

# **Bienvenidos al Distrito Escolar de Prescott No. 402-37**

## **Hogar de los TIGRES**



---

Nos complace que haya elegido nuestra escuela para sus hijos. Nuestro objetivo es permitir que nuestros estudiantes se conviertan en aprendices de por vida. En Prescott, nuestros estudiantes son nuestra principal prioridad. Creemos que nuestra responsabilidad es crear una atmósfera educativa en la que todos los estudiantes puedan y tengan éxito. Creemos que los estudiantes deben valorar la educación y darse cuenta del arduo trabajo que se necesita para lograrlo. Nos hemos dedicado a proporcionar un entorno de aprendizaje de calidad.

Por favor devuelva los siguientes artículos a la oficina para registrarse.

- Paquete de inscripción
- Una copia del acta de nacimiento del estudiante u otra verificación de edad
- Una copia de los registros de vacunación del estudiante de vacunación
- Certificate of Immunization Status firmado por el proveedor de atención médica
- Verificación de residencia (factura de servicios públicos más reciente)

**Juntos, los estudiantes, los padres y el personal escolar pueden lograr  
¡cualquier cosa!**

**DISTRITO ESCOLAR DE PRESCOTT # 402-37**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ X \_\_\_\_

Nombre legal del estudiante (si es diferente al anterior) \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Militar:  Sí  No

Dirección de casa : \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: Madre Padre Ambos padres Tutor Otro \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor, enumere las personas autorizadas para recoger a su hijo / hijos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de un accidente o enfermedad y no se puede localizar a los padres, autorizo a la escuela a llamar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por la presente/ damos permiso para cualquier hospital calificado, y el (los) médico (s) de turno para tratar y administrar los primeros auxilios de emergencia necesarios en caso de una emergencia. Cuando no se puede contactar a las personas autorizadas mencionadas anteriormente, el personal de la escuela tiene mi / nuestro permiso para tomar cualquier acción que sea razonable y apropiada bajo las circunstancias para el bienestar de mi / nuestro hijo. Esto incluye transportar a mi / nuestro hijo al hospital en ambulancia si es necesario.**

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

<b>Nombre del alumno:</b> _____		<b>Grado:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b></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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Idioma _____</p> <p>Nombre del padre/madre/tutor 2: _____</p> <p>¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Idioma _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b></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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>Educación previa</b></p> <p>Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><b>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</b></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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.



**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**RESPONDA LAS PREGUNTAS 1A O 1B Y LA PREGUNTA 2**

**PREGUNTA 1A** ¿Su hijo es de origen hispano o latino? (Si es así, marque lo que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CUBANO          | <input type="checkbox"/> Mexicano / México americano / CHICANA |
| <input type="checkbox"/> DOMINICANA      | <input type="checkbox"/> CENTROAMERICANA                       |
| <input type="checkbox"/> ESPAÑOL         | <input type="checkbox"/> LATINOAMERICANO                       |
| <input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑOS | <input type="checkbox"/> otro Latino / hispano                 |

**PREGUNTA 1B** infantil no es Hispano / Latino

- NO** Hispano / Latino

**PREGUNTA 2** ¿Qué raza (s) considera su hijo? (Marque todo lo que corresponda)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO / NEGRO    | <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA      |
| <input type="checkbox"/> BLANCO                   | <input type="checkbox"/> CHEHALIS              |
| <input type="checkbox"/> INDIO ASIÁTICO           | <input type="checkbox"/> COLVILLE              |
| <input type="checkbox"/> CAMBOYANO                | <input type="checkbox"/> COWLITZ               |
| <input type="checkbox"/> CHINA                    | <input type="checkbox"/> HOH                   |
| <input type="checkbox"/> FILIPINO                 | <input type="checkbox"/> JAMESTOWN             |
| <input type="checkbox"/> Hmong                    | <input type="checkbox"/> KALISPEL              |
| <input type="checkbox"/> INDONESIOS               | <input type="checkbox"/> INFERIOR ELWHA        |
| <input type="checkbox"/> JAPONÉS                  | <input type="checkbox"/> LUMMI                 |
| <input type="checkbox"/> COREANA                  | <input type="checkbox"/> MAKAH                 |
| <input type="checkbox"/> LAOS                     | <input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT           |
| <input type="checkbox"/> MALASIO                  | <input type="checkbox"/> NISQUALLY             |
| <input type="checkbox"/> PAKISTANI                | <input type="checkbox"/> NOOKSACK              |
| <input type="checkbox"/> SINGAPURENSE             | <input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM   |
| <input type="checkbox"/> TAIWANÉS                 | <input type="checkbox"/> PUYALLUP              |
| <input type="checkbox"/> THAI                     | <input type="checkbox"/> QUILEUTE              |
| <input type="checkbox"/> VIETNAMESE               | <input type="checkbox"/> QUINALT               |
| <input type="checkbox"/> OTRO ASIÁTICO            | <input type="checkbox"/> SAMISH                |
| <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN          | <input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE         |
| <input type="checkbox"/> FIJIAN                   | <input type="checkbox"/> SHOALWATER            |
| <input type="checkbox"/> GUAMEÑA o CHAMORRO       | <input type="checkbox"/> SKOKOMISH             |
| <input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER         | <input type="checkbox"/> SNOQUALMIE            |
| <input type="checkbox"/> MELANESIO                | <input type="checkbox"/> SPOKANE               |
| <input type="checkbox"/> MICRONESIA               | <input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND        |
| <input type="checkbox"/> SAMOANO                  | <input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH         |
| <input type="checkbox"/> TONGANO                  | <input type="checkbox"/> SUQUAMISH             |
| <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO | <input type="checkbox"/> SWINOMISH             |
|   | <input type="checkbox"/> TULALIP               |
|   | <input type="checkbox"/> YAKAMA                |
|   | <input type="checkbox"/> OTRAS WA INDIAN       |
|   | <input type="checkbox"/> OTRAS AMERICAN INDIAN |

# Distrito Escolar de Prescott

## No. 402 -37

### Certificación parental de Transferencia del estudiante

Como padre de un estudiante que se está transfiriendo de otro distrito escolar, el Distrito Escolar de Prescott requiere que usted proporcione la siguiente información según RCW 28A.225.330. Además, el Proyecto de Ley 1153 de la Cámara del Senado, aprobado durante la sesión legislativa de 1999, requiere que los padres proporcionen a las escuelas información por escrito si su estudiante tiene o no un historial de comportamiento violento o perturbador. Si un padre no proporciona información precisa, el distrito escolar puede suspender, transferir o expulsar al estudiante si el distrito escolar pudo haber negado la admisión del estudiante basándose en la información o hubiera colocado al estudiante en una ubicación alternativa.

De acuerdo con estas regulaciones, proporcione la información solicitada a continuación.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de grado actual: \_\_\_\_\_

Escuelas anteriores a las que asistió:

Nombre de la escuela

Distrito escolar

Ciudad, estado

---

---

---

¿Ha tenido su estudiante alguna vez:

- A. Cualquier historial de colocación en programas de educación especial
- B. Cualquier acción disciplinaria pasada, actual o pendiente
- C. Cualquier historial de comportamiento violento o criminal comportamiento
- D. Cualquier multa impaga o cuotas impuestas por otras escuelas.
- E. Cualquier condición de salud que afecte las necesidades educativas del estudiante.

¿El estudiante fue atendido por algún programa especial en su escuela anterior? Sí / No Si la respuesta fue afirmativa, enumere los programas.

---

Por favor indique la posición de este estudiante en el momento en que se marchó de su escuela anterior.

Un estudiante con buena reputación

Acción disciplinaria

Suspensión

Expulsión

Otro (explique)

Si alguno de estos es relevante para su estudiante, proporcione una explicación detallada.

---

---

♦ Si su hijo NO PUEDE ser fotografiado por favor firme aquí: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Información de salud de la enfermera de la escuela 2020-2021

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado para 2020-21: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **CONDICIONES DE SALUD GRAVES (marque la casilla a continuación):**

Si su hijo tiene una **condición de salud GRAVE, DÍGALE AHORA A SU ENFERMERA DE LA ESCUELA**. La ley estatal (RCW 28A.210.320) establece que los medicamentos, las órdenes médicas y un plan de atención médica deben estar vigentes **antes** del comienzo de la escuela.

La ley del estado de Washington (Proyecto de ley sustitutivo de la Cámara 2834) requiere que los niños con afecciones potencialmente mortales tengan un paquete completo de información en el archivo antes de asistir a la escuela. El paquete incluye la autorización de un médico para administrar medicamentos, un plan de tratamiento y un plan de atención de emergencia.

**Mi hijo**  **no** tiene una afección potencialmente mortal.  tiene la(s) siguiente(s) condición(es) de salud GRAVE(s) - marque las casillas a continuación:

Alergia (potencialmente mortal): ¿requiere una receta de epinefrina como Epi-Pen o Auvi-Q?  Sí  No

Alérgico a: \_\_\_\_\_ Fecha de la última reacción: \_\_\_\_\_

Asma - ¿Necesitará su hijo un inhalador de rescate (como albuterol) en la escuela?  Sí  No

Condición cardíaca y restricciones (si las hubiera): \_\_\_\_\_

Diabetes (Fecha del diagnóstico): \_\_\_\_\_

Bomba de insulina

Pluma de insulina

Insulina vía jeringa

Trastorno convulsivo (Fecha del diagnóstico): \_\_\_\_\_ (Fecha de la última convulsión): \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Medicamento de rescate?  Sí  No

Otro, incluidas las hospitalizaciones nocturnas en los últimos 12 meses: -

Describe la condición: \_\_\_\_\_

## **OTRO CONDICIONES de SALUD(marque la casilla correspondiente a continuación):**

Mi hijo **no** tiene ninguna otra condición de salud que los afectará en la escuela.

Historia de una conmoción cerebral (diagnosticada por un proveedor de atención médica) - Fecha de la conmoción cerebral: \_\_\_\_\_

¿Tiene inquietudes sobre la audición?

¿Su hijo usa audífonos?

¿Su hijo tiene una pérdida auditiva conocida?

¿Problemas de visión?

Anteojos

Lentes de contacto  Sensibilidad a los alimentos: \_\_\_\_\_

Otras alergias (medicamentos, polen): \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

## **MEDICAMENTOS: Recetas, suplementos, de venta libre (píldoras, gotas para los ojos, ungüentos, etc.):**

¿Su hijo necesita tomar medicamentos todos los días en la escuela?

¿Necesita su hijo tomar medicamentos en la escuela a veces?

En caso afirmativo, debe haber un formulario de orden médica firmado en la escuela para todos los medicamentos (RCW 28A.210.206)

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## DISTRITO ESCOLAR DE PRESCOTT

207 SA ST PRESCOTT, WA 99348

### Cuestionario de Vivienda para Estudiantes

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que un estudiante puede ser elegible para recibir bajo la Ley McKinney-Vento. La McKinney Act-Ley Vento brinda servicios y apoyo a niños y jóvenes sin hogar.

Utilice un formulario por alumno. Devuélvalo a la oficina de registro de la escuela dentro de los 14 días posteriores a su recepción. Si necesita más copias, comuníquese con su escuela o al Departamento de Servicios Estudiantiles del Distrito Escolar de Prescott.

**Si alquila, arrienda o es propietario de su lugar de residencia actual, NO tiene que completar este formulario.**

Si no alquila, arrienda o es propietario de su lugar actual de residencia, marque todas las opciones que correspondan.

- En un motel  En un refugio
- Un vehículo, parque, campamento o lugar similar  Vivienda de transición
- Pasar de un lugar a otro/durmiendo en el sofá  Other: \_\_\_\_\_
- En casa o apartamento de alguien con otra familia
- En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

El/La estudiante no está acompañado/a (no vive con un padre o tutor)

El/La estudiante vive con un padre o tutor

DIRECCIÓN ACTUAL de RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (si procede): \_\_\_\_\_

impreso Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(O menor no acompañado)

\* Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(O jóvenes no acompañados)

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

**Solo para el personal de la escuela:** Para propósitos de recopilación de datos y codificación del sistema de información del estudiante

(N) No sin hogar  (A) Refugios  (B) Doblado  (C) Sin refugio  (D) Hoteles / moteles

**Washington estado de Programa de educación migrante Título I del**

## Encuesta de elegibilidad

Estimados padres / tutores legales:

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública del Estado de Washington financia programas diseñados para ayudar a los niños de 0 a 21 años que se han mudado solos o con sus padres en los últimos tres años a buscar u obtener trabajo temporal o estacional un medio principal de sustento en actividades relacionadas con:

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agricultura     | <input type="checkbox"/> Avicultura   | <input type="checkbox"/> Empaque / Almacenes |
| <input type="checkbox"/> Pesca comercial | <input type="checkbox"/> Silvicultura | <input type="checkbox"/> Carne de res        |
| <input type="checkbox"/> Lácteos         | <input type="checkbox"/> Mariscos     |  |

Agradecemos su cooperación para responder las siguientes preguntas;

1. ¿Se ha mudado usted o su familia recientemente o en los últimos tres años?  Sí  No
  2. ¿El propósito de la mudanza de trabajo fue por las actividades enumeradas anteriormente, o cualquier otra actividad relacionada por medio de subsistencia principal?  Sí  No
  3. ¿Si contestó que sí, podemos comunicarnos con usted para obtener más información?  Sí  No
- Comentarios:

Si usted o sus hijos se mudaron para buscar u obtener trabajo temporal o de temporada como medio principal de sustento, usted o sus hijos pueden calificar para recibir los siguientes servicios:

- Transferencia de información educativa y de salud (a nivel nacional)
- Educativo / Servicios de salud
- Desayuno y almuerzo gratis

### **POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN NECESARIA A CONTINUACIÓN**

Quando lo complete, envíe este formulario a: Distrito Escolar de Prescott

Nombre de los padres o tutores legales: \_\_\_\_\_

Dirección (calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

***Gracias. ¡Trabajemos juntos para mejorar la educación de nuestros hijos!***