

## Forma de Inscripción Escolar (página 1 de 6) Distrito Escolar "Vancouver Public Schools"

Please print	Shaded Area for School Use Only				Please Print
Alpha Key	Entity No.	Entity Name	Admission Date	Most Recent District Entry Date	
Other ID	Birth Date Verified By (last name, initial):		Program	School Year	
Grade	Home Room/Advisory	Bus Transportation <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Bus Route	Home School Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Nombre legal del estudiante (apellidos, primer nombre, segundo nombre):				También conocido como (apodo):	
¿Ha asistido el estudiante anteriormente a alguna escuela dentro del Distrito Escolar de Vancouver? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí": ¿Cuál fue la última escuela a la que asistió? Último año escolar en el que asistió a la escuela: _____			¿Asistió el estudiante anteriormente a una escuela en el estado de Washington? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí": ¿Cuál fue la última escuela a la que asistió? Último año escolar en el que asistió a la escuela: _____		
Fecha de nacimiento (mes/día/año):		Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Lugar de nacimiento (ciudad, estado/país, condado)		
¿Se ha mudado alguien de la familia fuera de los límites del distrito escolar para obtener empleo de temporada o temporal en alguna actividad de agricultura o de pesca en los últimos 36 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Favor de llenar esta sección.</b>					
¿Necesita el estudiante una excepción de límites para asistir a ésta escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si respondió "sí": ¿Cuál es el distrito escolar en el que reside actualmente? _____ Escuela que corresponde al área de residencia: _____					
¿Ha estado inscrito el estudiante en un programa especial en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si responde "sí", por favor indique el programa: <input type="checkbox"/> AVID <input type="checkbox"/> Alta exigencia/Dotación <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> ED.Especial/IEP <input type="checkbox"/> ELL <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Otro _____					
¿Hay un miembro en el hogar que sea un empleado de las Escuelas Públicas de Vancouver? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre completo del empleado (s): _____					
<b>Favor de llenar solamente si la escuela a la que asistió su niño recientemente, se encuentra fuera de los límites del Distrito Escolar de Vancouver.</b>					
Nombre de la escuela anterior: _____					
Nombre del distrito escolar: _____			Ciudad: _____		Estado: _____
¿Tiene su estudiante un historial de acción disciplinaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Existe alguna acción disciplinaria actual o pendiente para su estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Tiene su estudiante un historial de comportamiento violento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
U ofensa criminal relacionada con: <input type="checkbox"/> Sustancia controlada <input type="checkbox"/> Incendio provocado <input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Mala conducta sexual <input type="checkbox"/> Arma de fuego Fecha del incidente con arma de fuego: _____					
De acuerdo a la ley federal, se asume que la información de directorio puede ser divulgada por el resto del actual año escolar.					
<b>Información del Directorio (DI, por sus siglas en inglés):</b>					
El DI para las escuelas primarias y secundarias incluye el nombre del estudiante, altura y peso para los miembros de equipos atléticos; fecha de nacimiento, participación en actividades y deportes, fechas en que asistió, premios que recibió y la escuela actual o más reciente a la que asistió. Para los estudiantes de la preparatoria, el DI incluye lo antes mencionado, además, área de estudio, dirección, número de teléfono, correo electrónico y nombre de los padres, DI es divulgado cuando es solicitado para el público, por ejemplo, reporteros, colegios, y universidades, a menos que los padres requieran que el ID no sea divulgado.					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No quiero que la Información del Directorio sobre mi hijo sea divulgada.					
¿Pueden divulgar mi correo electrónico como parte de la Información del Directorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> No, no pueden divulgar la Información del Directorio sobre mi hijo.					
<b>Fotografías, videos u otras imágenes</b>					
¿Pueden divulgar la foto de mi hijo/a u otras imágenes para uso del distrito o público en publicaciones o medios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Libro Anuario, Anuarios, Libros de Recuerdos</b>			<b>Correo electrónico</b>		
¿Pueden publicar la foto de mi hijo/a en el libro anuario de la escuela. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

PRIVACIDAD



## Notificación de Estado Militar

RCW 28A.300.505(2)(b) (página 2 de 6)

A partir del año escolar 2016-2017, la legislatura estatal aprobó una ley que requiere que las escuelas públicas del estado de Washington recopilen información sobre afiliación militar. Esta información permitirá a los educadores y a los legisladores de monitorear elementos importantes del éxito educativo. El objetivo es que el estudiante tenga una transición más exitosa a una nueva escuela/distrito e implementar mejores prácticas educativas para brindarles apoyo.

<http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5163&year=2015>

Por favor marque la cajilla correspondiente y entréguelo en su escuela:

- El padre/madre de familia o tutor es miembro actual del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.
- El padre/madre de familia o tutor es miembro de la Guardia Nacional de Washington o de otro estado.
- Más de uno de los padres o tutores es actualmente miembro del Servicio Activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional de Washington u otro estado.
- Ni el padre, madre o tutor tienen ninguna afiliación militar.
- El Padre/la madre o el tutor es actualmente miembro de la reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

Nombre del estudiante	Grado	Escuela

---

Firma del Padre de Familia

Fecha

## Forma de Recopilación de Datos sobre Etnia y Raza (página 3 de 6)

Por favor responda a ambas preguntas. Pregunta 1 y 2. Si usted no responde, se requiere que el Distrito lo haga por usted.

### PREGUNTA 1. ¿Su niño es hispano o de origen latino? (Indique todos los que se aplican.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NO ES HISPANO O LATINO<br><input type="checkbox"/> CUBANO<br><input type="checkbox"/> DOMINICANO<br><input type="checkbox"/> ESPAÑOL<br><input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO | <input type="checkbox"/> MEXICANO/ MEXICANO AMERICANO/ CHICANO<br><input type="checkbox"/> CENTROAMERICANO<br><input type="checkbox"/> SURAMERICANO<br><input type="checkbox"/> LATINOAMERICANO<br><input type="checkbox"/> OTRO HISPANO/LATINO |
|--|---|

### PREGUNTA 2. ¿A qué raza considera usted que pertenece su hijo ? (Indique todas los que se aplican.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AFRICANO/AMERICANO / NEGRO<br><br><input type="checkbox"/> CAUCÁSICO/BLANCO<br><br><input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO<br><input type="checkbox"/> CAMBOYANO<br><input type="checkbox"/> CHINO<br><input type="checkbox"/> FILIPINO<br><input type="checkbox"/> HMONG<br><input type="checkbox"/> INDONESIO<br><input type="checkbox"/> JAPONÉS<br><input type="checkbox"/> COREANO<br><input type="checkbox"/> LAOSIANO<br><input type="checkbox"/> MALASIO<br><input type="checkbox"/> PAKISTANÍ<br><input type="checkbox"/> SINGAPURENSE<br><input type="checkbox"/> TAIWANÉS<br><input type="checkbox"/> TAILANDÉS<br><input type="checkbox"/> VIETNAMITA<br><input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO<br><br><input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO<br><input type="checkbox"/> FIYIANO<br><input type="checkbox"/> GUAMANIAN o CHAMORRO<br><input type="checkbox"/> DE LAS ISLAS MARIANAS<br><input type="checkbox"/> MELANECIO<br><input type="checkbox"/> MICRONESIO<br><input type="checkbox"/> SAMOANO<br><input type="checkbox"/> TONGANO<br><input type="checkbox"/> OTRA ISLA DEL PACÍFICO | <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA<br><input type="checkbox"/> CHEHALIS<br><input type="checkbox"/> COLVILLE<br><input type="checkbox"/> COWLITZ<br><input type="checkbox"/> HOH<br><input type="checkbox"/> JAMESTOWN<br><input type="checkbox"/> KALISPEL<br><input type="checkbox"/> LOWER ELWHA<br><input type="checkbox"/> LUMMI<br><input type="checkbox"/> MAKAH<br><input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT<br><input type="checkbox"/> NISQUALLY<br><input type="checkbox"/> NOOKSACK<br><input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM<br><input type="checkbox"/> PUYALLUP<br><input type="checkbox"/> QUILEUTE<br><input type="checkbox"/> QUINAULT<br><input type="checkbox"/> SAMISH<br><input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE<br><input type="checkbox"/> SHOALWATER<br><input type="checkbox"/> SKOKOMISH<br><input type="checkbox"/> SNOQUALMIE<br><input type="checkbox"/> SPOKANE<br><input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND<br><input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH<br><input type="checkbox"/> SUQUAMISH<br><input type="checkbox"/> SWINOMISH<br><input type="checkbox"/> TULALIP<br><input type="checkbox"/> YAKAMA<br><input type="checkbox"/> OTRA RAZA INDÍGENA DE WASHINGTON<br><input type="checkbox"/> OTRO INDIO AMERICANO (AMÉRICA DEL NORTE, CENTRO O SURAMÉRICA) |
|---|--|

**Enumere a TODOS los niños/hermanos que viven en su casa y que asisten a las Escuelas Públicas de Vancouver.**

Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo Varón/Mujer	Fecha de Nacimiento. (mes/día/año)	Escuela a la que asiste

**Indique a TODOS los niños/hermanos de edad PREESCOLAR que viven en su casa**




## Forma de Inscripción Escolar (página 5 de 6) Distrito Escolar "Vancouver Public Schools"

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Alpha Key:** \_\_\_\_\_

**Cuidado de niños /Guardería, si se aplica: Si NO se aplica a su estudiante, usted no necesita completar esta sección.**

¿Asiste su niño a cuidado de día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si responde "sí": ¿Cuándo asiste su niño? <input type="checkbox"/> Antes de ir a la escuela <input type="checkbox"/> Después de la escuela			
Nombre del proveedor de cuidado del niño (apellidos, primer nombre, segundo nombre): _____		Teléfono (    ) _____		
Dirección: _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal + 4 _____

**Contacto de Emergencia: (solo números locales, por favor)**

Si su estudiante sufre una lesión, enfermedad, u otra situación de emergencia, necesitaremos ponernos en contacto con familiares u otros adultos responsables

<b>Contacto de Emergencia #1 que no sea el padre-madre/tutor</b> (apellidos, primer nombre, segundo nombre): _____				¿Puede recoger al estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección: _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal + 4 _____

1er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación con el estudiante: _____
2º Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Idioma principal: _____
3er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Contacto de Emergencia #2 que no sea el padre-madre/tutor</b> (apellidos, primer nombre, segundo nombre): _____				¿Puede recoger al estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección: _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal + 4 _____

1er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación con el estudiante: _____
2º Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Idioma principal: _____
3er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Contacto de Emergencia #3 que no sea el padre-madre/tutor</b> (apellidos, primer nombre, segundo nombre): _____				¿Puede recoger al estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección: _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Código + 4 _____

1er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación con el estudiante: _____
2º Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Idioma principal: _____
3er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Contacto de Emergencia #4 que no sea el padre-madre/tutor</b> (apellidos, primer nombre, segundo nombre): _____				¿Puede recoger al estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección: _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Código + 4 _____

1er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación con el estudiante: _____
2º Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Idioma principal: _____
3er Teléfono: (    ) _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Firma del padre/madre/tutor que está inscribiendo al estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Forma de Inscripción Escolar (página 6 de 6)**  
**Distrito Escolar "Vancouver Public Schools"**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Alpha Key:** \_\_\_\_\_

**Por favor indique con (✓) cualquiera de las siguientes condiciones que su niño ha padecido o padece:**

- Problemas de audición (H99)** ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  ¿Tubos? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
  - Problemas de visión (E99)**  ¿Usa anteojos/lentes? \_\_\_\_\_  ¿Usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_ ¿Otro? \_\_\_\_\_
  - Diagnosticado con ADD o ADHD (M40)** ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Proveedor de Asistencia Médica \_\_\_\_\_  
 Enumere todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_  
 ¿Necesitará tomar medicamentos en la escuela?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Si responde "sí", el padre-madre deberá proveer el medicamento y la autorización del Proveedor de Asistencia Médica.
  - Alergias (A99)** Enumere las diferentes clases de alergias: \_\_\_\_\_  
 Describa lo que sucede: \_\_\_\_\_  
 ¿Le han recetado EpiPen para las alergias?  Sí  No Si es "sí", el padre-madre deberá proveer el EpiPen y la autorización del Proveedor de Asistencia Médica.
  - Alergia a picadura de abeja (A10)** Describa lo que sucede: \_\_\_\_\_  
 ¿Le han recetado EpiPen para la alergia?  Sí  No Si responde "sí", el padre- madre deberá proveer el EpiPen y la autorización del Proveedor de Asistencia Médica.
  - ¿Asma (B10), usa un inhalador?**  Sí  No ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Qué cosas le provocan el asma?: \_\_\_\_\_  
 Listado de medicamento que toma para el asma: \_\_\_\_\_  
 Si va a necesitar tomar medicamentos en la escuela, deberá proveer la autorización del Proveedor de Asistencia Médica.
  - ¿Ataque epiléptico (F99), qué clase?** \_\_\_\_\_ Fecha del último ataque: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_
  - Diabetes** ¿Cuándo se la diagnosticaron? \_\_\_\_\_  Tipo 1 (D10)  Tipo 2 (D12)  Inyector  
 Bomba de insulina
  - Parálisis Cerebral (S19)**
  - Corazón (C99)**
  - ¿Alguna condición física que limite su participación en las actividades del salón de clases y/o en educación física? Si responde "sí", los padres deberán proveer una carta de su Proveedor de Asistencia Médica.  
 Describa: \_\_\_\_\_
- Preocupación por problemas ortopédicos/Especifique: \_\_\_\_\_
- Otras condiciones de salud que no se hayan mencionado anteriormente/especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Esta información médica puede ser compartida con el personal que trabaja con su niño (Ej., conductor del bus escolar, maestro asistente, etc.)?  Sí  No

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Autorizo los servicios de emergencia de cualquier doctor.**  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

**Asumo la responsabilidad financiera por los cuidados médicos.**  Sí  No **Firma del Padre-Madre/Tutor** \_\_\_\_\_

**Proveedor de Asistencia Médica:** \_\_\_\_\_ **Clinica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

**Indique cualquier problema medico recurrente o enfermedad inusual que usted quiere que la enfermera conozca. Escriba en el reverso de la página si es necesario.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado sobre el Historial Médico**

La revelación de la información sobre la salud dentro de la escuela, está limitada a la información necesaria para servir el interés de la salud o educación del estudiante. Su firma es un consentimiento informado para compartir historial de salud, información sobre precauciones y procedimientos con el personal de la escuela para el éxito académico y planes de emergencia, según lo determine la enfermera.

**Firma del Padre-Madre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono: Casa** ( ) \_\_\_\_\_ **Trabajo** ( ) \_\_\_\_\_ **Ext.** \_\_\_\_\_