

Inscripción del NTPS

Escuela: _____
Fecha: _____



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellido legal		Nombre legal	Segundo nombre legal	También llamado:
FECHA DE NACIMIENTO <i>(Mm/dd/aaaa)</i>	GÉNERO <i>(Marcar)</i> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad, estado, país)</i>		GRADO
RAZA/ETNIA <i>Use el formulario de "Recolección de datos de raza y etnia"</i>		¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO <u>ALGUNA VEZ</u> A UNA ESCUELA EN NORTH THURSTON? <i>(Desde 1999)</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ Y GRADO		<i>Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la escuela y la fecha en la que asistió por última vez (mes/año):</i>		
NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR <i>Indique dirección postal, ciudad, estado, código postal</i>		¿El estudiante tenía un nombre diferente cuando estuvo inscrito anteriormente en el NTPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es "sí", indique el nombre completo con el que el estudiante estuvo inscrito anteriormente:</i>		

INFORMACIÓN DEL HOGAR PRINCIPAL - Padres de familia/tutores del estudiante (donde reside el estudiante)

TUTOR PRINCIPAL 1 - HOGAR PRINCIPAL Apellido legal Nombre legal Inicial del 2do nombre		RELACIÓN DEL TUTOR PRINCIPAL 1 CON EL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Otro _____	TELÉFONO 1 Teléfono de la casa	Marque si el número es privado <input type="checkbox"/>
¿El tutor es militar o trabaja en una propiedad federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, rama/ubicación _____			TELÉFONO 2 Tutor principal 1	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR PRINCIPAL 1			TELÉFONO 3 Tutor principal 1	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	<i>Calle, núm. de apto.</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
DIRECCIÓN POSTAL <i>(Si es diferente)</i>	<i>Calle, núm. de apto.</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
TUTOR PRINCIPAL 2 - HOGAR PRINCIPAL Apellido legal Nombre legal Inicial del 2do nombre		RELACIÓN DEL TUTOR PRINCIPAL 2 CON EL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Otro _____	TELÉFONO 4 Tutor principal 2	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
¿El tutor es militar o trabaja en una propiedad federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, rama/ubicación _____			TELÉFONO 5 Tutor principal 2	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR PRINCIPAL 2			TELÉFONO 6 Tutor principal 2	<input type="checkbox"/> Otro
IDIOMA PRINCIPAL DE LOS PADRES DE FAMILIA/TUTORES <i>(Si es distinto del inglés)</i> Tutor 1 _____ Tutor 2 _____		¿Necesita un intérprete para comunicarse con el maestro de su estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Necesita usar lenguaje de señas para comunicarse con el maestro de su estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Algún miembro de este hogar es empleado del NTPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es "sí", indique el nombre completo del o los empleados:</i>		¿Algún miembro de este hogar es exalumno del NTPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es "sí", indique el nombre completo de el o los exalumnos:</i>		

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - PROGRAMAS ESPECIALES

¿Su estudiante ha repetido alguna vez (ha sido retenido)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", ¿en qué grado? _____
¿Su estudiante ha calificado o ha estado inscrito alguna vez en un programa de <u>educación especial</u> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", ¿tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Su estudiante ha calificado o tenido alguna vez un <u>plan 504</u> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", ¿tiene un plan 504 actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Su estudiante ha participado alguna vez en: <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> Programa de ayuda al aprendizaje (LAP) <input type="checkbox"/> <u>Dotados/muy capaces</u> <input type="checkbox"/> <u>Estudiante de inglés</u> <input type="checkbox"/> Otro _____
Su estudiante ha estado inscrito en: <input type="checkbox"/> Banda <input type="checkbox"/> Orquesta <input type="checkbox"/> Coro Si la respuesta es "sí", ¿le gustaría continuar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - ASISTENCIA Y DISCIPLINA

¿Su estudiante ha sido alguna vez suspendido por portar armas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Su estudiante tiene un expediente del tribunal de menores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es "sí", ¿está en periodo de prueba? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</i>
¿Su estudiante se ha presentado ante tribunales debido a la Ley Becca? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Su estudiante está actualmente expulsado de alguna escuela de cualquier distrito? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Vive usted en el Distrito Escolar North Thurston? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es "no", ¿en qué distrito vive? _____ ¿Cuál es su escuela de residencia? _____</i>	
¿Ha asistido su estudiante alguna vez a una escuela en Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique el distrito en el que estuvo inscrito más recientemente: _____	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - FAMILIA

INDIQUE A LOS OTROS HERMANOS QUE ASISTEN AL DISTRITO ESCOLAR NORTH THURSTON		Escuela	Grado	<i>Uso exclusivo de la oficina</i>
Apellido	Nombre			Situación del almuerzo
¿Hay algún plan de custodia o crianza compartida vigente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", el plan debe estar en el expediente de la escuela para poder cumplirlo.				
¿Hay alguna orden de restricción vigente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", los documentos legales deben estar en el expediente de la escuela para poder cumplirlos.				
¿Hay alguna orden de alejamiento en contra de...? <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> Otro _____				

INFORMACIÓN DEL HOGAR SECUNDARIO – Padres de familia/tutores del estudiante (que NO residen a tiempo completo con el estudiante)

TUTOR SECUNDARIO 1 - HOGAR SECUNDARIO		RELACIÓN DEL TUTOR SECUNDARIO 1 CON EL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Otro _____	TELÉFONO 1 Teléfono de la casa	Marque si el número es privado <input type="checkbox"/>
Apellido legal	Nombre legal Inicial del 2do nombre		TELÉFONO 2 Tutor secundario 1	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
¿El tutor es militar o trabaja en una propiedad federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, rama/ubicación _____			TELÉFONO 3 Tutor secundario 1	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR SECUNDARIO 1			TELÉFONO 4 Tutor secundario 2	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	Calle, núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
DIRECCIÓN POSTAL <i>(Si es diferente)</i>	Calle, núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
TUTOR SECUNDARIO 2 - HOGAR SECUNDARIO		RELACIÓN DEL TUTOR SECUNDARIO 2 CON EL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Otro _____	TELÉFONO 5 Tutor secundario 2	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Apellido legal	Nombre legal Inicial del 2do nombre		TELÉFONO 6 Tutor secundario 2	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
¿El tutor es militar o trabaja en una propiedad federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, rama/ubicación _____			TELÉFONO 6 Tutor secundario 2	<input type="checkbox"/> Otro
CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR SECUNDARIO 2				
¿EL HOGAR SECUNDARIO QUIERE RECIBIR ALGUNA CORRESPONDENCIA? <i>(Boletas de calificaciones, etc.)</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Algún miembro de este hogar es empleado del NTPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique el nombre completo del o los empleados:		¿Algún miembro de este hogar es exalumno del NTPS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique el nombre completo de el o los exalumnos:		

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Si algo no grave le ocurre a su estudiante, como una lesión o enfermedad, deseamos poder ponernos en contacto de inmediato con un pariente, cuidador de niños u otro adulto responsable que el estudiante ya conozca. Denos los nombres de personas (mejor que vivan en el área) que puedan cuidar a su estudiante durante el día si no podemos ponernos en contacto con un padre de familia o tutor.

¿Cuida alguien más de su estudiante? antes de la escuela después de la escuela antes y después de la escuela

CONTACTOS DE EMERGENCIA (que no sean los padres o tutores legales)

Apellido	Nombre	Relación con el estudiante	¿Vive cerca? S/N	Teléfono 1 <i>(incluido el código de área)</i>	Teléfono 2 <i>(incluido el código de área)</i>
1.				<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo
2.				<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo
3.				<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Trabajo

Los nombres de los estudiantes, direcciones y cierta otra información se considera como información del directorio. Anualmente, los padres de familia pueden prohibir la divulgación de dicha información mediante un aviso escrito a la escuela antes del 1º de octubre o dentro de diez (10) días desde la inscripción tardía. ([Procedimiento del distrito 3231P](#)).

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: La información de este formulario es cierta y precisa hoy en día. Entiendo que falsificar información para conseguir una matrícula o asignación puede causar la revocación de la matrícula o asignación del estudiante de una escuela del Distrito Escolar North Thurston.

Firma del padre de familia/tutor legal: _____ Fecha: _____



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:
<p>Nombre del padre, madre o tutor legal _____</p> <p>Firma del padre, madre o tutor legal _____</p>		
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</p> <p>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.</p>	<p>1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____</p> <p>b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 1: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? ____ Sí ____ No Idioma _____</p>	
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</p> <p>La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ____ No ____ No sé ____</p>	
<p>Educación previa</p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ____ Sí ____ No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____</p> <p>Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes Día Año</p>	

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



Recolección de datos sobre raza y etnia del NTPS



¿Por qué necesitamos esta información?

El estado de Washington exige a los distritos escolares recabar esta información, en conformidad con el [Equipo de trabajo de datos de raza y etnia de los estudiantes](#). La información recolectada se analizará para asegurarnos de estar ofreciendo recursos y oportunidades equitativas a todos nuestros estudiantes. La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia protege la confidencialidad de esta información.

¿Qué necesitamos?

Complete los 3 pasos de esta encuesta por *cada uno* de sus estudiantes, asegurándose de seleccionar la etnia **y** la raza. Según el Departamento de Educación de Estados Unidos, se debe asignar a cada estudiante una etnia (paso 2) **Y** una o más razas (paso 3). Si el padre de familia/tutor no responde todas las preguntas de abajo, un miembro del personal de la escuela seguirá el proceso de identificación por observación indicado por el gobierno federal.

Paso 1: Información del estudiante

Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Género	Grado
Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)	Firma del padre de familia/tutor	Fecha MM/DD/AAAA

Paso 2: Seleccione la etnia del estudiante

¿Su estudiante tiene origen hispano o latino? *Marque todas las opciones que correspondan.*

<input type="checkbox"/> No es hispano/latino	<input type="checkbox"/> Costarricense	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Salvadoreño
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Argentino	<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Nativo americano	<input type="checkbox"/> Surinamés
<input type="checkbox"/> Boliviano	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano	<input type="checkbox"/> Nicaragüense	<input type="checkbox"/> Uruguayo
<input type="checkbox"/> Brasileño	<input type="checkbox"/> Guatemalteco	<input type="checkbox"/> Panameño	<input type="checkbox"/> Venezolano
<input type="checkbox"/> Chicano (mexicano-estadounidense)	<input type="checkbox"/> Guyanés	<input type="checkbox"/> Paraguayo	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino (indique)
<input type="checkbox"/> Chileno	<input type="checkbox"/> Hondureño	<input type="checkbox"/> Peruano	
<input type="checkbox"/> Colombiano	<input type="checkbox"/> Jamaquino	<input type="checkbox"/> Portorriqueño	

Paso 3: Seleccione la raza del estudiante

¿Cuál considera que es o son las razas de su estudiante? *Marque todas las opciones que correspondan.*

Amerindio/nativo de Alaska/tribus del estado de Washington	
<input type="checkbox"/> Amerindio/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Tribu S'Klallam de Port Gamble
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska (indique)	<input type="checkbox"/> Tribu Puyallup de la reserva Puyallup
<input type="checkbox"/> Amerindio (indique)	<input type="checkbox"/> Tribu Quileute de la reserva Quileute
Tribus del estado de Washington	
<input type="checkbox"/> Tribu Chinook	<input type="checkbox"/> Nación indígena Quinault
<input type="checkbox"/> Tribus y bandas confederadas de la nación Yakama	<input type="checkbox"/> Nación indígena Samish
<input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la reserva Chehalis	<input type="checkbox"/> Tribu indígena Sauk-Suiattle de Washington
<input type="checkbox"/> Tribus confederadas de la reserva Colville	<input type="checkbox"/> Tribu indígena de Shoalwater Bay de la reserva indígena Shoalwater Bay
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Cowlitz	<input type="checkbox"/> Tribu indígena Skokomish
<input type="checkbox"/> Tribu Duwamish	<input type="checkbox"/> Tribu Snohomish
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Hoh	<input type="checkbox"/> Tribu indígena Snoqualmie
<input type="checkbox"/> Tribu S'Klallam de Jamestown	<input type="checkbox"/> Tribu Snoqualmoo
<input type="checkbox"/> Comunidad indígena Kalispel de la reserva Kalispel	<input type="checkbox"/> Tribu Spokane de la reserva Spokane
<input type="checkbox"/> Nación indígena Kikiallus	<input type="checkbox"/> Tribu de la isla Squaxin de la reserva de Isla Squaxin
<input type="checkbox"/> Comunidad tribal Lower Elwha	<input type="checkbox"/> Tribu Steilacoom
<input type="checkbox"/> Tribu Lummi de la reserva Lummi	<input type="checkbox"/> Tribu Stillaguamish de los indígenas de Washington
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Makah de la reserva indígena Makah	<input type="checkbox"/> Tribu indígena Suquamish de la reserva de Port Madison
<input type="checkbox"/> Banda Marietta de la tribu Nooksack	<input type="checkbox"/> Comunidad indígena tribal Swinomish
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Muckleshoot	<input type="checkbox"/> Tribus Tulalip de Washington
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Nisqually	
<input type="checkbox"/> Tribu indígena Nooksack de Washington	

Asiático	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Malasio
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Mien
<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Mongol
<input type="checkbox"/> Butanés	<input type="checkbox"/> Nepalés
<input type="checkbox"/> Burmés/myanma	<input type="checkbox"/> Okinawense
<input type="checkbox"/> Camboyano/jemer	<input type="checkbox"/> Pakistaní
<input type="checkbox"/> Cham	<input type="checkbox"/> Panjabí
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Singapurense
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Esrilanqués
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Taiwanes
<input type="checkbox"/> Indonesio	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Tibetano
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Asiático (indique)

Nativo de Hawái/otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Palauano
	<input type="checkbox"/> Papú
Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Pohnpeiano
<input type="checkbox"/> Carolino	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Salomonense
<input type="checkbox"/> Chuukense	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Fiyiano	<input type="checkbox"/> Tokelauense
<input type="checkbox"/> Kiribatiano/gilbertés	<input type="checkbox"/> Tongano
<input type="checkbox"/> Kusaeño	<input type="checkbox"/> Tuvaluano
<input type="checkbox"/> Maorí	<input type="checkbox"/> Yapese
<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (indique)
<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo	
<input type="checkbox"/> Ni-Vanuatu	

Caucásico/europeo del este/de Medio Oriente y norte de África	
<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Emiratí
<input type="checkbox"/> Caucásico (indique)	<input type="checkbox"/> Iraní
	<input type="checkbox"/> Iraquí
Europeo del este	<input type="checkbox"/> Israelí
<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Jordano
<input type="checkbox"/> Herzegovino	<input type="checkbox"/> Kurdo
<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Kuwaití
<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Libanés
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Libio
<input type="checkbox"/> Ucraniano	<input type="checkbox"/> Marroquí
<input type="checkbox"/> Europeo del este (indique)	<input type="checkbox"/> Omaní
	<input type="checkbox"/> Palestino
De Oriente Medio y norte de África	<input type="checkbox"/> Qatarí
<input type="checkbox"/> Argelino	<input type="checkbox"/> Saudí
<input type="checkbox"/> Amazige o bereber	<input type="checkbox"/> Sirio
<input type="checkbox"/> Árabe o arábigo	<input type="checkbox"/> Tunecino
<input type="checkbox"/> Asirio	<input type="checkbox"/> Yemení
<input type="checkbox"/> Bareiní	<input type="checkbox"/> De Oriente Medio (indique)
<input type="checkbox"/> Beduino	
<input type="checkbox"/> Caldeo	<input type="checkbox"/> Norafricano (indique)
<input type="checkbox"/> Copto	
<input type="checkbox"/> Druso	
<input type="checkbox"/> Egipcio	

Negro/africano/caribeño/latinoamericano	
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	Latinoamericano
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Argentino
<input type="checkbox"/> Afrocanadiense	<input type="checkbox"/> Beliceño
<input type="checkbox"/> Negro (indique)	<input type="checkbox"/> Boliviano
	<input type="checkbox"/> Brasileño
Caribeño	<input type="checkbox"/> Chileno
<input type="checkbox"/> Anguilano	<input type="checkbox"/> Colombiano
<input type="checkbox"/> Antiguanos	<input type="checkbox"/> Costarricense
<input type="checkbox"/> Bahameño	<input type="checkbox"/> Ecuatoriano
<input type="checkbox"/> Barbadosense	<input type="checkbox"/> Salvadoreño
<input type="checkbox"/> Sanbartolomense (San Bartolomé)	<input type="checkbox"/> Malvinense
	<input type="checkbox"/> Francoguayanés
<input type="checkbox"/> Virgenense británico	<input type="checkbox"/> Guatemalteco
<input type="checkbox"/> Caimanés	<input type="checkbox"/> Guyanés
<input type="checkbox"/> Cubano dominicano	<input type="checkbox"/> Hondureño
<input type="checkbox"/> Dominicano (República Dominicana)	<input type="checkbox"/> Mexicano
<input type="checkbox"/> Antillano (Antillas Holandesas)	<input type="checkbox"/> Nicaragüense
<input type="checkbox"/> Granadino	<input type="checkbox"/> Panameño
<input type="checkbox"/> Guadalupeño	<input type="checkbox"/> Paraguayo
<input type="checkbox"/> Haitiano	<input type="checkbox"/> Peruano
<input type="checkbox"/> Jamaiquino	<input type="checkbox"/> De las Islas Georgias del Sur y Sándwich del Sur
<input type="checkbox"/> Martiniqués	<input type="checkbox"/> Surinamés
<input type="checkbox"/> Montserratense	<input type="checkbox"/> Uruguayo
<input type="checkbox"/> Portorriqueño	<input type="checkbox"/> Venezolano
<input type="checkbox"/> Caribeño (indique)	<input type="checkbox"/> Latinoamericano (indique)
Centroafricano	Sudafricano
<input type="checkbox"/> Angolano	<input type="checkbox"/> Botsuano
<input type="checkbox"/> Camerunés	<input type="checkbox"/> Lesotense (Lesotho)
<input type="checkbox"/> Centroafricano (República de África Central)	<input type="checkbox"/> Namibio
<input type="checkbox"/> Chadiano	<input type="checkbox"/> Sudafricano
<input type="checkbox"/> Congolés (República del Congo)	<input type="checkbox"/> Suazi
<input type="checkbox"/> Congolés (República Democrática del Congo)	<input type="checkbox"/> Sudafricano (indique)
<input type="checkbox"/> Ecuatoguineano	
<input type="checkbox"/> Gabonés	
<input type="checkbox"/> Santotomense	
<input type="checkbox"/> De Príncipe	
<input type="checkbox"/> Centroafricano (indique)	
Africano oriental	Africano occidental
<input type="checkbox"/> Burundiano	<input type="checkbox"/> Beninés
<input type="checkbox"/> Comorano	<input type="checkbox"/> Bisauguineano
<input type="checkbox"/> Yibutí	<input type="checkbox"/> Burkinés (Burkina Faso)
<input type="checkbox"/> Eritreo	<input type="checkbox"/> Caboverdiano
<input type="checkbox"/> Etiópe	<input type="checkbox"/> Marfileño (Costa de Marfil)
<input type="checkbox"/> Keniano	<input type="checkbox"/> Gambiano
<input type="checkbox"/> Malgache (Madagascar)	<input type="checkbox"/> Ghanés
<input type="checkbox"/> Malaui	<input type="checkbox"/> Liberio
<input type="checkbox"/> Mauriciano (Mauricio)	<input type="checkbox"/> Maliense
<input type="checkbox"/> Mayotés (Mayotte)	<input type="checkbox"/> Mauritano
<input type="checkbox"/> Mozambiqueño	<input type="checkbox"/> Nigerino (Niger)
<input type="checkbox"/> Reunionés	<input type="checkbox"/> Nigeriano (Nigeria)
<input type="checkbox"/> Ruandés	<input type="checkbox"/> Santaeleno
<input type="checkbox"/> Seychelense	<input type="checkbox"/> Senegalés
<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Sierraleonés
<input type="checkbox"/> Sudsudanés	<input type="checkbox"/> Togolés
<input type="checkbox"/> Sudanes	<input type="checkbox"/> Africano occidental (indique)
<input type="checkbox"/> Ugandés	
<input type="checkbox"/> Tanzano (República Unida de Tanzania)	
<input type="checkbox"/> Zambiano	
<input type="checkbox"/> Zimbabuense	
<input type="checkbox"/> Africano oriental (indique)	

Afiliación militar de padres de familia/tutores del NTPS



La ley del estado de Washington exige que se recolecten datos sobre la afiliación militar de los padres de familia/tutores de todos los estudiantes, según indica el Código Revisado de Washington 28A.300.507. Puede encontrar más información sobre la recolección de datos de familias militares en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Enseñanza Pública (OSPI), sección [Niños de militares](#).

Complete un formulario por **CADA** uno de sus estudiantes o ingrese a Acceso Familiar de Skyward para hacerlo por internet.

Afiliación militar

Seleccione solo **UNA OPCIÓN** de abajo:

- A – El padre de familia/tutor es miembro **ACTUAL** de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, en **servicio activo**.
- R – El padre de familia/tutor es miembro **ACTUAL** de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, en **reserva**.
- G – Es padre de familia/tutor es miembro **ACTUAL** de la **Guardia Nacional de Washington**.
- M – Más de un padre de familia/tutor califica para la opción A, R o G de arriba.
- N – Ninguno de los padres de familia/tutores sirve actualmente en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos ni en la Guardia Nacional de Washington.
- Z – No responde/se niega a declarar.

Información del estudiante

Apellido legal	Nombre legal
Escuela	Grado
Hermano	Hermano
Hermano	Hermano
Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)	Firma del padre de familia/tutor
Fecha	

Importante: Si la situación militar de la familia cambia en algún momento del año escolar, póngase en contacto con la oficina de la escuela de su estudiante para informar el cambio.

Opcional *(la recolección de esta información sirve al Programa de Impacto Económico federal)*

Fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Cuerpo de Infantería Marina (Marines) <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Otra _____	Rango:
	Lugar de trabajo:

Información de salud importante del NTPS



¡Bienvenido al inicio de un nuevo año escolar para su estudiante! Trabajaremos con usted, su estudiante y el personal de la escuela para que este año escolar sea seguro, saludable y exitoso para su estudiante.

Póngase en contacto con el salón de salud de su escuela si tiene alguna pregunta o preocupación con la que podamos ayudar. La información siguiente se relaciona con la salud y la seguridad de su estudiante en la escuela.

Información del contacto de emergencia y formulario de antecedentes de salud

¡Esto es muy importante! Complételo y devuélvalo lo antes posible. Esta información nos ayuda a ofrecer la mejor atención posible a su estudiante. *En caso de enfermedad o lesión, su estudiante solo podrá salir de la escuela con las personas que usted indique como contactos de emergencia.*

Medicamentos

- Se define como medicamentos orales a los que se venden con prescripción **O** venta libre (como Tylenol, jarabe para la tos, Benadryl, etc.). No hay distinción entre ellos.
- Todos los medicamentos orales deben venir con un formulario de **autorización para la administración de medicamentos en la escuela** firmado por el padre de familia **Y** el médico o dentista. No habrá periodo de gracia para obtener la firma. Su estudiante no podrá recibir medicamentos si no tenemos este formulario firmado. Puede obtener el formulario [por internet](#) o llamar al personal de enfermería de la escuela.
- Todo medicamento debe estar en su **ENVASE ORIGINAL**.

Condiciones potencialmente mortales

Los estudiantes con condiciones de salud potencialmente mortales, como alergia a la picadura de abeja o a las nueces, diabetes mellitus, asma, ataques o cualquier condición que ponga al estudiante en peligro de muerte durante el día de clases, **DEBEN** traer la orden del medicamento y/o tratamiento **ANTES** del primer día de clases al que asistirán. Puede obtener un paquete con los formularios requeridos en el salón de salud de su escuela o pedírselo al profesional de la oficina. Si necesita más información, llame a nuestro personal de enfermería o a Servicios de Apoyo al Estudiante al 360-412-4484.

Expedientes de los estudiantes

Mantenemos un expediente con los servicios de salud provistos a los estudiantes. Puede solicitar ver y/o fotocopiar el expediente de su estudiante. También nos puede pedir que corriamos dicho expediente. No divulgaremos los expedientes de nuestros estudiantes a otras personas sin su consentimiento, a menos que la ley nos autorice a hacerlo.

Antecedentes de salud del estudiante



Actualice la información de salud de su estudiante para poder darle la mejor atención posible en la escuela.

Información del estudiante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Género
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Maestro	Grado
Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)	Teléfono de la casa del padre de familia/tutor	Teléfono celular del padre de familia/tutor
Correo electrónico del padre de familia/tutor:	Nombre/dirección del profesional de la salud autorizado	Teléfono del profesional de la salud

Antecedentes médicos del estudiante

Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> Alergias (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Diabetes (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos (ver abajo)
<input type="checkbox"/> Asma (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel/eczema
<input type="checkbox"/> Preocupaciones por el comportamiento	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas frecuentes	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales
<input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga/intestino	<input type="checkbox"/> Problema de audición	<input type="checkbox"/> Trastornos urinarios/renales
<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos (ver abajo)	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista
<input type="checkbox"/> Cerebro (<i>lesiones, condiciones, cirugía, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista: ¿usa anteojos/lentes de contacto?
<input type="checkbox"/> Otro (<i>escriba</i>)		

Alergias

<input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Alergia alimentaria (<i>especifique</i>)	<input type="checkbox"/> Otra alergia (<i>especifique</i>)
---	---	--

Describa la reacción alérgica y el tratamiento:

¿El profesional de atención de la salud de su estudiante le ha aconsejado tener un EpiPen? No Sí

Si su respuesta es "sí", su estudiante debe tener una orden médica y un EpiPen antes de asistir a la escuela.

Asma

Indique los desencadenantes correspondientes: alergias ejercicio irritantes infecciones respiratorias clima (aire frío)

Si indicó "asma" arriba, elabore un plan de tratamiento del asma (ASP-1) antes de asistir a la escuela.

Condición potencialmente mortal

Si su estudiante tiene una condición potencialmente mortal, como diabetes, problemas cardíacos o trastornos convulsivos, póngase en contacto con el personal de enfermería de la escuela para conseguir los documentos requeridos antes de que su estudiante asista a la escuela.

Otra información de la salud

¿Su estudiante tiene algún problema de salud que afecte su vida cotidiana o participación en la escuela? No Sí Si la respuesta es "sí", explique:

Indique cualquier lesión u operación importante:

¿Su estudiante debe tomar medicamentos? No Sí

¿Su estudiante debe tomar medicamentos en la escuela? No Sí

Indique los nombres de los medicamentos y por qué los toma:

¿Tiene alguna otra necesidad o preocupación especial?

Política para la administración de medicamentos a los estudiantes

Los medicamentos orales, ya sean prescritos o de venta libre, pueden ser administrados a los estudiantes solo con permiso escrito del padre de familia/tutor y un proveedor de atención médica autorizado. Puede obtener los formularios de **autorización para la administración de medicamentos en la escuela** en [internet](#) o llamar al personal de enfermería de la escuela.

Lesiones en la escuela

Si su estudiante se lesiona en la escuela, contactaremos a: 1) el padre de familia/tutor o contacto de emergencia; y 2) el 911, de ser necesario.

Autorizo la divulgación de la información médica de mi estudiante al personal de la escuela para asegurar su seguridad en la escuela. Entiendo que será mi responsabilidad pagar la atención médica si mi estudiante sufre alguna lesión. He leído y entendido este formulario.

Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)

Firma del padre de familia o tutor

Fecha (mm/dd/aaaa)

Cuestionario de vivienda del estudiante del NTPS



Las respuestas a las preguntas siguientes pueden ayudar a determinar si su estudiante califica para recibir servicios de la Ley McKinney-Vento, 42 Código de los Estados Unidos 11435. La Ley McKinney-Vento ofrece servicios y ayuda a niños y jóvenes sin hogar. (Vea el reverso para conocer más información).

NO necesita completar este formulario si es propietario o arrendatario.

Si no es propietario ni arrendatario, marque todas las opciones de abajo que correspondan:

Situación de vivienda *(marque todas las opciones que correspondan)*

<input type="checkbox"/> En un motel/hotel	<input type="checkbox"/> En un automóvil, parque, campamento o lugar similar
<input type="checkbox"/> En un refugio	<input type="checkbox"/> Hogar de transición
<input type="checkbox"/> Se muda de un lugar a otro/duerme en el sofá de alguien	<input type="checkbox"/> Otro <i>(especifique)</i>
<input type="checkbox"/> Vive temporalmente en el hogar de otra persona porque perdió su hogar o tiene dificultades económicas	
<input type="checkbox"/> En una residencia con instalaciones que no cumplen los estándares (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)	

Información del estudiante

<input type="checkbox"/> El estudiante está solo (vive sin sus padres de familia ni tutor legal)		
<input type="checkbox"/> El estudiante vive con uno de sus padres de familia o tutor legal		
Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Género
Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aa)</i> y edad	Escuela	Grado
Dirección de la residencia actual		
Número de teléfono o número de contacto	Nombre del contacto	
Nombre del padre de familia/tutor/joven sin acompañamiento <i>(letra de imprenta)</i>	*Firma del padre de familia/tutor/joven sin acompañamiento <i>(letra de imprenta)</i>	Fecha
*Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de Washington, que la información entregada aquí es verdadera y correcta.		

Uso exclusivo de la oficina

For data collection purposes and student information system coding.				
<input type="checkbox"/> N – Not Homeless	<input type="checkbox"/> A - Shelters	<input type="checkbox"/> B – Doubled-Up	<input type="checkbox"/> C - Unsheltered	<input type="checkbox"/> D – Hotels/Motels

Devuelva el formulario completo a:

Enlace del distrito del NTPS	Número de teléfono	Lugar
Brenda McAftery	360-412-4902	NTPS: Centro de Recursos para jóvenes y familias

DEFINICIONES DE LA SEC. 725

Para propósitos de esta parte:

- (1) Los términos “inscribir” e “inscripción” incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades de la escuela.
- (2) El término “niños y jóvenes sin hogar”:
 - (A) significa personas que no tienen una residencia fija, regular y adecuada para pernoctar (en el sentido de la sección 11302(a)(1) de este título); e
 - (B) incluye:
 - (i) niños y jóvenes que comparten el hogar con otras personas por haber perdido el suyo, debido a dificultades económicas o motivos similares; viven en moteles, hoteles, parques de casas móviles o campamentos debido a la falta de un alojamiento alternativo adecuado; viven en refugios de emergencia o transitorios; o están abandonados en algún hospital;
 - (ii) niños y jóvenes que tienen una residencia primaria para pernoctar que es un lugar público o privado que no fue diseñado ni se usa regularmente como dormitorio para seres humanos (en el sentido de la sección 11302(a)(2)(C) ¹ de este título);
 - (iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, casas que no cumplen los estándares, estaciones de autobuses o trenes, o lugares similares; y
 - (iv) niños migrantes (en el sentido del término que se indica en la sección 6399 del título 20) que califican como personas sin hogar para propósitos de esta parte porque viven en las circunstancias descritas en las cláusulas de (i) a (iii).
- (3) Los términos “agencia local de educación” y “agencia estatal de educación” tienen el significado dado a dichos términos en la sección 7801 del título 20.
- (4) El término “secretario” significa Secretario de Educación.
- (5) El término "estado" se refiere a cada uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia y el territorio autónomo de Puerto Rico.
- (6) El término “joven sin acompañamiento” incluye a niños o jóvenes sin hogar que no están bajo la custodia de un padre de familia o tutor.

Recursos adicionales:

Puede encontrar información y recursos para los padres de familia en los siguientes sitios web:

[Centro Nacional para la Educación de Personas sin Hogar](#)

Sitio web: <https://nche.ed.gov>

[Asociación Nacional para la Educación de Niños y Jóvenes sin Hogar](#)

Sitio web: <https://naehcy.org>

Declaración de verificación de residencia del NTPS



Debe entregar uno de los documentos que se indican abajo para comprobar que reside dentro del área de asistencia del Distrito Escolar North Thurston. El documento debe indicar el nombre del padre de familia/tutor legal y la dirección, y debe estar fechado dentro de los últimos 30 días. No se aceptan casillas postales como direcciones de residencia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de gas o electricidad | <input type="checkbox"/> Documentos del depósito o estado de cuenta de la hipoteca |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de televisión por cable | <input type="checkbox"/> Estado de cuenta del seguro de arrendatario |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de recolección de basura | <input type="checkbox"/> Acuerdo de alquiler/arrendamiento |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de agua/alcantarillado | |

Dirección de la residencia actual	
Nombre del padre de familia/tutor legal (letra de imprenta)	
Nombre legal del estudiante (letra de imprenta)	Escuela
Nombre legal del estudiante (letra de imprenta)	Escuela
Nombre legal del estudiante (letra de imprenta)	Escuela
Nombre legal del estudiante (letra de imprenta)	Escuela
Nombre legal del estudiante (letra de imprenta)	Escuela

Declaro que el o los estudiantes mencionados arriba residen en la dirección que se indica arriba y en el documento provisto. Avisaré a la escuela dentro de dos semanas si la dirección cambia y acepto entregar los documentos de la residencia nueva y una declaración actualizada firmada en dicho momento. Si me mudo fuera del distrito, entiendo que debo presentar un formulario de transferencia interdistrital para el o los estudiantes, para que se considere la continuidad de la asistencia.

Entiendo que falsificar cualquier información o documento requerido para la verificación del domicilio o usar alguna dirección en la que los estudiantes no residen puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante.

Firma del padre de familia o tutor	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------------	--------------------

Uso exclusivo de la oficina

The document(s) show(s) the name and address of the person(s) enrolling the above-named student(s).		
Principal or Designee's Signature	Date	School
Review busing information.		
<input type="checkbox"/> Documentation complete	<input type="checkbox"/> Documentation shared with sibling schools	

Programa de admisión garantizada (GAP) del NTPS

(Solo para estudiantes de preparatoria)



El Distrito Escolar North Thurston (NTPS) está colaborando con colegios universitarios y universidades de cuatro años para cumplir las metas de los estudiantes de Washington en relación con colegios universitarios y carreras profesionales. Nos concentramos en mejorar el acceso de los estudiantes que quieren asistir a un colegio universitario. Muchas de las instituciones de bachillerato públicas de Washington ofrecen programas de admisión garantizada para los estudiantes que cumplen los criterios establecidos.

Programa de admisión garantizada de instituciones de bachillerato públicas de Washington

El programa de admisión garantizada ofrece admisión directa a la Universidad de Central Washington (CWU), la Universidad de Eastern Washington (EWU), el Colegio Universitario Estatal Evergreen, la Universidad de Western Washington (WWU) y la Universidad Estatal de Washington (WSU).

Todos los programas de admisión garantizada requieren que los estudiantes cumplan dos requisitos para calificar: (1) promedio de calificaciones mínimo o promedio de calificaciones/clasificación de clase mínima, y (2) cumplir los Requisitos de Distribución Académica del Colegio Universitario (CADR).

- CWU: Promedio de calificaciones de 3.0 y cumplir los CADR
- EWU: Promedio de calificaciones de 3.0 y cumplir los CADR
- Evergreen: Promedio de calificaciones de 2.5 y cumplir los CADR
- WWU: Promedio de calificaciones de 3.0 y cumplir los CADR
- WSU: Promedio de calificaciones de 3.0 y cumplir los CADR

Además de las universidades que se indican arriba, el Distrito Escolar North Thurston tiene un acuerdo con la Universidad Luterana del Pacífico para ofrecer admisión directa a los estudiantes con promedio de calificaciones mínimo de 3.3 y cursos específicos. Se pueden añadir colegios universitarios y universidades adicionales a esta lista.

Si un estudiante cumple los requisitos ahora o los cumplirá al terminar la preparatoria, tiene admisión garantizada a la institución. Los estudiantes que califican para la admisión garantizada deben completar una solicitud de admisión y cumplir los requisitos adicionales de la institución.

¿Cómo pueden participar los estudiantes en el programa de admisión garantizada?

Para participar en el programa de admisión garantizada de las instituciones de bachillerato públicas que se indican arriba, revise este formulario y pídale a su padre de familia/tutor que lo firme para autorizar su participación en este programa, lo que incluye la divulgación de la información del estudiante que se indica en este formulario de consentimiento.

Información del estudiante que se compartirá con las instituciones de bachillerato públicas de Washington:

- Nombre
- Apellido
- Fecha de nacimiento
- Correo(s) electrónico(s) registrado(s) (para contactar a los estudiantes respecto a la oportunidad)
- Promedio de calificaciones sin ponderar
- Expedientes académicos
- Detalles de los cursos rendidos (por ejemplo: honores, créditos dobles)
- Raza y etnia
- Elegibilidad para recibir alimentación gratis/con descuento

Al firmar este documento, acepto que se comparta la información de mi estudiante con las instituciones indicadas.

Nombre del padre de familia/tutor (letra de imprenta)	Firma del padre de familia/tutor (opcional si el estudiante tiene 18 años o más)	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del estudiante (letra de imprenta)	Firma del estudiante (opcional si el estudiante es menor de 18 años)	Fecha (mm/dd/aaaa)



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**

▲ 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 (<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						
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.

<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		