



Auburn School District

VERIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para verificar la residencia dentro del Auburn School District, se debe proporcionar **UN** documento actual de la siguiente lista. El documento debe estar fechado dentro de los últimos treinta días, y debe indicar el nombre y la dirección del padre/madre o tutor (no se aceptan los números de apartado postal como dirección residencial).

- Documentos de fideicomiso, cuenta hipotecaria o estado de cuenta, o declaración de los gastos de mantenimiento del propietario
- Contrato de arrendamiento y recibo de alquiler actual
- Contrato de alquiler y recibo de alquiler actual
- Carta con membrete del complejo de apartamentos o parque de casas móviles, firmada por el propietario, en la que se indique que el padre/madre o tutor vive en la dirección indicada
- Factura de gas
- Factura de electricidad
- Factura de agua
- Factura de televisión por cable
- Factura de los servicios de recolección de residuos
- Factura de un teléfono fijo de la dirección indicada
- Declaración de seguro de residencia
- Verificación de servicios sociales
- Verificación de vivir con _____ . Debe completar y adjuntar un **Formulario de coresidencia**.
(Nombre)

Si no puede proporcionar ninguno de los elementos anteriores, solicite una reunión con el administrador de la escuela para completar el **Acuerdo de residencia**. Este acuerdo le dará un plazo adicional para recopilar los documentos necesarios.

- Se solicita un Acuerdo de residencia

Nombre del estudiante: _____

Nombre(s) del padre/la madre/el tutor: _____

Dirección de residencia: _____

Declaro que el estudiante mencionado reside en la dirección que se muestra en uno de los documentos indicados anteriormente y adjunto a este paquete de inscripción. Le notificaré a la escuela dentro de las dos semanas siguientes al cambio de residencia y acepto proporcionar una nueva prueba de residencia y una declaración firmada actualizada en ese momento. Si me mudo fuera de los límites del distrito escolar, entiendo que debe presentarse una divulgación de asistencia entre distritos para solicitar asistencia continua para este estudiante.

La falsificación de cualquier información o documento que se requiera para la verificación de residencia, o el uso de una dirección de otra persona sin residir realmente allí, puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante en el Auburn School District (consultar política 3131).

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____



Auburn School District

FORMULARIO DE RESIDENCIA COMPARTIDA

Las familias que comparten la vivienda con otra persona u otro miembro de la familia (por ejemplo, alquilan una habitación de la casa) deben presentar el Formulario de residencia compartida. Deberán presentar además el Formulario de verificación de la residencia completado.

Este formulario se adjunta al Formulario de verificación de la residencia para el/los siguiente/s estudiante/s:

Escriba el nombre completo (nombre y apellido) del estudiante/los estudiantes en letra de imprenta.

El PADRE/la MADRE/el TUTOR debe presentar los siguientes documentos en la escuela:

- Formulario de verificación de residencia completado
- Formulario original completado y **notariado**

El RESIDENTE PRINCIPAL/PROPIETARIO de la vivienda compartida debe completar esta sección y presentar una copia a la escuela de los elementos que se mencionan a continuación:

- Licencia de conducir, identificación emitida por el gobierno o pasaporte con foto identificatoria
- Dos (2) ítems enumerados en la Lista de verificación para el establecimiento y la verificación de la residencia

Yo, (letra de imprenta) _____ (residente principal/propietario), declaro que soy el residente principal/propietario del domicilio que figura debajo y en el Formulario de verificación de la residencia (*Residency Verification Form*, RVF) adjunto y que la/s persona/s que declara/n su domicilio en el RVF reside/n conmigo al menos cuatro (4) días a la semana. Declaro, además, que la información suministrada en el RVF, incluida la información proporcionada por el padre/la madre/el tutor, es veraz y correcta. Comprendo que las visitas a la vivienda y/o la verificación de la residencia es parte de un proceso periódico para confirmar la residencia que se establece en el Formulario de verificación de la residencia. Enviaré la documentación requerida como evidencia para la verificación de mi residencia. Acepto notificar al Auburn School District sobre cambios en la condición de la residencia de las personas que figuran el RVF e incluso de mí mismo.

Certifico que la presente información es veraz y reconozco que la falsificación u omisión de información podría tener como consecuencia la modificación de la colocación del programa o escuela para este estudiante, incluida la expulsión de la escuela. Se adjunta el Acuerdo de residencia con los datos de la dirección (número, calle, n.º de unidad, ciudad/estado, código postal).

Dirección _____
Número Calle N.º de unidad Ciudad/Estado Código postal

Firma del residente principal/propietario (ante un notario como testigo) Fecha

Un notario público deberá completar la sección a continuación:

ESTADO DE WASHINGTON, CONDADO DE _____

En el día de la fecha, compareció ante mí _____, quien acreditó su identidad y otorgó el presente instrumento aquí incluido y reconoció ser el firmante del mismo en un acto de libre voluntad para los usos y propósitos aquí mencionados.

Otorgo el presente, al que estampo con firma y sello, a los _____ días de _____, 20____.

Nombre en letra de imprenta: _____

Notario público con residencia en _____

Nombramiento válido hasta: _____

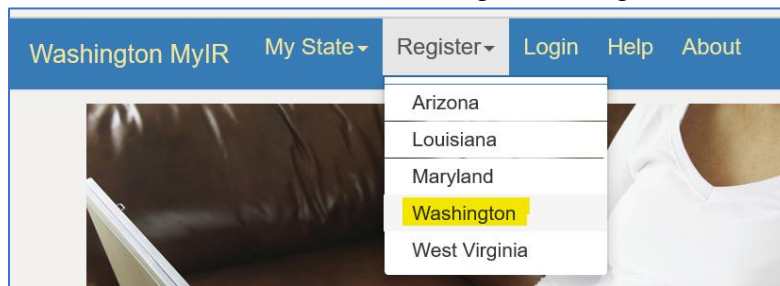
INSTRUCCIONES: cómo obtener los registros de vacunación para ser aceptado en una escuela

A partir del 1 de agosto de 2020, se requerirán los registros de vacunación verificados médicamente para poder ingresar a la escuela. Los registros verificados médicamente incluyen imprimir el Certificado de vacunación de MyIR o llenar un formulario del Certificado del estado de vacunación (Certificate of Immunization Status, CIS) y adjuntar uno de los documentos adicionales requeridos que se indican abajo.

- **La impresión de un Certificado del estado de vacunación impreso de [MyIR](#) es la primera opción para obtener los registros de vacunación de un estudiante:**

Cree una [cuenta MyIR](#).

Para obtener información de vacunación del Washington State regístrese en “Washington”



Siga los pasos. Complete con la información requerida.

A screenshot of the Washington MyIR registration form, step 1: Account Set Up. The form includes fields for First Name, Last Name, Select Gender, Email, Password, and Confirm Password. A 'Next' button is visible at the bottom right.

Ingrese la información de su hijo. Luego confirme y regístrese.

A screenshot of the Washington MyIR registration form, step 3: Add My Children. The form includes fields for First Name, Last Name, Gender, and Birth Date. A 'Next' button is visible at the bottom right.

Descargue e imprima el Certificado de vacunación.

O

- **Otra opción es llenar el formulario del Certificado del estado de vacunación y adjuntar:**
 - La firma de un proveedor de atención médica **O**
 - El registro vitalicio de vacunación oficial con el sello o la firma del proveedor **O**
 - El registro oficial de vacunación para inmigración **O**
 - El registro de vacunación impreso obtenido de un proveedor de atención médica, de una clínica o de un hospital **O**
 - El registro de vacunación por escrito con el sello o la firma de un proveedor

Los ítems arriba mencionados también son válidos para una fecha de inicio anterior al 1 de agosto.



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**

	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha DD/MM/AA	Fecha 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)						
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
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		

►
 Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____
 ►
 Printed Name _____

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicíteles que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.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

Antecedentes médicos del estudiante Auburn

Nombre del estudiante (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Género: _____

La ley estatal exige que los estudiantes con afecciones potencialmente mortales, como la anafilaxia, el asma grave, la diabetes o las crisis epilépticas, completen un plan de atención médica e indiquen los medicamentos necesarios antes del primer día de clases. Comuníquese con el personal de enfermería de la escuela lo antes posible para completar los formularios correspondientes.

¿El estudiante padece de una afección POTENCIALMENTE MORTAL? Sí No

ANTECEDENTES MÉDICOS (marque todas las opciones que correspondan)

<p>Afecciones potencialmente mortales: (es OBLIGATORIO tener un plan de atención médica)</p> <p>EG <input type="checkbox"/> Anafilaxia (con EpiPen prescrito) Alérgico a: _____</p> <p>EK <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Crisis epilépticas (¿se requiere medicación de emergencia?) Tipo: _____</p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma grave</p> <p><input type="checkbox"/> Otras afecciones potencialmente mortales:</p> <hr/> <p>Congénitas/genéticas</p> <p>AH <input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p>AJ <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro alcohólico fetal <input type="checkbox"/> Otras afecciones, especifique:</p> <p>De la sangre/hematológicas</p> <p>BA <input type="checkbox"/> Anemia</p> <p>BB <input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p>BC <input type="checkbox"/> Célula falciforme Enfermedad Rasgo de</p> <p>OJ <input type="checkbox"/> Antecedentes de hemorragias nasales graves <input type="checkbox"/> Otra afección sanguínea:</p> <p>Cardíacas/del corazón</p> <p>CC <input type="checkbox"/> Defectos cardíacos congénitos</p> <p>CD <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Otra afección cardiovascular:</p> <p>Alérgicas, inmunitarias, endocrinas, metabólicas y nutricionales</p> <p>ED <input type="checkbox"/> Alergia a algún alimento:</p> <p>EE <input type="checkbox"/> Alergia a algún insecto: <input type="checkbox"/> Especifique otros tipos de alergia:</p> <p>EL <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Otras afecciones endocrinas, inmunes, nutricionales o metabólicas:</p> <p>Gastrointestinales, dentales y orales</p> <p>GA <input type="checkbox"/> Celiaquía</p> <p>GG <input type="checkbox"/> Intolerancia a los alimentos/preferencias religiosas Especifique: _____</p> <p>GL <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa</p> <p>GF <input type="checkbox"/> Encopresis</p> <p>GO <input type="checkbox"/> Constipación crónica</p> <p>GH <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico</p> <p>GJ <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>GK <input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable <input type="checkbox"/> Otros trastornos gastrointestinales, hepáticos, dentales u orales:</p> <p>Musculoesqueléticas</p> <p>MC <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide/idiopática juvenil <input type="checkbox"/> Especifique:</p> <p>Cáncer/tumor</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique:</p>	<p>Sistema nervioso</p> <p>NB <input type="checkbox"/> TDAH/TDA diagnosticado por: _____</p> <p>NC <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista</p> <p>NE <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</p> <p>NF <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo</p> <p>NH <input type="checkbox"/> Migrañas</p> <p>NI <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza recurrentes</p> <p>NP <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior Tipo:</p> <p>NU <input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico</p> <p><input type="checkbox"/> Otra afección neurológica:</p> <p>Trasplante</p> <p>OD <input type="checkbox"/> Especifique el órgano:</p> <p>Salud mental o conductual</p> <p>PA <input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p>PC <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p>PH <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño <input type="checkbox"/> Otra afección relacionada con la salud mental o conductual</p> <p>Respiratorias/de la respiración</p> <p>RG <input type="checkbox"/> Asma: actual</p> <p>RH <input type="checkbox"/> Asma: se diagnosticó alguna vez</p> <p>RA <input type="checkbox"/> Asma: inducida por el ejercicio</p> <p>RE <input type="checkbox"/> Enfermedad reactiva de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Otra afección respiratoria:</p> <p>Piel</p> <p>SB <input type="checkbox"/> Eccema o dermatitis de contacto o psoriasis <input type="checkbox"/> Otra afección de la piel:</p> <p>Renales/del riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique:</p> <p>Auditivas/del oído</p> <p>YA <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas de oído <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior</p> <p>YB <input type="checkbox"/> Problemas de audición Audífonos/Implante coclear <input type="checkbox"/> Otra afección del oído:</p> <p>De la vista/del ojo</p> <p>YF <input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto</p> <p>YE <input type="checkbox"/> Visión cromática deficiente</p> <p>YD <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Otras afecciones de la vista:</p> <p>Otras preocupaciones de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Especifique: _____</p> <p>Preocupaciones de salud desconocidas</p> <p>OC <input type="checkbox"/> Escriba sus iniciales: _____</p>
--	--

(Consulte el reverso. Complete la información en la página 2)

Antecedentes médicos del estudiante Auburn



Nombre del estudiante (apellido, nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Género: _____

MEDICAMENTOS

Informe todos los medicamentos que el estudiante toma en casa o en la escuela.

¿Debe tomar el medicamento en casa ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique: _____
¿Debe tomar el medicamento en la escuela ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique: Complete la documentación OBLIGATORIA para los medicamentos que debe tomar en la escuela.
<i>La ley estatal exige un permiso por escrito del tutor y de un proveedor de atención médica antes de que pueda tomar cualquier medicamento (recetado y de venta libre) en la escuela. Los formularios están disponibles en la oficina de la escuela o en nuestro sitio web del distrito y se deben completar anualmente.</i>

Procedimientos/equipos/dispositivos médicos Ejemplo: sonda gástrica, derivación ventriculoperitoneal, cateterismo, estimulador del nervio vago u otros Otros (describa) _____	Problemas para realizar actividad física o moverse/equipo de asistencia Ejemplo: silla de ruedas, aparatos ortopédicos u otros Otros (describa) _____
--	--

Para ayudarnos a comprender mejor las necesidades de su hijo, complete la siguiente información:

Antecedentes médicos/de desarrollo:

Nacimiento e infancia: Peso al nacer _____ ¿El embarazo fue a término? Sí No Duración del embarazo _____
Indique la edad en que su hijo aprendió a hacer lo siguiente: Ir solo al baño _____ Caminar _____ Hablar _____
¿Estuvo internado? _____
¿Sufrió heridas graves? _____
¿Fue atendido por un especialista? _____
¿Qué otra información nos sería útil saber sobre su hijo? Especifique: _____

Entiendo que la información que proporcioné se compartirá con el personal correspondiente de la escuela que necesita conocerla para garantizar la salud y la seguridad del estudiante. Si no se puede contactar a los padres/tutores o a los contactos de emergencia autorizados en el momento de una emergencia médica, y si se necesita la atención médica de forma urgente según el juicio de las autoridades escolares, autorizo y ordeno a las autoridades escolares que envíen al estudiante al hospital o al médico más cercano. Entiendo que voy a asumir toda la responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado. **Entiendo que la ley de Washington exige que las vacunas del estudiante estén completas o en estado condicional antes de comenzar la escuela.** Doy permiso para que la escuela agregue información sobre las vacunas al Sistema de Información de Vacunas con el fin de mantener el registro escolar de mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor legal: _____ Fecha: _____
Teléfono/celular del padre, la madre o el tutor legal _____ Teléfono del lugar de trabajo _____
Contacto en caso de emergencia/parentesco _____ Teléfono _____
Nombre del proveedor de atención médica _____ Teléfono _____

For Office Use only: Complete Immunization Records

Complete IIS # _____ IIS Copy Provided ___ Medically verifiable records provided ___ COE ___
or Conditional status _____ Parent signed acknowledgment _____
or Out of compliance _____



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p>Derecho a los servicios de traducción o interpretación Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</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 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 Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ 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.

Note to district: This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.





Cuestionario de Vivienda Estudiantil

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede recibir según la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La McKinney-Vento brinda servicios y apoyos para niños y jóvenes.

¿Es dueño/renta su propio hogar? Sí No **Si es así, no es necesario completar este formulario.**

Si no es dueño/no renta su propio hogar, por favor marque todo lo que corresponda a continuación. (Entregar esta forma su consejero escolar o representante de personas sin hogar del distrito. La información de contacto se puede encontrar en la parte inferior de la página).

- En un motel
- En un refugio
- Mudarse de un lugar a otro
- En la casa o apartamento de otra persona con otra familia
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
- Un automóvil, parque, camping o ubicación similar
- Hogar transitoria
- Otro _____

Nombre de estudiante: _____
Primero Segundo Apellido

Nombre de escuela: _____ Grado: _____ Cumpleaños: _____ Edad: _____
Mes/Día/Año

Género: _____
 El estudiante no está acompañado (no vive con un padre o tutor legal)
 El estudiante está viviendo con un padre o tutor legal
 Estudiante está en cuidado de crianza

DIRECCION DE RESIDENCIA ACTUAL: _____

NUMERO DE TELEFONO O DE CONTACTO: _____ NOMBRE DEL CONTACTO: _____

Escriba el nombre de los padres/tutores legales: _____
(o joven no acompañado)

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

*Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Por favor devuelva el formulario completado a: Consejero Escolar o

Dennis Grad (253) 931-4938 ASD Transportation: 615 15th Street SW, Auburn, WA 98001

For School Personnel Only: For data collection purposes and student information system coding

(N) Not Homeless (B) Doubled-Up (C) Unsheltered (D) Hotels/Motels (E) Foster Care

Auburn School District #408 • 915 4th St NE • Auburn, WA 98002 • 253-931-4900

Estimado padre/tutor,

Este año, el Distrito escolar de Auburn está haciendo un esfuerzo especial para garantizar que todos los estudiantes se beneficien completamente de su educación, al asistir a la escuela regularmente. Asistir a la escuela regularmente ayuda a los niños a sentirse mejor acerca de la escuela y de ellos mismos. Su estudiante puede comenzar a desarrollar este hábito en preescolar, para que aprenda de inmediato que es importante llegar a la escuela a tiempo, cada día es importante. La asistencia constante ayudará a los niños a que les vaya bien en la escuela secundaria, la universidad y el trabajo.

¿SABÍA USTED?

- Desde el jardín de infancia, incidir en demasiadas ausencias (justificadas e injustificadas) puede hacer que los niños se rezaguen en la escuela.
- Faltar al 10 por ciento (o alrededor de 18 días) aumenta la probabilidad de que su estudiante no lea bien o domine las matemáticas al mismo nivel que sus compañeros.
- También es posible que los estudiantes se rezaguen en su aprendizaje incluso si faltan solo un día o dos días cada pocas semanas.
- Llegar tarde a la escuela puede llevar a una asistencia deficiente.
- Las ausencias pueden afectar a toda el aula de clases, si el profesor tiene que reducir la velocidad de aprendizaje para ayudar a los niños a ponerse al día.
- Para 6.º grado, el absentismo es uno de los tres indicios de la posibilidad de que un estudiante puede abandonar la escuela secundaria.
- Al estar presentes en la escuela, su niño aprende habilidades sociales valiosas y tiene la oportunidad de desarrollar relaciones significativas con otros estudiantes y el personal escolar.
- Las ausencias pueden ser un indicio de que un estudiante está perdiendo interés en la escuela, está teniendo dificultades con el trabajo escolar, está lidiando con un acosador escolar o enfrenta alguna otra dificultad potencialmente grave.
- Para 9.º grado, la asistencia regular y elevada es un mejor predictor de las tasas de graduación que los puntajes obtenidos en las pruebas de 8.º grado.

LO QUE NECESITAMOS DE USTED

Echamos de menos a su estudiante cuando se ha marchado, porque valoramos sus contribuciones a nuestra escuela. Nos gustaría que nos ayudara a garantizar que su estudiante asista regularmente y tenga éxito en la escuela. Si tiene previsto que su estudiante se ausente, comuníquese con la oficina de asistencia de la escuela de su hijo.

NUESTRA PROMESA

Sabemos que hay muchas razones por las que los estudiantes se ausentan de la escuela, desde problemas de salud a dificultades de transporte. Son muchas las personas en nuestro edificio que están preparadas para ayudarle si a usted o a su estudiante se le dificulta llegar a la escuela regularmente o a tiempo. Dependiendo del grado o escuela de su estudiante, esto podría incluir a su director, subdirector, decano, consejero, maestro, ¡o todos los anteriores! Prometemos hacer un seguimiento de la asistencia diariamente, percatarnos de cuándo su estudiante se ausenta de clase, comunicarnos con usted para saber por qué estaba ausente e identificar las barreras y los apoyos disponibles para superar los retos que usted pueda enfrentar para ayudar a su estudiante a asistir a la escuela.

POLÍTICAS ESCOLARES Y LEYES ESTATALES

Es importante que usted entienda las políticas y procedimientos de nuestra escuela, así como la ley del Estado de Washington, para poder garantizar que su hijo tenga éxito en la escuela. La ley estatal de asistencia obligatoria, llamada la Ley Becca, exige que los niños de 8 a 17 años asistan a una escuela pública, escuela privada o a un programa escolar en casa aprobado por el distrito. Los niños entre 6 y 7 años de edad no están obligados a estar inscritos en una escuela.

Sin embargo, si los padres inscriben a sus hijos de 6 o 7 años de edad, el estudiante debe asistir a tiempo completo. Los jóvenes mayores de 16 años puede ser dispensados de asistir a la escuela pública si cumplen con ciertos requisitos.

<http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=28A.225>

Nosotros, la escuela, estamos obligados a tomar la asistencia diariamente y notificarle cuando su estudiante tenga una ausencia injustificada.

Si su estudiante tiene tres ausencias injustificadas en un mes, la ley estatal (Código revisado de Washington [Revised Code of Washington, RCW 28A.225.020]) exige que programemos una conferencia con usted y su estudiante para identificar las barreras y los apoyos disponibles para garantizar la asistencia regular. El distrito está obligado a desarrollar un plan que puede exigir una evaluación para determinar cómo satisfacer mejor las necesidades de su estudiante y reducir el absentismo.

En la escuela primaria, después de cinco ausencias justificadas en cualquier mes, o diez o más ausencias no justificadas en el año escolar, al distrito escolar se le exige comunicarse con usted para programar una conferencia a una fecha y hora mutuamente aceptable y razonable, en la que participe al menos un empleado del distrito, para poder identificar las barreras y los apoyos disponibles para usted y su estudiante. Una conferencia no es obligatoria si su estudiante ha entregado una justificación médica, o manifestó su ausencia por escrito y con antelación, y el padre, el estudiante y la escuela hayan elaborado un plan para que su estudiante no se rezague académicamente. Si su estudiante tiene un Plan de Educación Individualizado o un Plan 504, el equipo que creó el plan necesita reunirse de nuevo.

Si su estudiante tiene siete ausencias injustificadas en cualquier mes, o diez ausencias injustificadas en el año escolar, estamos obligados a presentar una petición ante el Tribunal de Menores, en la que alegaremos una infracción del RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia obligatoria. Si su estudiante continúa ausentándose, es probable que usted tenga que ir al tribunal.

En Auburn hemos establecido normas de asistencia que le ayudarán a garantizar que su estudiante asista con regularidad. Los estudiantes ausentes sin una excusa válida por parte de los padres serán contados como ausentes. La Política de Distrito 3121 de Auburn ha tipificado las excusas válidas para las ausencias y clarifica la autoridad del director de la escuela para determinar si una ausencia cumple con los criterios del distrito.

LO QUE USTED PUEDE HACER

- Establezca una hora regular para ir a la cama y una rutina en las mañanas.
- Haga los preparativos escolares la noche anterior, asegúrese de que la tarea esté completa y de que el sueño sea suficiente.
- Averigüe qué día comienzan las clases y asegúrese de que su hijo tenga sus vacunas al día.
- No permita que su estudiante se quede en casa, a menos que esté realmente enfermo. Tenga en cuenta que las quejas de dolor de estómago o dolor de cabeza pueden ser un signo de ansiedad y no una razón para quedarse en casa.
- Evite citas y viajes largos durante períodos escolares.
- Prepare planes de respaldo para llegar a la escuela, en caso de que surja algún percance. Llame a un miembro de la familia, un vecino o a otro padre.
- Mantenga un registro de la asistencia de su estudiante. Faltar más de 9 días podría poner a su estudiante en riesgo de rezagarse.
- Hable con su estudiante acerca de la importancia de la asistencia.
- Hable con los maestros de su estudiante si nota cambios repentinos en su conducta. Estos cambios podrían estar vinculados a alguna situación presente en la escuela.
- Fomente actividades para después de clase que sean significativas para su estudiante, incluyendo deportes y clubes.

Si usted tiene alguna pregunta o desea conversar sobre la asistencia de su hijo, comuníquese con el director del plantel escolar directamente.

Atentamente,

El director de su estudiante

Por favor, retire y devuelva la parte inferior de esta carta.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____
(Student Name) (Grade) (School)

Su firma a continuación indica que ha leído y entendido las políticas y procedimientos de asistencia del Distrito Escolar de Auburn.
(Your signature below indicates that you have read and understand the attendance policies and procedures of the Auburn School District.)

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____
(Parent Signature) (Date)