 a 3 veces por semana ☐ una vez al día o más

Por favor marque todo lo que describa a su niño:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Un líder | ☐ Se motiva fácilmente | ☐ Buen sentido del humor |
| ☐ Callado | ☐ Cooperativo | ☐ Sensible con los demás |
| ☐ Le gusta aprender | ☐ Temeroso | ☐ Activo |
| ☐ Artístico | ☐ Se distrae con facilidad | ☐ Juega bien con los demás |
| ☐ Feliz | ☐ Un seguidor | ☐ Poco espacio de atención |
| ☐ Social | ☐ Buen autocontrol | ☐ Bromea/fastidia |
| ☐ Agresivo | ☐ Destructivo | ☐ Prefiere no ser tocado |
| ☐ Tímido | ☐ Se emociona fácilmente | ☐ Persistente en tareas difíciles |
| ☐ Inmaduro | ☐ Ansioso | ☐ Toma cosas que no son de él/ella |
| ☐ Se molesta fácilmente | ☐ Terco/aferrado | ☐ Afectivo |

Por favor marque las destrezas que usted siente que su niño ya tiene:

- | | |
|--|--|
| ☐ Escribe su nombre | ☐ Ilumina y recorta con facilidad |
| ☐ Reconoce los números 0-10 en cualquier orden | ☐ Cuenta hasta 30 |
| ☐ Cuenta hasta 10 objetos | ☐ Reconoce las letras del alfabeto en cualquier orden |
| ☐ Narra cuentos familiares | ☐ Reconoce y dibuja las figuras básicas |
| ☐ Puede concentrarse en un relato o proyecto por 5 min. | ☐ Sostiene un lápiz correctamente |
| ☐ Reconoce y expresa sus sentimientos | ☐ Participa en una conversación |
| ☐ Espera su turno | ☐ Se adapta a un entorno de grupos grandes |
| ☐ Cuenta un historia sobre otro tiempo/lugar incluyendo
Detalles y en un orden que tiene sentido | ☐ Rima las palabras |

¿Cuáles diría usted que son los intereses y fortalezas de su niño? (Por favor sea específico.)

¿Cuáles diría son las áreas de crecimiento de su niño? (Por favor sea específico.)

Necesidades individuales del niño: *Marque todo lo que aplique*

¿Ha recibido su niño servicios de educación especial en IFSP o IEP? ☐ sí ☐ no
Si responde Sí, ¿cuáles servicios recibió? _____

¿Tiene su niño problemas de salud que la escuela debería saber? (Incluyendo alergia a comidas) ☐ sí ☐ no
Si responde Sí, indique cuales _____

¿Ha habido un divorcio, muerte, enfermedad u otro cambio que pueda afectar a su niño? ☐ sí ☐ no
Por favor explique: _____

¿Hay algún documento legal o plan de crianza que debe ponerse en el expediente escolar? ☐ sí ☐ no
Si responde que Sí, indique que _____

Nombre de padres/Tutores (por favor escriba con letra de molde)

Firmas de padres/tutores

Fecha

Transported de Kinder

Nombre del estudiante:	Zona escolar de dónde vive:
Domicilio del estudiante:	
Nombre del padre/tutor:	Teléfono #:
☐ El estudiante necesitará transporte ☐ Los padres/tutor proporcionará el transporte ☐ El estudiante caminará de y hacia la escuela ☐ Se necesitará transporte de y hacia de la guardería ☐ El transporte será proporcionado por la guardería	

Información de la Guardería	
Nombre del proveedor: _____	Nombre de contacto: _____
Domicilio: _____	Núm.de teléfono de proveedor: _____
Días y horarios que asiste el niño a la guardería: _____	
El estudiante necesita transporte: a la escuela _____ de la escuela _____ ambos _____	

Transporte al kínder:

- El transporte es proporcionado para los estudiantes que viven una milla de radio de la zona escolar o para los estudiantes que tienen que caminar por los caminos que se declaran no seguros bajo el criterio del estado.
- El transporte es **solamente** asignado por el distrito para la escuela de su zona. Si los padres o tutor eligen una escuela aparte de la escuela de la zona que les toca, el transporte no será proporcionado por las Escuelas Públicas de Everett, esto será responsabilidad de los padres/tutores.
- Los arreglos de transporte no garantizan que el estudiante será recogido o traído a la dirección exacta que proporcione, pero en vez, en la parada del autobús que el distrito ha asignado cerca de la dirección que se proporcionó.

Consulte [la política/procedimientos 6600 de las Escuelas Públicas de Everett - rutas y horarios](#).

Transporte hacia la guardería: El transporte se puede proporcionar hacia la guardería del estudiante si el proveedor está ubicado dentro del área de la zona escolar dónde asiste y más de una milla de la escuela. Si necesita transporte hacia la guardería, por favor complete la sección de guardería en la parte de arriba del proveedor.

Las primeras dos semanas de escuela: La escuela le proporcionará a su estudiante una tarjeta de identificación con su nombre. Por favor verifique que la información este correcta en la tarjeta (ejem. nombre, domicilio, parada de autobús) y que traiga puesto la tarjeta de identificación todos los días por las primeras dos semanas de la escuela.

Esperanto a los nines en la parade del autobús: A todos los niños de kínder los deberán estar esperando un adulto o tutor en la parada del autobús.

- Si desea permitir que su hijo camine a casa con un hermano mayor, debe notificar al conductor del autobús por escrito.
- Si su hijo no tiene permiso de caminar a casa y no hay un padre o tutor presente en la parada, su estudiante será regresado a la escuela. Entonces usted será el responsable en recogerlo en la oficina de la escuela.

Horario del transporte: Las rutas de los autobuses y los horarios están disponibles en la página de [Transporation](#) del sitio web del distrito. También puede contactar al departamento de transporte al (425) 385-4144

Información de Inscripción del Estudiante en las Escuelas Públicas de Everett						
School: _____ Date of Entry: _____						
NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS – PARA USO OFICIAL SOLAMENTE						
SSID #	STUDENT ID	MEDICAL ALERT	HOMEROOM #	TEACHER NAME	BUS ROUTE AM _____ PM _____	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE						
ESTUDIANTE: APELLIDO legal		Primer Nombre Legal		Segundo Nombre Legal		También conocido como (Sobrenombre):
Información preferida del Nombre		APELLIDO preferido		Primer Nombre preferido		Segundo Nombre preferido
☐ Igual que arriba						
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No-binario (X)		Grado Primera fecha de ingreso a una escuela en Estados Unidos:		Primera fecha de ingreso a una escuela en WA:		
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):		País de nacimiento		Estado o provincial de nacimiento:		Ciudad de nacimiento
Educación Especial (IEP) ☐ Actual ☐ Anteriormente		Servicios para el habla ☐ Actual ☐ Anteriormente		Terapia ocupacional/física ☐ Actual ☐ Anteriormente		
Servicios para el idioma inglés ☐ Actual ☐ Anteriormente		Plan con "Section 504" ☐ Actual ☐ Anteriormente				
Servicios escolares al estudiante						
Residente de Everett Public Schools ☐ Sí ☐ No		Distrito de Residencia:		Variancia Aprobada ☐ Sí ☐ No		
SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ESTUDIANTE						
Teléfono (###)###-####		Casa		Celular estudiante		Correo electrónico del estudiante:
Dirección que reside		Calle		Apt/Lote		Ciudad
☐ Verified		Estado WA		Código Postal		
Dirección de correo		Calle		Apt/Lote		PO Box
☐ Igual que arriba		Ciudad		Estado		Código Postal
Vive con: (marque una) *Documentación requerida.		☐ Ambos padres		☐ Solo con madre		☐ Solo con padre
☐ Padre/Madrastra		☐ Abuelos		☐ Padrastro/Madrasta		☐ Madre/Padrastro
☐ Padres de crianza*		☐ Solo (Si menor de 18*)		☐ Otro: _____		☐ Agencia*
Documentos legales: (copias requeridas, si aplica)		Custodia/Plan de crianza ☐ SÍ ☐ NO		Bajo Tutela ☐ SÍ ☐ No		Orden de restricción ☐ SÍ ☐ No
		☐ SÍ ☐ No		☐ SÍ ☐ No		☐ SÍ ☐ No
FONDOS FEDERALES Y CONEXIONES CON FAMILIAS MILITARES DE EE.UU						
La ley estatal nos requiere que solicitemos a todos los estudiantes que nos indiquen su estado o condición de conexión militar. Además, la ley pública No. 874 permite a los distritos escolares a que reciban fondos adicionales por los estudiantes de familias que viven o trabajan en tierra federal.						
FAMILIAS MILITARES Por favor cuenta a todos los padres/tutores incluyendo los que no viven con el estudiante.		☐ Un padre/tutor activo		☐ Un padre/tutor en la Guardia Nacional		☐ N/A / Retirado / No Afiliado
		☐ Un padre/tutor en las reservas		☐ Más de un padre/tutor en las fuerzas armadas en alguna rama/división		☐ Prefiero no declararlo
FONDOS FEDERALES		☐ Vive en tierra federal		☐ Trabaja en tierra federal		☐ Ambos
		☐ N/A				
SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE ESCUELAS ANTERIORES						
Las dos últimas escuelas, incluyendo desde preescolar.						
Nombre de la última escuela:		Fecha de ingreso:		Fecha de baja:		
Dirección:				Teléfono: (###)###-####		
Nombre de la penúltima escuela:		Fecha de ingreso:		Fecha de baja:		
Dirección:				Teléfono: (###)###-####		

SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE HERMANOS Y HERMANAS				
¿El estudiante tiene hermanos que viven en el mismo hogar? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, anote a los hermanos aquí				
Nombre de hermano o hermana	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela/preescolar/guardería actual	¿Asiste a una escuela de Everett?
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No
SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES				
Padre/madre/tutor (G1)				
<i>Este es el padre de familia principal para todas las actualizaciones de los expedientes, tiene acceso a los expedientes del estudiante y debe vivir con el estudiante. Para los estudiantes de cuidado adoptivo, G1, G2 y G3 deberá indicar a su gestor del caso y los padres de crianza. Anexe la forma escolar a los papeles de inscripción..</i>				
Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre		Parentesco
Dirección de correo ☐ Igual que estudiante			Ciudad, Estado	Código postal
Datos de teléfono	Hogar (H)	Móvil (M)	Trabajo (W)	Excluya los mensajes de ☐ H ☐ M ☐ W
Preferencias de comunicación	Idioma de preferencia:	Recibir correos: ☐ Sí ☐ No	Dirección de correo electrónico:	
Padre/madre/tutor (G2)			Acceso a expedientes en línea ☐ Sí ☐ No	
Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre		Parentesco
Dirección de correo ☐ Igual que G1			Ciudad, Estado	Código postal
Datos de teléfono	Hogar (H)	Móvil (M)	Trabajo (W)	Excluya los mensajes de ☐ H ☐ M ☐ W
Preferencias de comunicación	Idioma de preferencia:	Recibir correos: ☐ Sí ☐ No	Dirección de correo electrónico:	
Padre/madre/tutor (G3)			Acceso a expedientes en línea ☐ Sí ☐ No	
Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre		Parentesco
Dirección de correo Igual que ☐ G1 ☐ G2			Ciudad, Estado	Código postal
Datos de teléfono	Hogar (H)	Móvil (M)	Trabajo (W)	Excluya los mensajes de ☐ H ☐ M ☐ W
Preferencias de comunicación	Idioma de preferencia:	Recibir correos: ☐ Sí ☐ No	Dirección de correo electrónico:	
Padre/madre/tutor (G4)			Apellido(s)	
Nombre	Apellido(s)	Primer Nombre		Parentesco
Dirección de correo Igual que ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3			Ciudad, Estado	Código postal
Datos de teléfono	Hogar (H)	Móvil (M)	Trabajo (W)	Excluya los mensajes de ☐ H ☐ M ☐ W
Preferencias de comunicación	Idioma de preferencia:	Recibir correos: ☐ Sí ☐ No	Dirección de correo electrónico:	
SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL/GUARDERÍA				
¿Asiste el niño a cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No		Dirección de Cuidado Infantil:		
Nombre de Cuidado Infantil:		Teléfono(s): ()		
Nombre de contacto en Cuidado Infantil:		()		

SECCIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Las personas listadas como contactos de emergencia están autorizadas a recoger a los estudiantes **solamente en casos de emergencia**. Para poder entregar a estudiantes en **casos de no emergencia**, se requiere del **consentimiento expreso** de un padre. Es responsabilidad de los padres o tutores avisar a sus contactos de emergencia que la escuela los contactará en caso de emergencia.

(Por favor anote a los contactos individualmente)

Contacto de emergencia (C1) (requerido)				Padre/tutor de un estudiante de Everett Public Schools ☐ Sí ☐ No	
Nombre		Apellido(s)		Primer Nombre	
				Parentesco	
Dirección				Ciudad, Estado	
				Código postal	
Información de contacto		Hogar		Móvil	Trabajo
					Correo electrónico:
Contacto de emergencia (C2)				Padre/tutor de un estudiante de Everett Public Schools ☐ Sí ☐ No	
Nombre		Apellido(s)		Primer Nombre	
				Parentesco	
Dirección				Ciudad, Estado	
☐ Igual que C1				Código postal	
Información de contacto		Hogar		Móvil	Trabajo
					Correo electrónico:
Contacto de emergencia (C3)				Padre/tutor de un estudiante de Everett Public Schools ☐ Sí ☐ No	
Nombre		Apellido(s)		Primer Nombre	
				Parentesco	
Dirección				Ciudad, Estado	
☐ Igual que ☐ C1 ☐ C2				Código postal	
Información de contacto		Hogar		Móvil	Trabajo
					Correo electrónico:
Contacto de emergencia (C4)				Padre/tutor de un estudiante de Everett Public Schools ☐ Sí ☐ No	
Nombre		Apellido(s)		Primer Nombre	
				Parentesco	
Dirección				Ciudad, Estado	
☐ Igual que ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3				Código postal	
Información de contacto		Hogar		Móvil	Trabajo
					Correo electrónico:

SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL TRASLADO DEL ESTUDIANTE

☐ Autobús regular desde casa	☐ A través de los padres	☐ Camina	☐ Necesita autobús especial
☐ Autobús regular desde guardería	☐ Guardería provee autobús/transporte	☐ Transporte público	☐ Carro/vehículo

SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA Y DISCIPLINA

¿Este estudiante ha sido remitido por problemas de ausentismo bajo los reglamentos de **la ley BECCA de WA**? ☐ Sí ☐ No

¿Está **actualmente suspendido (corto o largo plazo), o expulsado** de su escuela anterior? ☐ Sí ☐ No

Si responde que Sí, ¿Cuál es la fecha que tomó efecto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR EN DIRECTORIO Y ACCESO AL INTERNET

Refiérase y complete, si aplica, el formulario del Directorio de Everett Public Schools. Este formulario incluye los Derechos Educativos Federales de la Familia y La ley de Privacidad para liberar información (FERPA). Este formulario para la exclusión de esta autorización está anexo al Manual de *Responsabilidades y Derechos del Estudiante y Notificaciones a los Padres*

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR

Entiendo que al firmar este formulario autorizo que mis contactos de emergencia puedan recoger a mi estudiante en caso de una emergencia. Doy fe de la exactitud de esta información en este formulario.

Entiendo que si se provee información incorrecta puede servir de base para revocar la matriculación.

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Parentesco con el estudiante

Esta página fue intencionalmente dejada en blanco.

Cuestionario de Reporte del Origen Étnico y Racial

Tiene la opción de no responder a este cuestionario, pero si no provee esta información, entonces estamos obligados a usar la mejor información* disponible...

Nombre: _____

ID: _____

PREGUNTA 1: ¿Es su niño Hispano o de Origen Latino? ☐ Sí ☐ No

(Marque todo lo que aplique)

(Nota: Si usted indica que su hijo(a) es hispano o latino y no elige una raza en la 2da pregunta, estaremos obligados a hacer la elección nosotros a su nombre.)

- | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Argentino | ☐ Boliviano | ☐ Brasileño | ☐ México-Estadounidense | ☐ Chileno | ☐ Colombiano | ☐ Costarricense |
| ☐ Cubano | ☐ Dominicano | ☐ Ecuatoriano | ☐ Guatemalteco | ☐ Guayanés | ☐ Hondureño | ☐ Jamaquino |
| ☐ Mexicano | ☐ Mestizo | ☐ Nativo | ☐ Nicaragüense | ☐ Panameño | ☐ Paraguayo | ☐ Peruano |
| ☐ Puertorricense | ☐ Salvadoreño | ☐ Surinamés | ☐ Español | ☐ Uruguayo | ☐ Venezolano | ☐ Otro |

PREGUNTA 2: ¿Qué raza(s) considera qué es su hijo(a)?

(Marque todo lo que aplique)

INDÍGENAS AMERICANOS / NATIVOS DE ALASKA (solamente las tribus de Washington son recopiladas por su afiliación tribal)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Tribu Chinook | ☐ Tribus y Bandas Confederadas de la Nación Yakama | ☐ Tribus Confederadas de la Reservación de Chehalis | ☐ Tribus Confederadas de la Reservación de Colville |
| ☐ Tribu Indígena Cowlitz | ☐ Tribu Indígena Duwamish | ☐ Tribu Indígena de Hoh | ☐ Tribu Jamestown S'Klallam |
| ☐ Comunidad indígena de la Reservación Kalispel | ☐ Nación Indígena Kikiallus | ☐ Tribu Comunal Lower Elwha | ☐ Tribu Lummi de la Reservación Lummi |
| ☐ Tribu Indígena de la Reservación Makah | ☐ Banda Marietta de la Tribu Nooksack | ☐ Tribu Indígena Muckleshoot | ☐ Tribu Indígena de Nisqually |
| ☐ Tribu Indígena Nooksack de Washington | ☐ Tribu S'Klallam del Puerto Gamble | ☐ Tribu de la Reservación de Puyallup | ☐ Tribu de la Reservación Quileute |
| ☐ Nación Indígena de Quinault | ☐ Nación Indígena de Samish | ☐ Tribu Indígena de Sauk-Suiattle de Washington | ☐ Tribu Indígena Bay de la Reservación Shoalwater |
| ☐ Tribu Indígena de Skokomish | ☐ Tribu de Snohomish | ☐ Tribu Indígena de Snoqualmie | ☐ Tribu de Snoqualmoo |
| ☐ Tribu de la Reservación de Spokane | ☐ Tribu de la Reservación de la Isla Squaxin | ☐ Tribu Steilacoom | ☐ Tribu Indígena Stillaguamish de Washington |
| ☐ Tribu Indígena Suquamish de la Reservación del Puerto Madison | ☐ Tribu Indígena Comunal de Swinomish | ☐ Tribus de Tulalip de Washington | ☐ Nativo de Alaska |
| ☐ Otra tribu Indígena Americana | | | |

ASIÁTICOS

☐ Otro asiático (no enlistado)

- | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| ☐ Asiáticos (no específico) | ☐ Indoasiático | ☐ Bangladesiano | ☐ Bhutanense | ☐ Birmano (MMR) | ☐ Camboyano/Khmer |
| | ☐ Cham | ☐ Chino | ☐ Filipino | ☐ Hmong | ☐ Indonés |
| | ☐ Japonés | ☐ Coreano | ☐ Laosiano | ☐ Malasio | ☐ Mien |
| | ☐ Mongol | ☐ Nepalí | ☐ Okinawense | ☐ Pakistaní | ☐ Punjabi |
| | ☐ Singapurense | ☐ De Sri-Lanka | ☐ Taiwanés | ☐ Tailandés | ☐ Tibetano |
| | ☐ Vietnamita | | | | |

NATIVO HAWAIANO / OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO

☐ Otro Isleño del Pacífico (no enlistado)

- | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| ☐ Nativo Hawaiano y/o Isleño del Pacífico (no específico) | ☐ Nativo de Is. Carolina | ☐ Chamorros | ☐ Nativos de Micronesia | ☐ Nativos de Fiji | ☐ i-Kiribati/Gilbertese de Islas Gilbert |
| | ☐ Nativo de Kosrae | ☐ Maori Polinesos | ☐ Nativos de Marshallense | ☐ Nativo Hawaiano | ☐ Ni-Vanuatu |
| | ☐ Nativo de Palau | ☐ Papuas | ☐ Nativos de Pohpei | ☐ Samoano | ☐ Isleño de Isla Salomón |
| | ☐ Nativo de Tahití | ☐ Nativos de Tokelau | ☐ Tongan | ☐ Tuvaluano | ☐ Yapese |

(continued on reverse)

NEGRO / AFROAMERICANO				☐ Otro Negro (no enlistado)	
☐ Negro / Afroamericano (no específico)		☐ Afroamericano		☐ Afrocanadiense	
☐ Caribeño (no específico)	☐ Nativo de Anguilla	☐ Nativo de Antigua	☐ Nativo de las Bahamas	☐ Nativo de Barbados	☐ Nativo de Saint Barthélemy
	☐ Isleño de British Virgin	☐ Caimanés	☐ Cuba-Dominicano	☐ Dominicano	☐ De Antillas Holandesas
	☐ De Granada	☐ Guadalupeño	☐ Haitiano	☐ Jamaiquino	☐ De Martinica
	☐ De Montserrat	☐ Puertorriqueño	☐ Otro		
☐ Centrafricano (no específico)	☐ Angolense	☐ Camarunés	☐ Centrafricano (CAF)	☐ Chadiano	☐ Congoleño (COG)
	☐ Congoleño (COD)	☐ De Guinea Ecuatorial	☐ De Gabón	☐ De São Tomé	☐ De Príncipe
	☐ Otro				
☐ Orienteafricano (no específico)	☐ Burundés	☐ Comorano	☐ De Djibouti	☐ Erétreo	☐ Etiope
	☐ Keniano	☐ Malgache	☐ De Malawi	☐ Mauritiano	☐ De Mahora
	☐ Mozambique	☐ De Réunion	☐ Ruandés	☐ De Seychellois	☐ Somalí
	☐ Sudsudanés	☐ Sudanés	☐ Tanzanio	☐ Zambio	☐ De Zimbawe
	☐ Otro				
☐ Latinoamericano (no específico)	☐ Argentino	☐ Beliciano	☐ Boliviano	☐ Brasileño	☐ Chileno
	☐ Colombiano	☐ Costarricense	☐ Ecuatoriano	☐ Salvadoreño	☐ Isleño Malvino
	☐ Francoguyanés	☐ Guatemalteco	☐ Guyanés	☐ Hondureño	☐ Mexicano
	☐ Nicaragüense	☐ Panameño	☐ Paraguay	☐ Peruano	☐ Isleño de South Georgia & the South Sandwich
	☐ Surinamés	☐ Uruguayo	☐ Venezolano	☐ Otro	
☐ Sudafricano (no específico)	☐ Botswaniano	☐ De Mosotho (LSO)	☐ Namibio	☐ Sudafricano (ZAF)	☐ De Swazi
	☐ Otro (no enlistado)				
☐ Africano occidental (no específico)	☐ Beninense	☐ Guineo de Bissau	☐ De Burkinabé (BFA)	☐ De Cabo Verdean	☐ Costamarfilense (CIV)
	☐ Gambia	☐ Ghanés	☐ De Liberia	☐ Malianse	☐ De Mauritania
	☐ Nigeriano (NER)	☐ Nigeriano (NGA)	☐ De Santa Elena	☐ Senegalense	☐ De Sierra Leona
	☐ Togolese	☐ Otro			
BLANCO				☐ Blanco (no enlistado)	
☐ Euro-oriental (no específico)	☐ Bosnio	☐ Herzegovino	☐ Polaco	☐ Rumano	☐ Ruso
	☐ Ucraniano	☐ Otro			
☐ Del Medio Oriente / Nordafricano (no específico)	☐ Algeriano	☐ De Amazigh/Berber	☐ Árabe	☐ Asirio	☐ Bahreiní
	☐ Bedouino	☐ De Chaldea	☐ Nativo Copt	☐ Nativo Druze	☐ Egipcio
	☐ Emirate	☐ Iraní	☐ Iraquí	☐ Israelita	☐ Jordaniense
	☐ Kurdo de Kuwait	☐ Libanés	☐ Libio	☐ Marroquí	☐ Omaní
	☐ Palestino	☐ de Qatar	☐ Árabe Saudita	☐ Sirio	☐ Tunecino
	☐ Del Yemén	☐ Otro del Medio Oriente		☐ Otro Nordafricano	
☐ Euro-occidental (no específico)	☐ Holandés	☐ Inglés	☐ Francés	☐ Alemán	☐ Griego
	☐ Italiano	☐ Noruego	☐ Español	☐ Sueco	☐ Otro
☐ Americano (no específico)	☐ Estadounidense (USA)	☐ Canadiense	☐ Centroamericano	☐ Sudamericano	

**La información de antecedentes raciales y étnicos de las Escuelas de Everett pueden incluir: Una revisión de nuestros expedientes internos y/o expedientes que recibimos de otras escuelas o por pláticas con miembros del personal escolar que tengan contacto con usted o su estudiante que puedan darnos una perspectiva.*



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 Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____ b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Nombre del padre/madre/tutor 1: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____ Nombre del padre/madre/tutor 2: _____ ¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____		
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(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____ 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: • 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. Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.	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.





Para uso de la oficina KIT: Fecha _____ Actualización de _____ Código _____
F&N _____ Medio de transporte _____ Actualización de la oficina _____

Cuestionario sobre viviendas de los estudiantes

N.º de identificación del estudiante _____

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en virtud de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento presta servicios y apoyos para niños y jóvenes sin casa. (Consulte el reverso para obtener más información).

Si usted alquila/es propietario de su propia casa, no necesita completar este formulario, a menos que las instalaciones sean inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.).

Si no alquila/es propietario de su propia casa, marque todas las opciones que correspondan abajo. (Envíelo al coordinador de personas sin casa del distrito. La información de contacto está al final de la página).

- ☐ En un motel/hotel/Air B&B ☐ En un auto, parque, campamento o lugar similar
☐ En un refugio ☐ Va de un lugar a otro/duerme en sofás
☐ En la casa o el apartamento de alguien más con otra familia
☐ Transitional Housing (Vivienda de transición) (un programa que ayuda a las personas que no tienen casa a vivir independientemente en 24 meses, en general)
☐ En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
☐ Otro _____

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre _____ Apellido _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Edad: _____

- ☐ El estudiante no está acompañado (no vive con un padre o tutor legal) ☐ El estudiante vive con un padre/tutor legal

Mencione a los hermanos o a otros niños en la casa:

Nombre:	Edad:	Escuela (si la hay):	Identificación del estudiante:	Grado:
Nombre:	Edad:	Escuela (si la hay):	Identificación del estudiante:	Grado:
Nombre:	Edad:	Escuela (si la hay):	Identificación del estudiante:	Grado:
Nombre:	Edad:	Escuela (si la hay):	Identificación del estudiante:	Grado:

Dirección de la residencia actual: _____

Teléfono/número de contacto: _____ Nombre del contacto: _____

Nombre en letra de molde de los padres/tutores legales: _____
(o del joven no acompañado)

*Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
(o del joven no acompañado)

*Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del estado de Washington que la información dada aquí es auténtica y correcta. (Si el personal de la escuela recibió esta información por teléfono/correo electrónico, etc., en su lugar deben escribirlo y firmar).

Persona que envía este formulario a la Oficina de Niños en Transición (Kids in Transition, KIT):

Nombre del personal: _____ Edificio/apto.: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completado por correo electrónico a: KIToffice@everettsd.org

Oficina de Niños en Transición (KIT) 425-385-4032

SECCIÓN 725. DEFINICIONES.

Para los fines de este subtítulo:

(1) El término "inscribir" e "inscripción" incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades de la escuela.

(2) El término "niños y jóvenes sin casa":

(A) se refiere a personas que no tienen una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche [dentro del significado de la sección 103(a)(1)], e

(B) incluye:

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas o un motivo similar; que viven en moteles, hoteles, parques de remolques o lugares de campamento debido a la falta de alojamientos alternativos adecuados; que están viviendo en refugios de emergencia o de transición; que están abandonados en hospitales;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia primaria para pasar la noche que es un lugar público o privado que no está diseñado como un alojamiento para dormir regular para personas o que no suele usarse como tal [dentro del significado de la sección 103(a)(2)(C)];

(iii) niños y jóvenes que están viviendo en autos, estacionamientos, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobuses o trenes o lugares similares, y

(iv) niños migrantes (tal y como se define este término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califiquen como personas sin casa a efectos de este subtítulo porque viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término "joven no acompañado" incluye a un joven que no está bajo la custodia física de un padre o un tutor.

Recursos adicionales

En los siguientes enlaces encontrará información y recursos para padres:

[National Center for Homeless Education \(Centro Nacional para la Educación de Personas sin Casa\)](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth \(NAEH CY\) \(Asociación Nacional para la Educación de Niños y Jóvenes sin Casa\)](#)

[SchoolHouse Connection](#)



De parte del Equipo de Enfermería del Distrito

Estimados padres de los alumnos del kínder:

Bienvenidos al kínder de las Escuelas Públicas de Everett. La salud y seguridad de su niño es de las prioridades más altas para nosotros. Por esta razón, tenemos un equipo experto y altamente capacitado de enfermeras tituladas (RNs) que supervisan los servicios de salud en las escuelas. También contamos con auxiliares de salud de enfermería (HRA) que están en cada una de las escuelas primarias listas para atender las necesidades diarias de salud de los estudiantes. Las auxiliares están programadas a estar presentes cuatro horas diarias y están supervisadas por las enfermeras tituladas. La enfermera titulada (RN) está siempre disponible para consultas en caso de que surja un problema de salud. La auxiliar de salud HRA o el gerente de oficina pueden ayudar a programar una hora y fecha para que usted pueda platicar sobre problemas de salud de su hijo con la enfermera titulada RN. Le recomendamos con mucho hincapié de que nos provea toda la información que tenga sobre cualquier problema serio de salud de su hijo durante esta primavera, para que podamos reunirnos con usted y desarrollar un plan de emergencia si así se requiere y platicar sobre las necesidades de medicamentos, tratamientos o alguna otra acomodación. También estaremos disponibles en el mes de agosto por aproximadamente dos semanas antes de que inicien las clases.

Todos los alumnos del kínder requieren de cumplir con los Requisitos de Vacunación del Estado de Washington antes de su primer día escolar para poder asistir a clases.

Las excepciones requieren que usted consulte con su proveedor de salud autorizado y proporcione documentación de dicho proveedor demostrando que ha hecho dicha consulta. Las excepciones también son otorgadas para los padres o tutores legales que muestren su membresía a una iglesia o cuerpo religioso que no permita la atención médica por parte de un proveedor de salud. Los formularios de inmunizaciones o vacunación están disponibles en todas las escuelas, o en el sitio web del distrito , www.everettsd.org (seleccione "Parents" luego "Registration Information"), o llamando al Distrito de Salud de Snohomish al (425) 339-5220.

Las leyes del estado de Washington definen como deben ser servidos los niños con condiciones de salud que amenacen su vida. Una condición de amenaza de vida se define como "la que pone al niño en peligro de muerte durante un día escolar si no se cuenta con un medicamento u orden de tratamiento y un plan de enfermería." Si su hijo padece una condición que amenace su vida (como una alergia que requiere de EpiPen, diabetes o asma, etc.), se deberán recibir los formularios de Autorización Médica para tratamiento o medicamento y el medicamento en la sala de salud de la escuela antes de que empiece el niño la escuela. **La ley estatal requiere que este formulario de Autorización Médica sea completado antes de asistir a la escuela.**

Se deberán hacer todos los esfuerzos de aplicar los medicamentos fuera del horario escolar, pero si es necesario que su hijo reciba medicamento o tratamiento durante el día escolar, se necesita de un formulario de Autorización Médica completado y firmado por su proveedor de salud autorizado y por los padres o tutores legales. Estos formularios están disponibles en la escuela de su hijo y pueden ser recogidos a cualquier hora durante el día escolar. No se podrán dar medicamentos o tratamientos en la escuela sin este formulario en orden.

Damos la bienvenida a sus preguntas sobre problemas de salud y le exhortamos a que contacte a su escuela si desea platicar con la enfermera escolar. Por favor avise a su escuela durante el año sobre cualquier cambio a sus números de contacto o condiciones de salud.

El Equipo de Servicios de Salud de las Escuelas Públicas de Everett

Vea al reverso la información sobre vacunación

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.

Apellido del niño: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):** _____

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

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

X _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

X _____

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

▲ Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar

DD/MM/AA

DD/MM/AA

DD/MM/AA

DD/MM/AA

DD/MM/AA

DD/MM/AA

Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil

●▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)

▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)

●▲ DT o Td (tétanos, difteria)

●▲ Hepatitis B

● Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b)

●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)

●▲ OPV (polio)

●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)

● PCV/PPSV (antineumocócica)

●▲ Varicela

☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS

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

COVID-19

Gripe (influenza)

Hepatitis A

VPH (virus del papiloma humano)

MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)

MenB (meningococo tipo B)

Rotavirus

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

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

I certify that the child named on this CIS has:
☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.

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

☐ Diphtheria ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B

☐ Hib ☐ Measles ☐ Mumps

☐ Rubella ☐ Tetanus ☐ Varicella

☐ 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.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

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

Registros médicos aceptables

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

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

Estado condicional

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

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la 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/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	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		

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

DOH 348-013 June 2021

La escuela está solicitando un nuevo historial médico anual para que sea completado y entregado cada año escolar. La información proporcionada será compartida solo con miembros pertinentes del personal con el fin de garantizar la seguridad del estudiante en la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Apellido(s) Primer nombre Inicial intermedia
 Escuela: _____ Grado: _____ ID del Estudiante _____

Para poder garantizar un entorno seguro en la escuela, se le solicita que informe a la enfermera si su hijo(a) padece de una condición médica que sea mortal (vea lista abajo) ANTES de que su hijo(a) asista a su primer día de clases, en el cual debe tenerse en la escuela ya lista una orden médica vigente, plan de salud y su medicamento con el fin de garantizar un entorno seguro para su estudiante, como es requerido por la ley estatal (WAC 392-380-045).

1. ☐ **NO** tiene condiciones médicas o problemas de salud.

☐ **SÍ**, tiene las siguientes condiciones médicas o problemas de salud:

Condiciones de salud mortales:

(Por favor marque el recuadro correspondiente y complete las preguntas que le siguen.)

- ☐ **Astma** ¿Usa su hijo(a) un inhalador de rescate más de una vez por semana? _____
 ¿Fue su hijo(a) hospitalizado por síntomas de asma el año pasado? _____
 ¿Usó su hijo(a) esteroides para sus síntomas de asma el año pasado? _____
- ☐ **Alergias** (Por favor marque en el recuadro solamente si son severas y tiene receta de Epinephrine. Ejm. cacahuates, abejas, nueces de árboles, etc.)
 Alergénico(s) _____
- ☐ **Diabetes** Fecha en que se diagnosticó: _____ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ CGM: ☐ Sí ☐ No
☐ Bomba ☐ Inyecciones ☐ Se la administra independiente ☐ Necesita asistencia
- ☐ **Convulsiones** Tipo: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____
 ¿Las convulsiones de su hijo(a) requieren de medicamento? _____
 ¿Requiere su hijo(a) de medicamento de emergencia para convulsiones en la escuela? _____

¿Alguna otra condición médica o problema de salud

que pueda afectar a su hijo en la escuela? (Por ejemplo: Alergias a medicamentos, Trastorno ADHD, ansiedad, encopresis, condiciones cardíacas, migrañas, enfermedad de Crohn, preocupaciones dietéticas, genéticas, historial de conmociones, parálisis cerebral, depresión, PKU, enuresis, trastornos sanguíneos, depresión, etc.) **Por favor anótelos aquí abajo.**

2. **Medicamentos requeridos en la escuela:** (Si su estudiante requiere de medicamento en la escuela, comuníquese con la sala de salud (*health room*) para una orden médica que es requerida por ley RCW 28A.210.260)

Nombre del medicamento	Dosis	Diagnósticos o síntomas que requieren del medicamento

3. **Información de contactos de emergencia:**

Padre/Tutor 1: _____ Casa: _____ Celular: _____

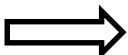
Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Madre/Tutor 2: _____ Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Proveedor del cuidado a la salud: _____ Teléfono: _____ Fax: _____



(Nombre de padres/tutores y firma(s) al completar el formulario)

(Fecha de hoy)



ACUERDO SOBRE EL USO DE TECNOLOGÍA (STUDENT TECHNOLOGY USE AGREEMENT)

Información del estudiante

Nombre del estudiante	ID del estudiante	Grado escolar
-----------------------	-------------------	---------------

Acuerdo del estudiante

- He leído el acuerdo sobre el uso de tecnología (3245P)
- He leído el Manual de Tecnología para Padres/Estudiantes.
- Traeré mi dispositivo a la escuela todos los días con su batería completamente cargado y listo para usarse.
- No dejaré mi dispositivo desatendido en ningún momento cuando esté en la escuela o en algún lugar público.
- No quitaré el código de barras del distrito o marca que está en mi dispositivo de ninguna manera, ni con marcas, calcomanías, raspaduras o grabados, etc.
- No intentaré quitar, alterar o reparar el hardware, instalar ningún software que no esté aprobado, remover cualquier software del distrito que esté preinstalado, y/o modificar el sistema operativo de mi dispositivo de ninguna manera.
- Si tengo problemas con mi dispositivo, dejaré de usarlo y pediré a mi maestro o a un técnico que me asista.
- Entiendo que puedo perder los privilegios del uso del equipo tecnológico por conductas inapropiadas, y puedo ser financieramente responsable por daños o pérdidas de cualquier dispositivo del distrito.
- Entiendo que los dispositivos perdidos o extraviados deberán ser reportados a la administración escolar en un plazo de 24 horas, o dentro del siguiente día escolar.
- Regresaré el equipo cuando me lo solicite el distrito y al final del año escolar.
- Entiendo que, si el dispositivo no es regresado, se someterá un reporte a las autoridades de fuerza pública locales para activar el dispositivo de rastreo para recuperar el dispositivo.
- Entiendo que se me cobrará cualquier daño o pérdida de equipo incluyendo tabletas, teclados, fuentes de poder y cable, bolsas estudiantiles y plumas con tinta digital.

<i>Nombre del estudiante (letra de molde)</i>	<i>Firma del estudiante</i>	<i>Fecha</i>
---	-----------------------------	--------------

Acuerdo de los padres

- He leído el acuerdo sobre el uso de tecnología (3245P)
- He leído el Manual de Tecnología para Padres/Estudiantes.
- Me aseguraré de que mi estudiante traiga consigo su dispositivo a la escuela todos los días cargado y listo para usarse.
- Entiendo que mi estudiante puede perder sus privilegios del uso de tecnología por conductas inapropiadas, daños, negligencia o pérdida.
- El distrito se reserva el derecho de hacer cargos al usuario por el costo total por reparación o reemplazo del dispositivo cuando ocurra un daño por negligencia según sea determinado por los administradores escolares. ([RCW 28A.635.060](#))
- Si no se regresa el dispositivo o se extravía, usted reconoce su responsabilidad por la cobertura del costo.
- Entiendo que los dispositivos que sean robados o extraviados deberán ser reportados a la administración de la escuela dentro de un plazo de 24 horas o en el siguiente día escolar.
- Entiendo que mi estudiante deberá regresar el equipo cuando sea solicitado por el distrito y al final del año escolar.
- Entiendo que, si el dispositivo no es regresado, se someterá un reporte a las autoridades de fuerza pública locales para activar el dispositivo de rastreo para recuperar el dispositivo.
- Entiendo que se me cobrará cualquier daño o pérdida de equipo incluyendo tabletas, teclados, fuentes de poder y cable, bolsas estudiantiles y plumas con tinta digital.
- Acepto la responsabilidad de monitorear y asegurar el uso apropiado del internet y las páginas web cuando mi estudiante acceda al internet fuera de la red del distrito.
- Entiendo que mi estudiante no deberá quitar, alterar o reparar el hardware, instalar ningún software que no esté aprobado, remover cualquier software del distrito que esté preinstalado, y/o modificar el sistema operativo de mi dispositivo de ninguna manera.

<i>Nombre del estudiante (letra de molde)</i>	<i>Firma del estudiante</i>	<i>Fecha</i>
---	-----------------------------	--------------

Adoptado: Junio 2017

Revisado: Julio 2018

Revisado: Junio 2019



DOS razones por las que podría querer devolver este formulario antes del 1.º de octubre

1.

No quiere que se use la foto o la información de su hijo como se explica en la SECCIÓN 1

2.

Tiene un estudiante de secundaria: SECCIÓN 2

NOTA: Cualquier formulario no devuelto o casillas en blanco implicará su permiso para divulgar la información del estudiante.

Formulario de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)

1. Su permiso para usar la foto, el nombre y el trabajo del estudiante

El distrito nunca divulga números de teléfono y direcciones sin su permiso. El distrito publica fotos, nombres y trabajos de los estudiantes en las siguientes circunstancias. Si no desea que se divulgue esa información, marque NO en la casilla correspondiente. ***Si deja una casilla en blanco, o no devuelve este formulario, asumiremos que tenemos su permiso para divulgar la información a continuación.***

¿Desea que se comparta el nombre o la foto de su hijo en los siguientes tipos de métodos distritales y no distritales?

Periódico escolar, programa de graduación, reconocimientos escolares o distritales, medios impresos y en línea; también en grupos de padres, como la Asociación de Padres y Maestros (Parent and Teacher Association, PTA), que con frecuencia escriben historias sobre los logros de los estudiantes, los programas escolares y sus eventos.

☐ SÍ
☐ NO

¿Desea el nombre o la foto de su hijo en el anuario de su escuela?

Nota: Algunas escuelas publican su anuario en línea y algunos anuarios son creados por grupos de padres, como la PTA.

☐ SÍ
☐ NO

2. Su permiso para compartir la información de estudiantes de secundaria con el ejército y las universidades

Si deja una casilla en blanco, asumiremos que tenemos su permiso para divulgar la información.

MARQUE NO si no desea que se comparta la información de su estudiante de secundaria con:

Reclutadores militares:

☐ SÍ
☐ NO

Universidades y escuelas de formación profesional:

☐ SÍ
☐ NO

Número de identificación del estudiante

Nombre del estudiante.

Nombre del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Si tiene alguna pregunta, llame a la Oficina de Comunicaciones de las Escuelas Públicas de Everett al 425-385-4040.

Explicaciones

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) permite que los distritos escolares definan “información de directorio” y luego compartan solo esa información a menos que usted solicite que no se comparta.

Si marca “NO” en una casilla en la primera página, no podremos compartir la información que especificó. Cuando se nos solicita “información de directorio” sobre un estudiante, solo compartimos la información necesaria para ese propósito. Por lo general, solo compartimos el nombre, la edad o el grado y la escuela del estudiante.

1. Información utilizada en publicaciones del distrito, en línea y por medios externos

La información de directorio es: nombre del estudiante, nivel de grado, fechas de inscripción, títulos y premios, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de los miembros de equipos atléticos, escuelas a las que asistió en el distrito, trabajo escolar y fotografías según la [política 3250](#).

Compartimos buenas noticias sobre los logros y honores de los estudiantes. Esto incluye mostrar el trabajo de los estudiantes en forma impresa y en línea. Puede significar mostrar el trabajo de los estudiantes en un lugar público y compartir información sobre los logros de los estudiantes con los medios de comunicación. Nunca divulgamos a sabiendas información sobre un estudiante a nadie que quiera usarla con fines comerciales. Solo compartimos las direcciones o los números de teléfono de los estudiantes cuando dichas solicitudes provienen del ejército o de instituciones de educación superior (como se explica a continuación).

2. Información para militares y universidades (se aplica solo a estudiantes de secundaria)

El ejército y las instituciones de educación superior solicitan la información de directorio de los estudiantes de secundaria y, según la ley federal, también debemos proporcionar la dirección y el número de teléfono del estudiante. Además, participamos en [Programas de Admisión Garantizada \(Guaranteed Admissions Programs, GAP\)](#) con colegios universitarios y universidades. Las direcciones de correo electrónico registradas, el promedio de calificaciones (Grade Point Average, GPA) acumulativo del estudiante y una copia del expediente académico del estudiante se proporcionan a las instituciones que participan en el programa GAP. Proporcionamos esa información alrededor del 15 de octubre de cada año a estos grupos. Si marca “NO” en la sección 2 de la primera página, y si recibimos su formulario antes del 1.º de octubre, no divulgaremos la información del directorio de su estudiante. Si el formulario de su estudiante se devuelve después del 1.º de octubre, tenga en cuenta que es posible que ya hayamos publicado la información de su estudiante según la [política 3250](#).

Todas las políticas y procedimientos del distrito están disponibles [en línea](#).

- [Política 3245](#) y [procedimiento 3245P](#): “tecnología”. La información de acceso a internet se encuentra en la sección *Acceso de los estudiantes y uso de la tecnología del distrito*.
- [Política 3250](#): “Divulgación de información de directorio de estudiantes” incluye más detalles sobre la información de directorio de los estudiantes.
- Para obtener más información sobre la información de directorio, llame al Departamento de Comunicaciones al 425-385-4040.



Nombre del estudiante (por favor escriba en letra de molde):

ID del estudiante:

Grado:

**Por favor firme y regrese esta hoja
a la escuela de su estudiante.**

Entiendo que tengo acceso al manual de Responsabilidades y Derechos de los Estudiantes de las Escuelas Públicas de Everett en línea en <https://www.everettsd.org/domain/1493>. Copias impresas de dicho manual están disponibles bajo solicitud en las oficinas de las escuelas. Mi firma en este formulario reconoce que he accedido y revisado al manual ya sea en línea o en una copia impresa que solicite a la escuela para el año escolar corriente.

También he leído el formulario anexo de la Ley de Privacidad y de los Derechos de Educación a las Familias (FERPA), lo cual tengo entendido que debo regresar a la escuela de mi estudiante si deseo restringir la divulgación de información de mi estudiante.

Reconozco y entiendo las políticas y procedimientos de asistencia del distrito en <https://www.everettsd.org/Page/24310>.

Firma del padre/madre o tutor legal:	Fecha:
Firma del estudiante:	Fecha:
Nombre del estudiante escrito:	

- This handbook is also available in Arabic, Russian, Spanish and Vietnamese. Contact your school office for copies or access online at <http://www.everettsd.org/domain/1493>.
- يتوفر الدليل أيضا باللغة العربية، الروسية، الأسبانية والفيتنامية. اتصل بمكتب المدرسة الخاص بك من أجل النسخ.
- Это руководство также переведено на арабский, русский, испанский и вьетнамский языки. Свяжитесь с офисом вашей школы, чтобы получить экземпляр.
- Este manual también está disponible en árabe, ruso, español y vietnamita. Comuníquese con la oficina de su escuela para obtener copias.
- Cuốn sổ tay hướng dẫn này được dịch ra tiếng Ả-rập, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt. Vui lòng liên hệ với văn phòng trường quý vị để nhận bản dịch.