

ESCUELAS PRIMARIAS DEL ÁREA DE WINDOM

1200 17th St | Apartado de correos 177 | Windom, MN 56101 | Teléfono: (507)831-6925 | Fax: (507)831-6932

Nombre legal del estudiante: _____ Grado _____
Dirección del estudiante: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Teléfono Primario #: _____

El estudiante previamente asistió a una escuela de Minnesota? Sí No
Último día que el estudiante estuvo en la escuela anterior _____
Escuela anterior _____ Grado _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

Escuela anterior si no está en Minnesota _____ Grado _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

¿Estaba el estudiante inscrito en clases de educación especial o en un IEP? Sí No
Encaso **afirmativo**, indique: _____

¿Recibió el estudiante servicios para estudiantes que aprenden inglés en la escuela anterior? Sí No

El niño vive con:

_____ Ambos padres biológicos
_____ Madre / padrastro
_____ Padre / madrastra
_____ Nombre / grado de los hermanos: _____
_____ Otro pariente / s: _____
_____ Tutor designado por el tribunal: (Adjunte una orden judicial) _____ Padres de crianza temporal (Adjunte el formulario de Servicios Sociales)

Si el estudiante **NO** reside con padres biológicos, ¿se han terminado los derechos de los padres? Sí No
Si la respuesta es **No**, ¿en qué distrito escolar residen los padres biológicos? _____

¿Quién tiene derechos de custodia legal?: _____ Padre _____ Madre _____ Ambos (Adjunte copia de la orden judicial o decreto)

Si los padres **NO** tienen la misma dirección, a quién enviaremos los correos: Padre / Madre / Ambos

Servicio activo

Durante el año pasado, ¿alguno de los padres / tutores del estudiante estuvo en servicio activo con el Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera? Esto **incluye la** capacitación como miembro de cualquiera de las cinco ramas, así como el servicio activo cuando se despliega. **No incluye** el servicio de la Guardia Nacional.

Sí No

PADRES / TUTORES

Hogar 1

Padre / Padrastro _____ Madre / Madrastra _____
Dirección (si es diferente a la anterior) _____
Teléfono de casa Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____
Padre / padrastro **celular** _____ madre / madrastra **celular** _____
padre / padrastro **Lugar de trabajo** _____ Madre / Madrastra **Lugar de trabajo** _____
¿Acceso a Internet? **Sí** o **No**

Hogar 2

Padre / padrastro _____ Madre / madrastra _____
Dirección (si es diferente a la anterior) _____
Teléfono de casa _____ Dirección de correo electrónico _____
Padre / padrastro **celular** _____ madre / madrastra **celular** _____
padre / padrastro **Lugar de trabajo** _____ Madre / Madrastra **Lugar de trabajo** _____
¿Acceso a Internet? **Sí** o **no**

CONTACTOS DE EMERGENCIA

(además de los padres / tutor)

1^{er} Contacto

Nombre: _____
Relación _____
Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____
El estudiante puede ser recogido de la escuela por el contacto que aparece más arriba? Si No

2^{do} Contacto

Nombre: _____
Relación _____
Teléfono celular _____ Teléfono _____
El estudiante puede ser recogido de la escuela por el contacto que aparece más arriba? Si no

Proveedor de guardería: _____
Dirección _____ Teléfono _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha: _____

(EXPIRA EN UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA, A MENOS QUE SE REVOQUE ANTES POR ESCRITO)

Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante: _____ Segundo nombre/inicial del estudiante: _____

Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Distrito: _____ Escuela: _____

Las escuelas están obligadas a remitir determinada información de etnicidad y raza al estado y al Departamento de Educación de EE. UU. Debido a cambios recientes en la ley estatal de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para ampliar la representación de nuestras poblaciones de estudiantes. Los progenitores o tutores no tienen que contestar a las preguntas federales (**en negrita**) para sus hijos. Si decide no contestar a las preguntas federales (**en negrita**), la ley obliga a las escuelas a hacerlo por usted. Esto es un último recurso. Preferimos que sean los progenitores o tutores quienes rellenen el formulario. Las preguntas del estado están marcadas como "Opcionales" y las escuelas no rellenan esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje a todos y nos ayuda a identificar y a defender con precisión a estudiantes con pocos recursos. La información recopilada en este formulario se considera información privada. Puede consultar el aviso de privacidad para aprender más acerca del objetivo de recopilar esta información, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados. El aviso de privacidad se encuentra en la sección de [Preguntas Más Frecuentes: Formulario de designación étnica y racial](#)

¿El estudiante es Hispano/Latino, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Americano Central o del Sur, u otro Español, independientemente de la raza.¹

[Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta].

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta A].

No [Si no, vaya a la Pregunta 1].

Pregunta opcional A: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Español/American | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> o-Español | |

Vaya a la Pregunta 1.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes, 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

[Seleccione "sí" como mínimo a una de las siguientes Preguntas (1-6)].

Pregunta 1: ¿Se identifica el estudiante como Indio Americano o Nativo de Alaska, según la definición del estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye a personas que tienen ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica que mantienen identificación cultural mediante afiliación tribal o reconocimiento comunitario. [Esta pregunta es necesaria para calcular ayudas/financiación estatal].

- Sí** [Si sí, vaya a la Pregunta 1a]. **No** [Si no, vaya a la Pregunta 2].

Pregunta opcional 1a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar. | <input type="checkbox"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra Afiliación Tribal Indio |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Vaya a la Pregunta 2.

Pregunta 2. ¿El estudiante es Indio Americano de Sudamérica o América Central?

- Sí** [Vaya a la Pregunta 3]. **No** [Vaya a la Pregunta 3].
-

Pregunta 3. ¿El estudiante es Asiático, según la definición del gobierno federal? Esta definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Asia Suroriental, o el continente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.¹

- Sí** [Si sí, vaya a la Pregunta 3a]. **No** [Si no, vaya a la Pregunta 4].

Pregunta opcional 3a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar. | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

Vaya a la Pregunta 4.

Pregunta 4. ¿El estudiante es negro o Americano Africano, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de ascendencia de cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

- Sí** [Si sí, vaya a la Pregunta 4a]. **No** [Si no, vaya a la Pregunta 5].

Pregunta opcional 4a. Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (*el personal de la escuela no responderá a esta pregunta*):

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar | <input type="checkbox"/> Otro-Etíope | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Americano-Africano | <input type="checkbox"/> Liberiano | <input type="checkbox"/> Otro negro |
| <input type="checkbox"/> Oromo-Etíope | <input type="checkbox"/> Nigeriano | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Vaya a la Pregunta 5.

Pregunta 5. ¿El estudiante es Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa y otras Islas del Pacífico.

- Sí** [Vaya a la Pregunta 6]. **No** [Vaya a la Pregunta 6].

Pregunta 6. ¿El estudiante es blanco, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio o Norte de África.¹

- Sí** **No**

Nombre del progenitor/tutor _____ Fecha _____

Firma del progenitor/tutor _____

El objetivo de recopilar cada grupo, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede consultar en el documento adjunto de Preguntas Más Frecuentes.

¹Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes, 19 de octubre de 2007/Avisos/59274

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	<input type="checkbox"/> idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idioma(s) aparte del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Minnesota Language Survey
Spanish



Encuesta sobre Tecnología en el Hogar

Gracias por participar en la Encuesta de Equidad Digital Estudiantil (Tecnología en el Hogar). Esta encuesta recopila información sobre el acceso de los estudiantes a Internet y los dispositivos electrónicos que se utilizan para el trabajo escolar en el hogar del estudiante. Los datos están siendo solicitados por el Departamento de Educación de Minnesota, que puede usar los datos para proporcionar información resumida a nivel estatal y local sin información personal o de identificación.

Las Escuelas del Área de Windom pueden usar esta información para identificar a los estudiantes que podrían beneficiarse de apoyos adicionales para asegurarse de que puedan acceder a oportunidades de aprendizaje fuera del aula o del edificio escolar. Es importante que recopilemos información precisa de cada estudiante para que cada estudiante y su familia tengan el equipo, la ayuda y el apoyo necesarios.

Instrucciones

Complete la siguiente información en función de cómo usa los dispositivos electrónicos para completar el trabajo escolar en su hogar. Esta encuesta utiliza la dirección principal que proporcionó como su "hogar".

Debe responder las preguntas a continuación basándose únicamente en las condiciones en esta dirección.

Información del estudiante

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Grado: _____

Dirección principal del estudiante: _____

Acceso a Internet

1. ¿Tiene el estudiante acceso a Internet en su dispositivo principal de aprendizaje en casa?

- Sí
- No – No disponible
- No – No asequible
- Otro

2. ¿Cuál es el principal tipo de servicio de Internet que se utiliza en la residencia?

- Banda ancha residencial (e.g., DSL, Cable, Fibra)
- Red celular
- HotSpot proporcionado por la escuela
- Satelite
- conexión de acceso telefónico (Dial-Up)
- Otro
- Desconocido

3. ¿Puede el alumno transmitir un video en su dispositivo principal de aprendizaje sin interrupciones?

- Si – sin problemas
- Si – pero no consistente
- No

Acceso a Dispositivo Digital

1. ¿Qué dispositivo usa el estudiante con más frecuencia para completar el trabajo escolar en casa?
(seleccione solo uno)

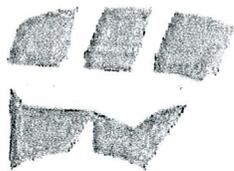
- Computadora de escritorio / portátil
- Tableta
- Chromebook
- Teléfono inteligente
- Ninguno
- Otro

2. ¿Quién es el proveedor del dispositivo principal de aprendizaje?

- Personal
- Escuela
- Otro

3. ¿El dispositivo de aprendizaje principal se comparte o no se comparte con otra persona?

- Compartido
- No compartido
- Desconocido



Formulario de Autorización Médica Anual

Nombre del Estudiante: _____

Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Maestro/Tutor _____

Toda la información de contacto de la Oficina de salud, incluido el número de teléfono diurno de los padres / representantes y el nombre de la persona / familia alternativa y el número de contacto se obtiene a través de Skyward. Gracias por mantener la información actualizada.

HISTORIA MÉDICA

¿Problemas médicos que deberíamos saber? Asma, alergias, convulsiones, corazón, diabetes, ojos, oídos, dental, etc.

Explique _____

Alergias a medicinas? Si No _____

Alergias no farmacológicas (Alimentos, látex, picaduras de abejas, etc.)? Si No

Explique: _____

El estudiante tiene un Epi-Pen? Si No

Medicamentos que el niño toma todos los días en casa? _____

Medicamentos que el niño toma todos los días en la escuela? _____

Cualquier estudiante que necesite medicamentos en la escuela debe seguir la pauta del distrito que requiere la firma de padres y médicos. Los formularios están disponibles en la oficina de salud o en el sitio web

<http://windom.ss13.sharpschool.com/> **Se requieren formularios firmados antes de administrar la medicina.**

Medicinas que el niño toma según sea necesario (Inhalador, Neb, etc.)? _____

¿Las vacunas están actualizadas? Sí No (verifique con la oficina de salud escolar o verifique en Skyward)

Nombre del Médico de la Familia / Clínica _____

Número de teléfono de la oficina del doctor _____

Nombre de la compañía de seguro médico y número de póliza _____

No tiene seguro médico _____

Nombre del dentista de la familia _____

Fecha del último examen dental (mes / año) _____ Seguro Dental: Si No

Nombre del Optometrista de la Familia _____

Fecha del último examen de la vista (mes / año) si es aplicable _____

Nombres de otros médicos y Especialidad _____

Fecha de última visita (mes / año) si es aplicable _____

La información de salud será confidencial y puede ser compartida con el personal escolar y los conductores de autobús involucrados. Doy permiso al personal del Distrito Escolar Independiente 177, Windom, MN, para que brinde y reciba información sobre vacunación con el médico, la clínica médica o salud pública de mi hijo, y que busque atención médica inmediata para el niño mencionado anteriormente.

(Fecha)

(Firma del padre o representante legal)

PALMER BUS SERVICE OF WINDOM

Padres/Representantes

Mi nombre es Kevin Heggseth, soy el administrador del Servicio de Autobuses Palmer. Somos la empresa de autobuses que sirve al Distrito Escolar de Windom. Les pido llenar esta hoja de información para así saber sus necesidades de transporte.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

EN LA MAÑANA:

SU ESTUDIANTE NECESITA TRANSPORTE DE LA CASA A LA ESCUELA? (Por favor circule) SI NO

SI CONTESTA SI, POR FAVOR DIGA DONDE SU ESTUDIANTE SERA RECOGIDO Y CIRCULE QUE DIAS:

DIRECCION DEL HOGAR: _____ L M M J V

NOMBRE Y DIRECCION DE CUIDADO INFANTIL:
_____ L M M J V

SI SU ESTUDIANTE **NO** NECESITA TRANSPORTE ESCOLAR DE LA CASA A LA ESCUELA:

EL ESTUDIANTE SERA LLEVADO A LA ESCUELA POR LOS PADRES: L M M J V

EL ESTUDIANTE CAMINARA DE LA CASA A LA ESCUELA POR SI SOLO: L M M J V

EN LA TARDE:

SU ESTUDIANTE NECESITA TRANSPORTE DE LA ESCUELA A LA CASA? (Por favor circule) SI NO

SI CONTESTA SI, POR FAVOR DIGA DONDE SU ESTUDIANTE SERA DEJADO Y CIRCULE QUE DIAS:

DIRECCION DEL HOGAR _____ L M M J V

NOMBRE Y DIRECCION DE CUIDADO INFANTIL:
_____ L M M J V

SI SU ESTUDIANTE **NO** NECESITA TRANSPORTE ESCOLAR DE LA ESCUELA A LA CASA:

EL ESTUDIANTE SERA RECOGIDO POR LOS PADRES EN LA ESCUELA: L M M J V

EL ESTUDIANTE CAMINARA A CASA POR SI SOLO: L M M J V

Kevin Heggseth, Administrador

tel: 831-6924 o 822-2903

Introduzca los datos de cada una de las vacunas que su hijo/a haya recibido hasta la fecha. Especifique el mes, el día y el año de cada dosis (p. ej., 01/01/2020)

Formulario de vacunaciones

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Vacunas requeridas para cuidados infantiles, programas para la primera infancia y la escuela.

Vacuna	0 - 6 meses	12 - 24 meses	En el jardín de infantes	En 7.º grado	En 12.º grado
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haemophilus influenzae type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La ley de Minnesota obliga a que los niños matriculados en cuidados infantiles, programas para la primera infancia o la escuela estén vacunados contra ciertas enfermedades, excepto si el niño cuenta con una exención médica o no médica.

Instrucciones para el padre, la madre o el guardián:

- Indique las fechas en orden cronológico, incluso si su hijo/a recibió alguna vacuna fuera de la categoría de edad o grado que aparece en el recuadro. Dependiendo de la edad de su hijo/a, es posible que no haya recibido todas las vacunas, por lo que algunos recuadros se dejarán en blanco.
 - Si tiene un copia del historial de vacunación de su hijo/a, puede incluir una copia del mismo en lugar de rellenar la parte delantera de este formulario.
 - Su clínica o doctor pueden proporcionarle una copia del historial de vacunación de su hijo/a. Si le falta o necesita información sobre el historial de vacunación de su hijo/a, hable con su doctor o llame a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) al 651-201-3980 o al 800-657-3970.
- Firme u obtenga las firmas necesarias para la parte trasera de este formulario.
 - Documente las exenciones médicas y no médicas en la sección 1.
 - Verifique el historial de varicela en la sección 2.
 - Proporcione consentimiento para compartir información sobre vacunaciones (opcional) en la sección 3.

Instrucciones: Rellene la sección 1 para documentar una exención médica o no médica, la sección 2 para comprobar el historial de varicela y la sección 3 para dar consentimiento para compartir información sobre vacunaciones.

Nombre _____

1. Documento una exención médica o no médica (A y/o B).

Marque con una X en el recuadro para indicar si se trata de una exención médica o no médica. Si existen exenciones para más de una vacuna, marque cada vacuna con una X.

Vacuna	Exención médica	Exención no médica
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

A. Exención médica: Con mi firma a continuación confirmo que este/a niño/a no debería recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe una confirmación de laboratorio conforme ya es inmune.

Firma: _____ Fecha: _____
(del profesional médico*)

2. Historial de varicela. Este/a niño/a tuvo la varicela durante el mes y año _____

Mi firma a continuación significa que confirmo que este/a niño/a no necesita de la vacuna contra la varicela porque:

- Soy un profesional médico y a este/a niño/a le fue previamente diagnosticada la varicela, o bien el padre o la madre proporcionaron una descripción que indica que su hijo/a tuvo la varicela en el pasado.
- Soy el padre, la madre o el guardián y este/a niño/a tuvo la varicela antes o en fecha del 1 de septiembre de 2010.

Firma: _____ Fecha: _____

(del profesional médico *, representante de clínica pública o padre/madre/guardián). El padre o la madre pueden firmar si la varicela tuvo lugar antes de septiembre de 2010.

* La definición de profesional médico se aplica a médicos con licencia, practicantes de enfermería o ayudantes de médicos.

B. Exención no médica: No es obligatorio vacunar a un menor si esto va en contra de las creencias de su padre, madre o guardián. No obstante, elegir no vacunar puede poner en riesgo la salud o la vida de su hijo/a o de otras personas con las que entre en contacto. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad que pueda prevenirse mediante vacunación pueden ser obligados a permanecer fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades con el fin de protegerles tanto a ellos mismos como a otros.

Con mi firma confirmo que este/a niño/a no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla a causa de mis creencias. Soy consciente de que es posible que se obligue a mi hijo/a a quedarse fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades en caso de estar expuesto/a.

Firma: _____ Fecha: _____
(del padre, madre o guardián en presencia del notario)

Las exenciones no médicas deben ser firmadas y selladas por un notario:

Este documento fue firmado en mi presencia el _____ (fecha)

por _____
(nombre del padre, madre o guardián)

Firma del notario: _____ ESTADO DE MINNESOTA, CONDADO DE _____



3. Consentimiento para compartir información sobre vacunaciones: Esta escuela solicita su permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo/a con el sistema de información de vacunaciones de Minnesota. Dar su permiso:

- Proporcionará un acceso más fácil para que tanto usted como su escuela verifiquen los registros de vacunación (p. ej., al inicio del curso escolar cada año).
- Ayudará a su escuela a proteger a los estudiantes al saber quiénes pueden ser vulnerables a enfermedades de acuerdo con sus registros de vacunación. Esto puede ser muy importante durante el brote de una enfermedad.

Según la ley de Minnesota, toda la información que proporcione es privada y únicamente podrá compararse con los que estén autorizados a recibirla. Firmar esta sección del formulario es opcional. Si elige no firmar, esto no afectará a los servicios médicos o educativos que su hijo/a reciba.

Estoy de acuerdo en permitir que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de vacunación de mi hijo/a con sistema de información de vacunaciones de Minnesota:

Firma: _____ Fecha: _____
(de padre/madre/guardián)