



# Formulario de inscripción del estudiante

## Mukilteo School District

### Sección 1: Información del estudiante

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_ *Página: 1 de 4*

Apellido \_\_\_\_\_ Apellido legal (si es diferente) \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Primer nombre legal (si es diferente) \_\_\_\_\_

Segundo nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre legal (si es diferente) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino  \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
mes / día / año

País de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Si su estudiante no nació en los Estados Unidos, ¿cuál fue la primera fecha de educación en los EE.UU.? \_\_\_\_\_

Número de meses de educación en otro país antes de la primera fecha de educación en los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma **SU HIJO** usa más en la casa? \_\_\_\_\_

**Si el idioma de su hijo no es el inglés, entonces será evaluado para el programa EL.**

¿Qué idioma aprendió a hablar su hijo primero? \_\_\_\_\_

**Si el idioma de su hijo no es el inglés, entonces será evaluado para el programa EL.**

En caso de haber disponibilidad, ¿en qué idioma preferiría usted recibir la comunicación de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma(s) el padre de familia/tutores usan más cuando le hablan a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Tienen los abuelos o padres una afiliación tribal americana?  Sí  No

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  No enumerado Tipo de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

Primer nombre/apellido del padre \_\_\_\_\_ Primer nombre/apellido de la madre \_\_\_\_\_

Dirección de la casa del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### Enumere las escuelas anteriores a las que asistió

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

¿Ha asistido el estudiante a una escuela de Mukilteo en el pasado?  Sí  No

#### Enumere a los hermanos que asisten a escuelas de Mukilteo:

Nombre \_\_\_\_\_ hermano o hermana de este estudiante (*encierre con un círculo*) Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ hermano o hermana de este estudiante (*encierre con un círculo*) Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ hermano o hermana de este estudiante (*encierre con un círculo*) Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ hermano o hermana de este estudiante (*encierre con un círculo*) Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor, indique cualquier información vinculante legal que sea pertinente a este estudiante y su seguridad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia: Comenzando con el padre de familia/tutor, enumere todos los otros contactos incluyendo la guardería (otro) en orden de llamada de preferencia.**

**Padre de familia/Tutor**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Correos para este contacto: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes del grado   
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono 3 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes de conducta   
 Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono 4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Otros correos   
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativo \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante  Tutor del estudiante:  Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

**Padre de familia/Tutor**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Correos para este contacto: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes del grado   
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono 3 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes de conducta   
 Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono 4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Otros correos   
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativo \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante  Tutor del estudiante:  Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

**Otro**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Correos para este contacto: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes del grado   
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono 3 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes de conducta   
 Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono 4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Otros correos   
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativo \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante  Tutor del estudiante:  Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

**Otro**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Correos para este contacto: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes del grado   
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono 3 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes de conducta   
 Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono 4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Otros correos   
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativo \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante  Tutor del estudiante:  Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

**Otro**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Correos para este contacto: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes del grado   
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono 3 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Informes de conducta   
 Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono 4 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono \_\_\_\_\_ Otros correos   
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico alternativo \_\_\_\_\_  
 Vive con el estudiante  Tutor del estudiante:  Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

# Formulario de recopilación de información sobre etnia y raza

En cumplimiento con los requisitos de recopilación de datos federales y del estado de Washington, complete este formulario, indicando el nombre, la fecha de nacimiento y la escuela del estudiante y responda **tanto** la pregunta 1 como la pregunta 2. Si no suministra esta información, el personal del Distrito Escolar Mukilteo tendrá que proporcionar esta información por usted, según la observación y el conocimiento de su hijo(a).

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre, Segundo nombre) (mm/dd/aaaa)

## Pregunta 1. ¿Es su hijo(a) de origen hispano o latino?

Si la respuesta es **NO**, marque esta opción y continúe con la Pregunta 2

- No hispano ni latino

Si la respuesta es **SÍ**, marque todas las opciones que apliquen y continúe con la Pregunta 2

- |                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mexicano/Mexicano americano/Chicano | <input type="radio"/> Cubano              |
| <input type="radio"/> Dominicano                          | <input type="radio"/> Centroamericano     |
| <input type="radio"/> Español                             | <input type="radio"/> Sudamericano        |
| <input type="radio"/> Puertorriqueño                      | <input type="radio"/> Latinoamericano     |
|                                                           | <input type="radio"/> Otro hispano/latino |

For Office Use Only

Student ID: \_\_\_\_\_

## Pregunta 2. ¿A qué raza o razas considera que pertenece su hijo(a)?

(marque al menos una o todas las que apliquen)

- Afroamericano/negro

- Caucásico/Mediorienta/Blanco

### Razas asiáticas

- Indio asiático
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Hmong
- Indonesio
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Malasio
- Pakistání
- Singapurense
- Taiwanés
- Tailandés
- Vietnamita
- Otra raza asiática

### Razas de las islas del Pacífico

- Nativo de Hawai
- Nativo de las islas Fiji
- Guameño o chamorro
- Nativo de las islas Marianas
- Melanesio
- Micronesio
- Samoano
- Tongano
- Otras islas del Pacífico

### Razas nativas americanas

- Nativo de Alaska
- Chehalis
- Colville
- Cowlitz
- Hoh
- Jamestown
- Kalispel
- Lower Elwha
- Lummi
- Makah
- Muckleshoot
- Nisqually
- Nooksack
- Port Gamble Klallam
- Puyallup
- Quileute
- Quinault
- Samish
- Sauk-Suiattle
- Shoalwater
- Skokomish
- Snoqualmie
- Spokane
- Squaxin Island
- Stillaguamish
- Suquamish
- Swinomish
- Tulalip
- Yakama
- Otro indio de Washington
- Otros indios/nativos de Norte, Centro o Sudamérica

**De acuerdo con la ley del estado de Washington (RCW 28A.255.330), responda a las siguientes preguntas:**

1. ¿Ha estado su estudiante inscrito en el Distrito Escolar de Mukilteo antes?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿en cuál escuela? \_\_\_\_\_
  2. ¿Ha estado su estudiante inscrito en un Distrito Escolar del estado de Washington?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_
  3. ¿Tiene su estudiante algún historial de conducta violenta?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor explique. \_\_\_\_\_
  4. a. ¿Tiene su estudiante alguna suspensión o expulsión pasada, actual o pendiente de su escuela anterior?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor explique. \_\_\_\_\_
  4. b. ¿Ha sido alguna vez su estudiante expulsado de la escuela?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor explique. \_\_\_\_\_
  5. ¿Ha sido su estudiante retirado oficialmente de su escuela anterior?  Sí  No
  6. ¿Debe su estudiante alguna multa o cargo por algún libro, uniforme o daños a la propiedad en su escuela anterior?  Sí  No
- \*\*\*POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LAS ESCUELAS GENERALMENTE NO ENVIARÁN EXPEDIENTES ACADÉMICOS OFICIALES A ESTUDIANTES QUE DEBEN MULTAS O CARGOS.\*\*\***

Seleccione únicamente **una opción (casilla)** que mejor describa la afiliación militar del estudiante/familia.

- El estudiante/familia **no tiene afiliación militar.**
- El estudiante/familia tiene **un** padre o tutor que es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. en **servicio activo.**
- El estudiante/familia tiene **un** padre o tutor que es miembro de las **reservas** de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.
- El estudiante/familia tiene **un** padre o tutor que es miembro de la **Guardia Nacional de Washington.**
- El estudiante/familia tiene **más de un** padre o tutor que es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (servicio activo o reservas) o de la Guardia Nacional de Washington.

**Infórmenos acerca de algún servicio que su estudiante haya recibido:**

- ¿Ha recibido su hijo alguna vez servicios de educación especial (IEP)?  Sí  No  
 (Esto puede incluir lo siguiente: Terapia del habla, terapia física, terapia ocupacional, aula de recursos, etc.)
  - ¿Ha estado alguna vez su hijo en un plan 504?  Sí  No
  - ¿Ha estado alguna vez su hijo en un programa de niños superdotados?  Sí  No
  - ¿Recibió su hijo apoyo al desarrollo del idioma inglés a través del Programa de Instrucción Bilingüe de Transición en la última escuela a la que su hijo asistió?  Sí  No  No sabe
  - ¿Participó su hijo alguna vez en un Programa de Educación Temprana? *Ejemplos: ECEAP, Headstart, Educación Especial, etc.*  Sí  No
- De ser así, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que nos ayudaría a servirle mejor a su estudiante?

---



---



---

¿Algún otro comentario?

---



---

**Gracias por ayudarnos con el proceso de inscripción. Sabemos que este documento contiene mucha información concerniente a su estudiante y apreciamos se tome el tiempo para llenarlo de la forma más completa y precisa posible. Comuníquese con nosotros lo más pronto posible cuando la información de su estudiante o de contacto cambie en el futuro.**

**Bienvenido al Distrito Escolar de Mukilteo. ¡Esperamos atender a su estudiante!**

**Firma del padre/tutor X** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre Estudiante: (apellido) \_\_\_\_\_ (primer) \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

OB **¿Tiene su estudiante una condición de salud que AMENAZA SU VIDA?**  Si  No

*Note las condiciones abajo y por favor haga arreglos con la enfermera de su escuela al momento de registrarse para reunirse y planificar la atención.*

*La ley del estado requiere que los estudiantes con condiciones que amenazan su vida tales como anafilaxis, asma severa, diabetes o convulsiones tengan un plan de atención completado previo al inicio de la escuela. Contáctese con la enfermera de la escuela. .*

RG <input type="checkbox"/> <b>Asma Severa</b>	EG <input type="checkbox"/> <b>Anafilaxis (alergia severa)</b> Epinefrina prescrita	NP <input type="checkbox"/> <b>Convulsiones</b>	EK <input type="checkbox"/> <b>Diabetes Tipo 1</b> Adjunte las órdenes actuales del especialista.
<u>Detonantes (coloque circulo)</u>  enfermedad / resfríos ejercicio alergias olores fuertes humo cambios climáticos estrés/emociones	<u>Por favor detalle alergias:</u>          <u>¿Cuántas veces ha tenido que utilizar el epipen?</u>	<u>¿Están bien controladas las convulsiones?</u> S / N  <u>Fecha de ultima convulsión:</u>  <u>Describe la convulsión:</u>	La enfermera de la escuela le contactara para información adicional.

¿Va a la escuela en el bus?  Si  No Idioma preferido para comunicación: \_\_\_\_\_ ¿Necesita interprete? S / N

El doctor de cabecera de mi niño/a es: \_\_\_\_\_ en (clínica): \_\_\_\_\_ Hospital preferido: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE LOS CUADROS ABAJO SI SU NINO/A TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD**

<p><b>Alergia, Inmune, Endocrino, Metabólico y Nutricional</b></p> <p>DP <input type="checkbox"/> Preferencia dietética: _____</p> <p>ED <input type="checkbox"/> Alergia, alimento(s): _____</p> <p>EE <input type="checkbox"/> Alergia, insecto: _____</p> <p>DP <input type="checkbox"/> Alergia, estacional/otro: _____</p> <p>EL <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2</p> <p>ENDO <input type="checkbox"/> Otro Endocrino, Inmune, Nutricional o Metabólico:</p> <p><b>Oídos/ Audición</b></p> <p>YA <input type="checkbox"/> Historial de infecciones crónicas de oído</p> <p>YA <input type="checkbox"/> Infección crónica actual de oído</p> <p>YB <input type="checkbox"/> Déficit auditivo</p> <p><input type="checkbox"/> Aparatos auditivos <input type="checkbox"/> Implante coclear</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición del oído: _____</p> <p><i>Por favor provea el más reciente reporte de audiología a la escuela</i></p> <p><b>Gastrointestinal, Dental y Oral</b></p> <p>GA <input type="checkbox"/> Enfermedad Celiaca</p> <p>GG <input type="checkbox"/> Intolerancia de alimentos: _____</p> <p>GL <input type="checkbox"/> Intolerancia de lactosa</p> <p>GF <input type="checkbox"/> Encopresis Fecha diagnosticada: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de ropa, toallas húmedas se necesita en la escuela</p> <p>GO <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico</p> <p>GH <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico</p> <p>GJ <input type="checkbox"/> Enfermedad de intestino inflamado</p> <p>GK <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable</p> <p>GI <input type="checkbox"/> Otra condición Gastrointestinal, Hígado, Dental, Oral:</p> <p><b>Sangre / Hematología</b></p> <p>BA <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p>BB <input type="checkbox"/> Hemofilia</p>	<p><b>Respiratorio/ Respiración</b></p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma, actual</p> <p>RH <input type="checkbox"/> Asma, diagnosticado alguna vez (antecedentes de)</p> <p>RA <input type="checkbox"/> Asma, inducido por ejercicio</p> <p>RE <input type="checkbox"/> Enfermedad de vías respiratorias reactivas</p> <p>RF <input type="checkbox"/> Otra condición respiratoria</p> <p>_____</p> <p><b>Ojos/Visión</b></p> <p>VF <input type="checkbox"/> Anteojos / lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Visión no está completamente corregida <input type="checkbox"/></p> <p>Daltónico</p> <p>YD <input type="checkbox"/> Otro problema de la vista: _____</p> <p><i>Por favor provea las más recientes notas del doctor a la escuela</i></p> <p><b>Piel</b></p> <p>SB <input type="checkbox"/> Eczema, dermatitis de contacto o soriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición de la piel: _____</p> <p><b>Musculo esqueleto</b></p> <p>MC <input type="checkbox"/> Reumatoide Juvenil / Artritis Idiopática</p> <p>Otro: _____</p> <p><b>Sistema Nervioso</b></p> <p>NE <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral</p> <p>NF <input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo</p> <p>NH <input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p>NI <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza, Recurrentes</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones _____</p> <p><input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Antecedentes</p> <p>NU <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática</p> <p><input type="checkbox"/> Otra Condición Neurológica:</p> <p><b>Salud Mental y de Comportamiento</b></p> <p>NB <input type="checkbox"/> ADHD / ADD diagnosticado por: _____</p> <p>NC <input type="checkbox"/> Desorden de Espectro Autista</p> <p>PA <input type="checkbox"/> Ansiedad</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Antecedentes medicos, continua**

<p>BC <input type="checkbox"/> Anemia Celular Falciforme <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo</p> <p>OJ <input type="checkbox"/> Antecedentes de sangrado de nariz severo</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición de la sangre: _____</p> <p><b>Cardiaco/ Corazón</b></p> <p>CC <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento de corazón</p> <p>CD <input type="checkbox"/> Soplo del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Restricciones de actividad relacionada con condición del corazón? S / N</p> <p><input type="checkbox"/> Otra condición cardiovascular, incluya síntomas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ultima visita al cardiólogo: _____</p> <p><b>Congénito / Genético</b></p> <p>AH <input type="checkbox"/> Síndrome Down</p> <p>AJ <input type="checkbox"/> Desorden Fetal espectro de alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><b>Renal / Riñones Antecedentes (describa)</b></p> <p><b>Cáncer/ Tumor Antecedentes (describa)</b></p> <p><b>Aparatos Médicos</b></p> <p>OLA <input type="checkbox"/> Estimulador del Nervio Vago</p> <p>OLB <input type="checkbox"/> Desfibrilador Automático Interno</p> <p>OLC <input type="checkbox"/> Marcapasos</p> <p>OLD <input type="checkbox"/> Tubo Gastro</p> <p>OLE <input type="checkbox"/> Tubo Jejunostomia</p> <p><input type="checkbox"/> Férula</p> <p><input type="checkbox"/> Prótesis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro aparato medico _____</p>	<p>PC <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p>PE <input type="checkbox"/> Desorden de Oposición Desafiante (ODD)</p> <p>PH <input type="checkbox"/> Desorden de sueño</p> <p>PJ <input type="checkbox"/> Otra Condición Mental o de Comportamiento:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi Estudiante Está Viendo a un Consejero</p> <p>Frecuencia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi Estudiante está Viendo un Terapeuta del Comportamiento</p> <p>Frecuencia: _____</p> <p><b>Antecedentes de Transparente</b></p> <p>OD <input type="checkbox"/> Liste Órgano _____ Fecha: _____</p> <p><b>Stoma</b></p> <p>OKA <input type="checkbox"/> Gastrostomía</p> <p>OKB <input type="checkbox"/> Colostomía</p> <p>OKD <input type="checkbox"/> Tracheostomía</p> <p>OKE <input type="checkbox"/> Urostomía</p> <p>OK <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><b>Actividad Física / Problemas de Movilidad</b></p> <p><input type="checkbox"/> Silla de Ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Muletas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><b>Otras Preocupaciones de Salud:</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Antecedentes de Medicamentos**

La ley del Estado requiere permiso por escrito del guardián y proveedor de salud antes de **cualquier** medicamento (recetado o sin receta medicar) pueda ser tomado en la escuela. Formularios están disponibles en la oficina de su escuela o en el sitio web de su distrito. Los formularios médicos deben ser completados cada año.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Hogar, escuela o ambos?	Prescrito por

Yo entiendo que la información que he provisto es mantenida en estricta confidencia y solo será compartida con el personal escolar apropiado que necesita saber para proveer por la salud y seguridad de mi estudiante. Esta información es cierta y verdadera con lo mejor de mi conocimiento. Yo también entiendo que es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela si surge alguna preocupación de salud o cambian las condiciones, y de proveer correspondencia como sea necesaria para el proveedor de salud de mi hijo/a relacionado con su(s) condición(es).

Padre/Guardián (letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Mi Hijo/a NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN DE SALUD CONOCIDA** Iniciales \_\_\_\_\_



# 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**

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

<input type="checkbox"/> Se requiere para la escuela <input type="checkbox"/> Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	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						

**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.

<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

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 November 2019**



# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE SU HIJO.

Una ley federal llamada Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act) le da a las escuelas y a los distritos escolares la autoridad para publicar "Información de Directorio" sobre los estudiantes y para poner esa información a disposición de ciertas personas o instituciones, como los medios que divulgan noticias o las universidades. La

Información de Directorio se define como el nombre y apellido de un estudiante; imágenes fotográficas y electrónicas; dirección de correo electrónico principal; días de asistencia a la escuela; participación en actividades reconocidas oficialmente y deportes; peso y altura de los miembros de los equipos atléticos; diplomas, honores y premios recibidos; y la escuela más reciente a la que se asistió.

(El Distrito Escolar Mukilteo no divulga la información de directorio para fines comerciales).

Otra ley federal exige que las preparatorias brinden una lista de nombres de estudiantes a reclutadores militares. Los padres y tutores tienen el derecho de solicitarle al distrito escolar y a las escuelas de este que se mantenga en privado cualquier información de directorio sobre su hijo y también tienen el derecho de solicitar que el nombre de su hijo no se brinde a reclutadores militares.

## Tenga en cuenta: ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL.

Complete este formulario SOLO si **NO** desea que se divulgue la Información de Directorio de su hijo y/o si **NO** desea que el nombre de su hijo se divulgue al servicio militar. SI TIENE MÁS DE UN HIJO, COMPLETE UN FORMULARIO SEPARADO POR CADA HIJO.

### NO DIVULGAR INFORMACIÓN DE DIRECTORIO

Si NO desea que se divulgue la Información de Directorio sobre su hijo durante el año escolar 2020-21, marque el recuadro que se muestra abajo y firme al final. (Considere detenidamente las consecuencias de esta decisión. Si marca este recuadro y firma abajo, significa que el nombre de su hijo y/o su fotografía no se incluirán en las publicaciones escolares (como el anuario) o no será mencionado en la cobertura de prensa de los eventos escolares o en anuncios de premios).

NO divulgar NINGUNA Información de Directorio sobre mi hijo/a.

**¿Hay algún tipo de excepción?** Si marca la casilla de arriba y firma debajo, el nombre y/o la fotografía de su hijo todavía pueden utilizarse para ciertos fines si marca las casillas correspondientes debajo:

- Estoy de acuerdo en permitir que se utilice el nombre y/o la fotografía de mi hijo/a para que se incluya en el anuario, el boletín y el directorio escolar. [LOCAL]
- Estoy de acuerdo en permitir que una fotografía de mi hijo/a aparezca, pero que no sea identificado, para que se publique en una publicación del distrito escolar (como el calendario de pared o un boletín de noticias) o en las redes sociales del distrito. [DISTRICT]
- Estoy de acuerdo en permitir que el nombre y/o la fotografía de mi hijo/a se divulgue a los medios de información. [MEDIA]

**SOLO PARA ESTUDIANTES DE PREPARATORIA:** La ley federal exige a las preparatorias que brinden una lista con los nombres y direcciones de los estudiantes a los reclutadores militares. De todas formas, los padres tienen el derecho de solicitar que se omita el nombre de su hijo de dicha lista. Si se opone a que el nombre y dirección de su hijo/a se brinden al servicio militar durante el año escolar 2020-21, marque el recuadro de abajo, firme al final y entregue el formulario a la escuela de su hijo/a antes del 1 de octubre.

NO de el nombre de mi hijo/a a los reclutadores militares.

Nombre del hijo/a (escriba claramente en letra de molde): \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Mukilteo**  
School District

Comuníquese al 425-356-1215  
si tiene alguna pregunta.

2020-21