Formulario de inscripción | Shelton School District | 2026 - 2027

Escuela	Fecha de recepción del formulario

Informacion del Estudiante

Nombre del estudiante: Apellido legal		Nombre legal	Segundo Nombre	Nombre preferido (si es diferente del nombre legal):
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	**Género:** ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado, País):		Grado Escolar:
Primer día de inscripción en una escuela de EE.UU. (mm/dd/aaaa):		¿El estudiante ha asistido a una escuela fuera de EE.UU.? ☐ No ☐ Sí i sí, ¿cuántos meses de educación recibió el estudiante?"		
Nombre de la última escuela a la que asistió y grado:		¿El estudiante ha asistido alguna vez a una escuela en Shelton? ☐ No ☐ Sí Si es sí, por favor proporcione el nombre de la escuela y la última fecha de asistencia (mes/año):		
Nombre del distrito escolar anterior *(Por favor proporcione dirección postal, ciudad, estado y código postal)*		¿El estudiante usó un nombre diferente cuando se inscribió anteriormente? ☐ No ☐ Sí*:*		

Asistencia y disciplina

¿Alguna vez suspendieron a su estudiante por una infracción relacionada con armas? ☐ No ☐ Sí	¿Su estudiante tiene un historial delictivo juvenil? ☐ No ☐ Sí *Si respondió que sí, ¿su estudiante está actualmente en libertad condicional?* ☐ No ☐ Sí
¿Su estudiante ha comparecido ante la corte por la Ley Becca? ☐ No ☐ Sí	¿Su estudiante está actualmente expulsado de alguna escuela en algún distrito? ☐ No ☐ Sí

Programas especiales

¿Alguna vez su estudiante ha repetido un grado escolar? ☐ No ☐ Sí *Si sí, ¿en qué grado?*			
¿Su estudiante alguna vez ha calificado para o ha estado inscrito en un programa de Educación Especial? ☐ No ☐ Sí *Si sí, ¿tiene un IEP actual?* ☐ No ☐ Sí			
¿Su estudiante alguna vez ha calificado para o ha tenido un Plan 504? ☐ No ☐ Sí *Si sí, ¿tiene un Plan 504 vigente?*			
¿Su estudiante ha participado en alguno de los siguientes programas?	☐ Titulo I	☐ LAP	☐ Dotados/Altamente Capaces
	☐ Aprendiz del idioma inglés/Multilingüe	☐ Educación Indígena	☐ Migrante

Familia adicional

Por favor, mencione otros hermanos que asisten al Distrito Escolar de Shelton Apellido Nombre	Escuela	Grado

¿Existe un acuerdo de custodia compartida o crianza en vigor? ☐ No ☐ Sí
¿Existe una orden de restricción en vigor? ☐ No ☐ Sí
¿Contra quién es la orden de restricción? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro (especifique)

Distribución Demográfica

Las fotos, nombres, direcciones y otra información del estudiante se consideran Información de Directorio. Los padres pueden prohibir la divulgación de esta información **anualmente** enviando un aviso por escrito a la escuela antes del 1 de octubre o dentro de los 10 días posteriores a una inscripción tardía.

Marque la casilla a continuación solo si no otorga su permiso. Esta autorización expira al final del año escolar.

☐ Divulgación de fotos	☐ Información de contacto para reclutadores militares (solo grados 7-12)
☐ Divulgación información del directorio	☐ Información del directorio para instituciones de educación superior (solo grados 7-12)
☐ Tarjeta de la Biblioteca Regional de Timberland	

Formulario de inscripción | Shelton School District | 2026 - 2027

Información principal del hogar | Padres/Tutores con quienes vive el estudiante

Tutor 1

Apellido legal, Nombre, e Inicial del segundo nombre	Relación con el estudiante	Teléfono #1	☐ Número privado
	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Tutor(a) ☐ Agencia ☐ Otro ☐ Yo mismo	Teléfono #2	☐ Trabajo ☐ Celular
		Teléfono #3	☐ Trabajo ☐ Celular

Correo Electrónico			
Domicilio (Calle, Núm. de Apartamento)		Ciudad Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad Estado	Código postal

Proporcione al menos uno de los siguientes documentos para comprobar su residencia dentro del área de asistencia del Distrito Escolar de Shelton. Debe mostrar el nombre y la dirección listados arriba y estar fechado dentro de los últimos 30 días. No se aceptan apartados postales como dirección residencial. Si vive fuera del área de asistencia y desea inscribir a su estudiante, el personal de registro puede ayudarle con la solicitud de transferencia.

☐ Factura de gas o electricidad ☐ Factura de televisión por cable	☐ Factura de agua/alcantarillado ☐ Factura de recolección de basura	☐ Declaración de seguro para inquilinos ☐ Contrato de alquiler/arrendamiento	☐ Escrituras o estado de cuenta de la hipoteca

Tutor 2

Apellido legal, Nombre, e Inicial del segundo nombre	Relación con el estudiante	Teléfono #1	☐ Número privado
	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Tutor(a) ☐ Agencia ☐ Otro ☐ Yo mismo	Teléfono #2	☐ Trabajo ☐ Celular
		Teléfono #3	☐ Trabajo ☐ Celular

Correo Electrónico
¿Algún miembro de este hogar trabaja en el Distrito Escolar de Shelton? ☐ No ☐ Sí ¿Algún miembro de este hogar es exalumno del Distrito Escolar de Shelton? ☐ No ☐ Sí Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, por favor proporcione el nombre completo de esta persona: _____

Afiliación Militar | Seleccione una opción

☐ **A** | El padre/madre/tutor es **miembro activo** de las Fuerzas Armadas de EE.UU.
☐ **R** | El padre/madre/tutor es **miembro de la Reserva** de las Fuerzas Armadas de EE.UU.
☐ **G** | El padre/madre/tutor es **miembro activo** de la Guardia Nacional de Washington.
☐ **M** | Más de un padre/madre/tutor califica para las opciones **A, R o G** mencionadas arriba.
☐ **N** | Ningún padre/madre/tutor está actualmente en servicio en las Fuerzas Armadas de EE.UU. o en la Guardia Nacional de Washington.
☐ **Z** | No responde / Prefiere no declarar.

Contactos de Emergencia

Si no podemos comunicarnos con un padre o tutor cuando su estudiante esté enfermo, indique a personas de confianza disponibles durante el día para su cuidado.

Apellido	Primer Nombre	Relación con el Estudiante	Local (Si/No)	Teléfono 1 (incluya código de área)	Teléfono 2 (incluya código de área)
				☐ Principal ☐ Trabajo	☐ Principal ☐ Trabajo
				☐ Principal ☐ Trabajo	☐ Principal ☐ Trabajo
				☐ Principal ☐ Trabajo	☐ Principal ☐ Trabajo

Formulario de inscripción | Shelton School District | 2026 - 2027

Información del segundo hogar | Padres/Tutores que no residen el tiempo completo con el estudiante

Tutor 1

Apellido legal, Nombre, e Inicial del segundo nombre	Relación con el estudiante	Teléfono #1	☐ Número privado
	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Tutor(a) ☐ Agencia ☐ Otro ☐ Yo mismo	Teléfono #2	☐ Trabajo ☐ Celular
		Teléfono #3	☐ Trabajo ☐ Celular
Correo Electrónico			
Domicilio (Calle, Núm. de Apartamento)		Ciudad Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)		Ciudad Estado	Código postal

Tutor 2

Apellido legal, Nombre, e Inicial del segundo nombre	Relación con el estudiante	Teléfono #1	☐ Número privado
	☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Tutor(a) ☐ Agencia ☐ Otro ☐ Yo mismo	☐ Trabajo ☐ Celular	☐ Trabajo ☐ Celular
		☐ Trabajo ☐ Celular	☐ Trabajo ☐ Celular
Correo Electrónico			

¿Algún miembro de este hogar trabaja en el Distrito Escolar de Shelton? ☐ No ☐ Sí
¿Algún miembro de este hogar es exalumno del Distrito Escolar de Shelton? ☐ No ☐ Sí
Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, por favor proporcione el nombre completo de esta persona: _____

Verificación de información

La información en este formulario es verdadera y precisa en la fecha de hoy. Declaro que el estudiante reside en la dirección indicada y en el documento proporcionado. Me comprometo a notificar a la escuela dentro de dos semanas si hay un cambio de residencia y a presentar nueva documentación de residencia. Si me mudo fuera del distrito, entiendo que debo presentar una Solicitud de Transferencia por Elección para que el estudiante continúe inscrito en el Distrito Escolar de Shelton. Comprendo que la falsificación de información para obtener inscripción o asignación puede ser motivo para la revocación de la inscripción del estudiante o su reasignación a otra escuela dentro del Distrito Escolar de Shelton.

Firma del padre/madre/tutor legal_____Fecha _____

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

Nombre del alumno:	**Grado:**	**Fecha:**

Nombre del padre, madre o tutor legal _____

Firma del padre, madre o tutor legal _____

Derecho a los servicios de traducción o interpretación

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.

1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____

   b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?

   Nombre del padre/madre/tutor 1:_____
   ¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No | Idioma_____

   Nombre del padre/madre/tutor 2:_____
   ¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No | Idioma_____

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.

2. ¿Qué **idioma** utiliza más su hijo en casa?
   _____

3. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a) (**native language**)?
   _____

4. ¿Cuál es el **idioma** principal que se utiliza en **casa**, independientemente del idioma que habla su hijo? _____

5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí_____ No_____ No sé_____

Educación previa

Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:

- 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.

Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.

6. ¿En qué país nació su hijo? _____

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: _____

8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)

   _____
   Mes Día Año

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.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Raza y origen étnico del estudiante

Por favor, complete esta encuesta e indique la raza y el origen étnico de su estudiante. Debe seleccionar al menos una opción en la Pregunta 1 y otra en la Pregunta 2. Puede marcar todas las casillas que correspondan a su estudiante.
El gobierno estatal y federal requieren esta información. Las autoridades la utilizan, junto con los datos del censo, para determinar la financiación de las escuelas, los programas educativos y los servicios para todos los estudiantes. El estado de Washington ofrece 222 categorías raciales. Si no encuentra la raza u origen étnico que busca, puede escribirlo o solicitar la lista completa al registrador de la escuela.
.

Pregunta 1: ¿Su estudiante es de origen hispano o latino?

☐ H01 | No es hispano o latino (pase a la Pregunta #2)

☐ H00 | Hispano/Latino (seleccione de la lista a continuación y luego pase a la Pregunta #2)

☐ H02 | argentino	☐ H09 | cubano	☐ H17 | Mestizo	☐ H23 | puertorriqueño
☐ H04 | brasileño	☐ H11 | ecuatoriano	☐ H18 | Indígena	☐ H24 | salvadoreño
☐ H05 | Chicano (México Americano)	☐ H12 | guatemalteco	☐ H19 | nicaragüense	☐ H25 | español
☐ H06 | chileno	☐ H14 | hondureño	☐ H20 | panameño	☐ H28 | venezolano
☐ H07 | colombiano	☐ H16 | mexicano	☐ H22 | peruano	☐H29 | Hispano/Latino (Especifique): _____

Pregunta 2: ¿Con qué raza(s) identifica a su estudiante?

☐ N00 | Nativo Americano/Nativo de Alaska

☐ N01 | Tribu Chinook	☐ N13 | Reserva de la Tribu Makah	N25 | Tribu Skokomish
☐ N02 | Tribus Confederadas de Yakama	☐ N15 | Tribu India Muckleshoot	☐ N26 | Tribu Snohomish
☐ N03 | Tribus Confederadas de Chehalis	☐ N16 | Tribu India Nisqually	☐ N27 | Tribu Snoqualmie
☐ N04 | Tribus Confederadas de Colville	☐ N18 | Tribu Port Gamble S'Klallam	☐ N29 | Tribu Spokane
☐ N05 | Tribu Cowlitz	☐ N19 | Tribu Puyallup de la Reserva Puyallup	☐ N30 | Tribu Squaxin Island
☐ N07 | Tribu Hoh	☐ N20 | Tribu Quileute	☐ N31 | Tribu Steilacoom
☐ N12 | Tribu Lummi de la Reserva Lummi	☐ N21 | Nación India Quinault	☐ N34 | Comunidad Tribal India Swinomish
☐ N36 | Escriba aquí si es Nativo de Alaska o	☐ N37 | Escriba aquí si es Nativo Americano _____	

☐ A00 | Asiático

☐ A01 | Indio Asiático	☐ A08 | filipino	☐ A13 | Lao
☐ A05 | camboyano/Khmer	☐ A09 | Hmong	☐ A14 | malasio
☐ A06 | Cham	☐ A11 | japonés	☐ A24 | tailandés
☐ A07 | chino	☐ A12 | coreano	A26 | vietnamita
☐ A27 | Escriba aquí si es asiático: _____		

☐ B00 | Negro/Afroamericano

☐ B01 | Afroamericano

☐ B14 | Guadalupeño	☐ B25 | congoleño	☐ B84 | beninés
☐ B16 | jamaiquino	☐ B36 | etíope	☐ B88 | marfileño
☐ B19 | puertorriqueño	☐ B37 | keniano	☐ B99 | togolés
☐ B22 | camerunés	☐ B50 | tanzano	☐ C02 | Escriba aquí si es Negro/Afrodescendiente: _____

Raza y origen étnico del estudiante

Latino o Centroamericano

☐ B55 | beliceño	☐ B61 | ecuatoriano	☐ B68 | mexicano
☐ B57 | brasileño	☐ B62 | salvadoreño	☐ B69 | nicaragüense
☐ B58 | chileno	☐ B65 | guatemalteco	☐ B70 | panameño
☐ B59 | colombiano	☐ B67 | hondureño	☐ B76 | venezolano
☐ B77 | Escriba aquí si es Centroamericano o Latinoamericano: _____		

☐ P00 | Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico

☐ P02 | Chamorro	☐ P09 | Nativo Hawaiano	☐ P14 | samoano
☐ P04 | fiyiano	☐ P11 | Palaosiano	☐ P18 | tongano
☐ P21 | Escriba aquí si es Isleño del Pacífico: _____		

☐ W00 | Blanco

☐ W01 | bosnio	☐ W05 | ruso	☐ W28 | Palestino
☐ W03 | polaco	☐ W06 | ucraniano	☐ W31 | sirio
☐ W04 | rumano	☐ W10 | árabe	☐ ☐ W36 | Escriba aquí su origen étnico blanco: _____

Revisado el 30/01/2025

Cuestionario sobre la vivienda del estudiante

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que este estudiante puede ser elegible para recibir en los términos de la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos a niños y jóvenes que están en situación de falta de vivienda. (Vea el reverso para obtener más información)

Si usted es dueño de su vivienda o si la renta, no necesita contestar este formulario.

Si usted no es dueño de su vivienda ni la renta, marque todas las casillas que apliquen. (Entregar al enlace del distrito para personas sin vivienda. Puede encontrar la información de contacto al final de la página).

☐ En un motel

☐ Un automóvil, parque, campamento o lugar similar

☐ En un refugio

☐ Vivienda de transición

☐ Mudándose de un lugar a otro, en sofás de amigos

Otro_____

☐ En la casa o departamento de alguien más, con otra familia

☐ En una residencia con servicios inadecuados (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

Nombre del estudiante: _____ _____ _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____Edad: _____

Género: _____

☐ El estudiante no tiene supervisión (no vive con un padre o tutor legal)
☐ El estudiante vive con un padre o tutor legal

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL: _____

NÚMETO DE TELÉFONO O NÚMERO DE CONTACTO: _____NOMBRE DEL CONTACTO _____

Nombre de los padres o tutores legales en letra de molde: (O menor sin supervisión) _____

*Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____
(O menor sin supervisión)

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

Devuelva este formulario contestado a:

Darren Marshall	360-426-4471 x 16166	dmarshall@sheltonschools.org
Enlace del Distrito	Número de teléfono	Ubicación

Para uso exclusivo del personal de la escuela Para efectos de recolección de datos y codificación en el sistema de información de estudiantes

☐ (N) No en situación de falta de vivienda ☐ (A) Refugios ☐ (B) Con otra familia ☐ (C) Sin refugio ☐ (D) Hoteles/Moteles

Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos 'inscribir' e 'inscripción' incluyen asistir a clases y participar plenamente de las actividades escolares.

(2) El término 'niños y jóvenes en situación de falta de vivienda' —

(A) Significa individuos que carecen de una residencia fija, regular y adecuada donde pasar la noche (con el significado de la sección 103(a)(1)); y

(B) incluye a —

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares; que viven en moteles, hoteles, parques para casas rodantes o lugares para acampar debido a la falta de un alojamiento adecuado alternativo; que viven en refugios de emergencia o temporales, que son abandonados en hospitales; o que están esperando la colocación en tutela temporal;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado como alojamiento regular para que las personas duerman ni utilizado ordinariamente para ese fin (con el significado de la sección 103(a)(2)(C));

(iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, lugares públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de tren o autobús o en entornos similares; y

(iv) niños migrantes (según su definición en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin vivienda para los fines de este subtitulo, porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término 'menor sin supervisión' incluye a cualquier joven que no esté bajo la custodia física de un padre o tutor.

Recursos adicionales

Puede encontrar información y recursos para los padres en las siguientes páginas:

National Center for Homeless Education
National Association for the Education of Homeless Children and Youth

Forma ED 506
Forma de Certificación de Elegibilidad para Estudiantes Indios para el Programa de Subvención de Educación India del Título VI

Padre/Tutor: Este formulario sirve como registro oficial de la determinación de elegibilidad para cada niño individual incluido en el conteo de estudiantes para el Programa de Subvención de Educación Indía del Título VI. Si elige enviar un formulario, su hijo podría contarse para recibir fondos del programa. El concesionario recibe los fondos de la subvención según la cantidad de formularios elegibles contados durante el período de conteo establecido. No está obligado a completar o enviar este formulario a menos que desee que sus hijos se incluyan en el recuento de estudiantes indios. Este formulario debe mantenerse archivado con el solicitante de la subvención y no será necesario completarlo todos los años. Cuando corresponda, la información contenida en este formulario se puede divulgar con su consentimiento previo por escrito o el consentimiento previo por escrito de un estudiante elegible (mayor de 18 años), o si lo autoriza la ley, si hacerlo está permitido bajo el Programa de Educación Familiar. Ley de Derechos y Privacidad, 20 U.S.C. § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Información del estudiante

Nombre del niño_____ Fecha de nacimiento_____ Grado_____

Nombre de la escuela_____ Distrito Escolar _____

Asociación tribal

El individuo con membresía o asociación tribal es la (selección e solo uno): ◯ hijo ◯ padre del hijo ◯ abuelo del nino

Si el individuo con membresía o asociación Tribal **no es el que se encuentra nombrado arriba, nombre al individuo** (padre/abuelo) con la membresía o asociación tribal: _____

Nombre y y Dirección de la Tribu o Banda que mantiene los datos de asociación en orden y actualizado para el individuo mencionado arriba:

Nombre_____ Direccion_____

Ciudad_____ Estado_____ Codigo Postal _____

La tribu o banda es (seleccione solo uno):

- ○ Tribu Federalmente Reconocida Tribu reconocida por el Estado
- ○ Tribu terminada
- ○ Nativo de Alaska
- ○ Miembro de un grupo indio organizado que recibe una subvención mediante el Acto de Educacion India de 1988 como estuvo en efecto el 19 de octubre, 1994.

Prueba de la membresía o asociación en una tribu mencionada arriba, como se define la Tribu: Membresía o número de inscripción que establece la membresía (si está disponible) o

Otras pruebas que establezcan la pertenencia a la Tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte)

Membresía o número de inscripción que establece la membresía (si está disponible) u otra evidencia que establece la membresía en la Tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte).

Declaración de veracidad
Verifico que toda la información provista arriba es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento y creencia.

Nombre del padre o tutor_____ Firma_____

Dirección_____ Ciudad_____ Estado_____ Código Postal _____

Teléfono_____ Email_____ Fecha

Para padres y tutores:

Definiciones:
Indio significa un individuo que es (1) miembro de una tribu o banda india, según la definición de membresía de la tribu o banda india, incluida cualquier tribu o banda terminada desde 1940, y cualquier tribu o banda reconocida por el estado en el que se encuentra reside la Tribu o la Banda; (2) Un descendiente de un padre o abuelo que cumpla con los requisitos descritos en el párrafo (1) de esta definición; (3) Considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; (4) un esquimal, aleut u otro nativo de Alaska; o (5) Un miembro de un grupo indígena organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación Indígena de 1988 tal como estaba vigente el 19 de octubre de 1994.

Información del estudiante: Escriba el nombre del niño, fecha de nacimiento, nivel de grado, nombre de la escuela y distrito escolar. Solo nombre un niño por formulario.

Membresía Tribal: Escriba el nombre de la persona con la membresía tribal, si no es el niño en la lista. Solo se necesita un nombre para esta sección, aunque varias personas pueden pertenecer a una tribu. Seleccione solo un identificador: el niño, el padre o abuelo del niño, para quien puede proporcionar información de membresía.

Escriba el nombre y la dirección de la organización que mantiene actualizados y precisos los datos de membresía de dicha Tribu o Banda de Indios. El nombre no necesita ser el nombre oficial como aparece exactamente en la lista de Tribus reconocidas a nivel federal del Departamento del Interior, pero el nombre debe ser reconocible y ser suficientemente detallado para permitir la verificación de la elegibilidad de la Tribu. Marque solo una casilla que indique si se trata de una tribu reconocida federalmente, reconocida por el estado, eliminada o grupo indígena organizado. Escriba el número de inscripción que establece la membresía para el niño, padre o abuelo, si está disponible, u otra evidencia de membresía.

Declaración de atestación: Proporcione el nombre impreso del padre/tutor y la firma, dirección, número de teléfono y correo electrónico del padre o tutor del niño. La firma del padre o tutor del niño verifica la exactitud de la información suministrada.

Declaración de Carga de Trámites: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 1810-0021. El tiempo requerido para completar esta parte de la recopilación de información por tipo de encuestado se estima en un promedio de: 15 minutos por formulario de certificación de estudiante indio (ED 506); incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Departamento de Educación de EE. UU., Washington, D.C. 20202-4651. Si tiene comentarios o inquietudes sobre el estado de su envío individual de este formulario, escriba directamente a: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

Distrito Escolar de Shelton No. 309

700 South First Street • Shelton, Washington 98584
Teléfono: 360-426-1687 • Fax de la enfermera: 360-426-9727

Estimadas familias,

Bienvenidos al Distrito Escolar de Shelton. Contamos con cuatro Enfermeras Escolares en nuestro distrito. Si tienen alguna pregunta sobre la salud de sus estudiantes, sus vacunas o medicamentos, asegúrense de comunicarse y preguntar a la Enfermera Escolar. Pueden encontrar documentos de salud e información en nuestra página web de servicios de salud:
http://www.sheltonschools.org/departments/health_wellness.

Por favor, revisen nuestras políticas sobre medicamentos y enfermedad a continuación. Siempre asegúrense de que su información de contacto (números de teléfono, números de trabajo, direcciones de correo electrónico y postales) esté actualizada en Skyward y que hayan identificado a personas que puedan ser contactadas en caso de una emergencia si no están disponibles de inmediato.

Medicamentos en la escuela:
Es preferible que el estudiante tome medicamentos en casa, antes o después de la escuela. Sin embargo, si se vuelve necesario que un estudiante tome cualquier forma de medicación en la escuela, ya sea recetada o de venta libre, se requiere un procedimiento que incluye la firma del médico, la firma del padre/tutor y la aprobación de la Enfermera Escolar.

- Los medicamentos pueden ser administrados en la escuela con la documentación adecuada del médico que los recetó y del padre/tutor. Existe un formulario del Distrito Escolar para la administración de medicamentos en la escuela, o bajo la pestaña de formularios de salud en la página web de servicios de salud. https://www.sheltonschools.org/departments/health_wellness/health_forms. El consultorio del médico también puede proporcionar su propio formulario.
- Las órdenes del médico deben actualizarse cada año escolar; no podemos utilizar órdenes de años anteriores.
- **Los medicamentos deben ser entregados y recogidos por un adulto, no por el estudiante.**
- **Los medicamentos en la escuela deben estar en el envase/caja original.** Las farmacias pueden proporcionar una botella adicional etiquetada si algunos medicamentos necesitan quedarse en casa y otros en la escuela. Las farmacias también pueden proporcionar un pequeño recipiente para ser utilizado en excursiones.
- Los medicamentos en la escuela son custodiados por el asistente de la sala de salud. Los estudiantes acuden a la sala de salud para tomar su medicamento.
- En ciertas situaciones, los estudiantes pueden tener permiso para llevar su medicamento en la escuela con el permiso por escrito del médico y la aprobación de la Enfermera Escolar.
- Los cambios en la dosis del medicamento requieren nueva documentación del médico y del padre/tutor.

Los siguientes medicamentos de venta libre necesitarán una orden firmada por el médico antes de que un estudiante pueda recibir el medicamento en la escuela; si no hay órdenes firmadas, no permita que el medicamento venga a la escuela:

*Vitaminas/suplementos	*Pomada antibiótica
*Acetaminofén	*Benadryl
*Ibuprofeno/Advil	*Pastillas o caramelos para la tos
*Tums	*Chicle Nicorette

Si tienen alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquense con la Enfermera Escolar:
Todas las escuelas preescolares y primarias. – Nikki Bettis, BSN, RN (360) 490-8829; NBettis@sheltonschools.org
OMS, OBJH, Cedar, y Choice – Avet Waldrop, BSN, RN (360) 463-6027; AWaldrop@sheltonschools.org
SHS – Markie Smith, RN (360) 490-9169; MASmith@sheltonschools.org
SHS – Jamie McClanahan, BSN, RN (360) 490-2718; JMcClanahan@sheltonschools.org

Por favor, devuelvan los formularios completados a la oficina principal de su escuela Attn: Sala de salud.

Evaluación de Bienestar e Historial de Salud | 2026 - 2027

Nombre del estudiante	**Fecha de Nacimiento**	**Escuela**	**Grado**
Nombre del tutor/padre		Teléfono/Correo electrónico	
Clínica médica/médico		Teléfono	
Clínica dental/dentista		Teléfono	
Hospital		Nombre del seguro médico	

Por favor, responda las siguientes preguntas con un "Sí" o "No." Para todas las respuestas marcadas como "Sí", por favor, proporcione más detalles según sea necesario en la parte inferior de esta página, o adjunte una hoja de papel separada para describer la condición, preocupaciones o necesidades de su estudiante. Todas las condiciones graves y potencialmenta letales requieren un plan medico del doctor del estudiante en la escuela antes de que el estudiante comience la escuela para proporcionar el Cuidado más Seguro para su estudiante. Esto incluye una orden de medicación o tratamiento que aborde la condición. (Política 3413) Las órdones del medico deben recibirse cada año para que estudiante pueda tener o tomar medicamentos en la escuela. (Recoger formulario en la escuela.)

Condición		Condición	
☐ Sí ☐ No	Anafilaxia (Se requiere Epipen en la escuela) Alérgeno: _____	☐ Sí ☐ No	Problema de oído o audición ¿Use aparatos auditivos? ☐ Yes ☐ No
☐ Sí ☐ No	Asma Desencadenante: _____ ¿Necesita inhalador en la escuela? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Problem ocular or de visión ¿Use anteojos? ☐ Distancia ☐ Lectura ☐ Ambos
☐ Sí ☐ No	Diabetes ☐ ¿Inyecciones de insulina? ☐ ¿Bomba de insulina?	☐ Sí ☐ No	Condición cardíaca (marcapasos, DEA, ¿otro?)
☐ Sí ☐ No	Convulsiones ¿Tiene el estudiante medicación de emergencia? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Trastorno mental/de conducta (ansiedad, depression, sueño…)
☐ Sí ☐ No	Cualquier otra condición que ponga en peligro la vida por favor explica:	☐ Sí ☐ No	Trastorno neurológico (dolores de cabeza, parálisis cerebral, otro)
☐ Sí ☐ No	TDAH/TDA ¿Necesita medicación en la escuela? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Discapacidad del desarrollo (autism, Síndrome de Asperger, Síndrome de Down, otro…)
☐ Sí ☐ No	Toma medicamementos diariamente en casa	☐ Sí ☐ No	Tratamientos diarios (alimentación oral o por sonda, succión, catéter, otro)
☐ Sí ☐ No	Alérgico a comida, insectos, Abejas… Alérgeno: _____ Reacción:	☐ Sí ☐ No	Cualquier otra condición de salud (piel, cancer, sangrado, lesiones, otro)
☐ Sí ☐ No	¿El estudiante necesita adaptaciones, ayudas or servicios para acceder y beneficiarse de su educación? Si es así, ponga su inicial: _____		
¿Hay alguna otra información médica que deba compartir con la enfermera?			

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2023 2024

Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	Difteria, tétanos, tos ferina	**Hepatitis B**	***Haemophilus influenzae* tipo b**	**Sarampión, paperas, rubéola**	**Neumocócica conjugada**	**Polio**	**Varicela**
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2023	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2023	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 10.º grado	5 dosis de DTaP* *Más* Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 11.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* *Más* Tdap a partir de los 7 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. ** También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela. Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela. Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2022 Spanish