

ID # _____
Grade _____
Entry Date _____
Entry Code _____
Teacher/Counselor _____



Formulario de Matriculación
2115 Grand Ave
Grand Junction, CO 81501

ESCUELA _____

Favor de imprimir y completar toda la información solicitada.

Fecha _____

Sección 1: Información del Estudiante

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Grado	Género M__ F__	¿El estudiante ha asistido a una escuela pública en los EEUU sin interrupción por más de 3 años escolares completos? Sí__ No__			
¿Actualmente matriculado en una escuela por internet? Sí__ No__		Actualmente recibe la educación formal en casa? Sí__ No__		¿Ud. es un refugiado? Sí__ No__	
Dirección		Alojamiento Temporal Sí__ No__	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correspondencia (si es diferente)			Correo Electrónico:		

Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Raza/Etnicidad: Tiene que contestar ambas partes de las siguientes preguntas.			
Estado de Nacimiento	País de Nacimiento	Parte A:	Parte B: ¿Cuáles de los siguientes grupos describe tu raza? (puedes elegir más de uno)		
Nombre de Nacimiento: (Letra de Molde)		¿Te consideras latino o de origen hispano? Sí__ No__	___1=Indio/Nativo de Alaska ___2=Asiático ___3=Negro ___5=Blanco ___6=Nativo de Hawai o Asiático Pacífico		
¿Está sujeto este estudiante a una orden judicial sobre asistencia escolar, custodia o un acuerdo de decisiones mayores? Sí__ No__ Favor de completar la declaración de custodia adjunta.					

Sección 2: Información del Padre/Tutor

1. Nombre del Padre/Tutor		Parentesco		2. Nombre del Padre/Tutor		Parentesco	
Dirección		Teléfono Celular		Dirección		Teléfono Celular	
Patrón		Teléfono de Trabajo		Patrón		Teléfono de Trabajo	

Apunte los nombres de hermanos, hermanas y otros niños de edad escolar que viven en esta casa:

Si el estudiante no vive con los padres/tutor, el estudiante vive con: Nombre _____
Teléfono _____ Dirección _____ Parentesco _____

¿Quién toma las decisiones mayores para el estudiante?
Los dos padres__ Madre__ Padre__ Tutor__ Otro__ (Especifique)

Sección 3: Información de Emergencia En caso de no localizar al padre/tutor, favor de llamar a:

1. Apellido	Primer Nombre	Teléfono de Casa: Trabajo: Celular:	Parentesco
2. Apellido	Primer Nombre	Teléfono de Casa: Trabajo: Celular:	Parentesco

Sección 4: Médico: Hay que completar una Hoja de Historial Médico cada año escolar (Formulario en la Solicitud de Inscripción)

Sección 5: Información sobre Escuelas Previas

¿Asistió el estudiante a una escuela del Distrito 51 o pre-escolar anteriormente? Sí__ No__	
¿Ultima escuela asistida?	Ciudad/Estado
¿Ha recibido el estudiante servicios de educación especial? Sí__ No__	

Sección 6: Encuesta sobre el Idioma de Casa Sólo marque los que aplican a su familia (No marque los idiomas que aprendió en la escuela)

1. ¿Cuál fue el primer idioma hablado por el estudiante?	Inglés__	Español__	Otro
2. Identifique todos los idiomas hablados en casa	Inglés__	Español__	Otro
3. Apunte los idiomas comprendidos por el estudiante	Inglés__	Español__	Otro
4. Idiomas hablados en casa por el estudiante	Inglés__	Español__	Otro
5. ¿Han matriculado al estudiante en un Programa de Inglés como Segundo Idioma? No__ Sí__			
6. ¿Usted requiere información del distrito escolar traducido en otro idioma en vez del inglés? No__ Sí__ ¿Cual idioma?			

Requiero notificación de la escuela en caso de una emergencia o enfermedad seria. Si no puedo ser localizado tienen mi permiso para ponerse en contacto con el cuidado de emergencia apropiado.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha _____

DECLARACION de CUSTODIA

Nombre que Prefiere el Estudiante: _____

Grado _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Nombre del Estudiante según su Acta de Nacimiento

Por favor complete lo siguiente:

1. ¿Quién tiene la custodia legal o la responsabilidad de hacer las decisiones mayores?

Madre
 Padre
 Los Dos
 _____ Otro
Nombre Especifico

2. Favor de proveer el nombre y el domicilio de los Padres o Guardián Legal:

Padre/Guardián	Madre/Guardián
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono de la casa	Número de Teléfono de la casa
Número de Teléfono del trabajo	Número de Teléfono del trabajo

3. ¿Se le permite a alguien más que no está nombrado en el formulario de inscripción a recoger a su estudiante en caso de una emergencia?

Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono	Teléfono

4. ¿Tiene un contrato actual de la custodia legal? ____ Si lo tiene, favor de incluir una copia con este formulario.

Se les pueden dar el expediente de la asistencia, grados, y otros expedientes a las siguientes personas si los piden:

Nombre	Relación al estudiante
---------------	-------------------------------

Nombre	Relación al estudiante
---------------	-------------------------------

Si ambos padres hacen las decisiones con respeto a la educación y no pueden alcanzar un acuerdo para el estudiante, o en ausencia de la autorización de los padres, la escuela tomará una decisión basada en el mejor interés del estudiante. Bajo el Acta de la Privacidad de 1974, los padres tienen el derecho a las copias de los expedientes de su estudiante, a menos que sus derechos hayan sido terminados por la corte o el distrito escolar ha recibido una orden de detención de la corte de Colorado específicamente solicitando que no se den los expedientes del estudiante a los padres que lo pidan.

NOTE POR FAVOR: Si es posible, ambos padres deben firmar esta declaración indicando que están de acuerdo con la información mencionada arriba. Si hay solamente una firma, el Distrito 51 del Valle del Condado de Mesa requiere una explicación porqué hay solamente una firma.

 Firma del Padre/Guardián Fecha

 Firma del Padre/Guardián Fecha

Si hay solamente una firma favor de explicar porque: _____



HISTORIAL DE SALUD 2012-13

SE DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO POR UN PADRE/TUTOR CADA AÑO ESCOLAR

ESTUDIANTE:	Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:		GÉNERO:		GRADO:
DOCTOR:		TELÉFONO DEL DOCTOR:		ESCUELA:			

Favor de dar la información que sigue abajo si su niño/a ha sido diagnosticado o ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones

	DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO Describa (escriba detalles)	FECHA de DIAGNÓSTICO	FECHA del ÚLTIMO EPISODIO	RECETA DEL DOCTOR Y/O MEDICAMENTO SIN RECETA	¿Se requiere el medicamento en la escuela?
	Alergia (Severa) o Síntomas de una Reacción Alérgica:				SÍ/NO
	Asma:				SÍ/NO
	Diabetes:				SÍ/NO
	Trastornos convulsivos:				SÍ/NO
	DDA o TDAH (escoja una):				SÍ/NO
	Historial de Nacimiento/Parto/Problemas desde nacimiento:				SÍ/NO
	Lesión/Herida Cerebral:				SÍ/NO
	Otras heridas o enfermedades				SÍ/NO

Mi niño/a usa lentes ____ lentes de contacto ____.

Las Oficinas de Salud del Distrito Escolar 51 del Condado de Mesa tienen personas que son Asistentes de Salud bajo la supervisión de una Enfermera Certificada.

Esta información se considera ser confidencial y solamente se comparte "si es necesario" entre la Enfermera Certificada (Enfermera Escolar/Distrital) y los que trabajan en la escuela que estarán con y que son responsables de su niño/a en la escuela.

Los medicamentos dados en la escuela tienen que ser acompañados por una orden escrita y firmada por el doctor, o por el permiso firmado por los padres (formularios disponibles en la Oficina de Salud de la escuela), y tienen que estar en el contenedor original y con su etiqueta.

Los padres/tutores son responsables de informar a la escuela de cualquier asunto de salud que cambie durante el año escolar.

Firma de Padres/Tutor: _____ Fecha: _____

STATE OF COLORADO

John W. Hickenlooper, Governor
Christopher E. Urbina, MD, MPH
Executive Director and Chief Medical Officer

Dedicated to protecting and improving the health and environment of the people of Colorado

4300 Cherry Creek Dr. S. Laboratory Services Division
Denver, Colorado 80246-1530 8100 Lowry Blvd.
Phone (303) 692-2000 Denver, Colorado 80230-6928
Located in Glendale, Colorado (303) 692-3090

<http://www.cdph.state.co.us>



Colorado Department
of Public Health
and Environment

10 de enero de 2012

Estimados Padres de familia de estudiantes de Colorado, de Jardín de niños a 12^{vo} grado (Año escolar 2012-13),

Las vacunas son una parte importante del cuidado de la salud de nuestros niños, y la ley de Colorado requiere que los estudiantes que asistan a la escuela estén vacunados para prevenir enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación. El objetivo de esta carta es hacerles saber cuáles vacunas se **requieren** para asistir a la escuela y qué vacunas se **recomiendan** para proteger a sus hijos de la mejor manera ante los padecimientos que pueden evitarse mediante la vacunación (vea la lista en la segunda página).

Como padre de familia, es importante que usted sepa que además de las vacunas que el Consejo de Salud del Estado de Colorado **requiere** para asistir a la escuela, hay vacunas que el Comité Asesor en Prácticas de Vacunación (ACIP) **recomienda**. Éste es el programa de vacunación que mejor protegerá a sus hijos de un mayor número de enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación.

Los padres de familia a menudo tienen inquietudes o desean más información acerca de las vacunas para sus hijos o sobre la seguridad de las vacunas. Hay un sitio de Internet diseñado para responder las preguntas más frecuentes de los padres de familia acerca de la importancia y seguridad de las vacunas, aquí lo encuentra: www.ImmunizeForGood.com. El Programa de Vacunación de Colorado se encuentra en el sitio: www.ColoradoImmunizations.com.

Las escuelas se esfuerzan en dar cumplimiento a las leyes de vacunación. Es de gran ayuda que usted proporcione los registros de vacunación actualizados de sus hijos cuando lo inscriba o cuando les pongan vacunas adicionales. *Por favor hable de las necesidades de vacunación con el pediatra de sus hijos o con el Departamento de Salud Pública de su localidad. (Para encontrar la información necesaria para ponerse en contacto con el Departamento de Salud Pública que corresponda a la zona donde vive, llame a la Línea telefónica de la salud familiar al teléfono 1-303-692-2229 ó 1-800-688-7777). Por favor lleve a la escuela los registros de vacunación actualizados de sus hijos cada vez que los vacunen.*

Atentamente,

Programa de Vacunación de Colorado
Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado
303-692-2650

NÚMERO MÍNIMO DE DOSIS **REQUERIDAS** PARA EL REGISTRO DE VACUNACIÓN Jardín de niños a 12º grado, 2012-13, requeridas para asistir a la escuela

VACUNA	Número de dosis	Jardín de niños a 12º (5 a 18 años de edad)
	<i>Vacunas administradas ≤4 días antes de la edad mínima son válidas</i>	
Tos Ferina <i>La vacuna DTaP sólo está autorizada hasta los 6 años de edad.</i>	5 a 6	5 DTaP (si la dosis 4 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). La dosis final de DTaP no se debe administrar antes de los 4 años de edad. La Tdap se requiere del 6º al 12º grado.
Tétanos/Difteria <i>La vacuna DT sólo está autorizada hasta los 6 años de edad.</i>	3 a 5	5 DT (si la dosis 4 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). Si el niño tiene 7 años de edad o más, debe tener 3 vacunas de tétanos/difteria espaciadas de manera adecuada (DTaP, DT, Td, Tdap) - 4 semanas entre la dosis 1 y 2 y 6 meses entre la dosis 3 y 4.
Polio (IPV)	3 a 4	4 IPV (si la dosis 3 se administró en el 4º cumpleaños o después, ya se cumplió con el requerimiento). La dosis final se debe administrar después del 4º cumpleaños.
Sarampión/Paperas /Rubéola (MMR)	2	La 1ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes del 1º cumpleaños. Se requieren 2 dosis desde jardín de niños a 12º grado.
Varicela <i>Se requiere la documentación de la enfermedad que puede obtener con un profesional de la salud (médico, enfermera registrada o médico asistente).</i>	2	1 ó 6 La 1ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes del 1º cumpleaños. Se requieren 2 dosis para los niños desde jardín de niños a 5º grado. Se requiere 1 dosis de 6º a 12º grado.
Hepatitis B <i>Los estudiantes que no tengan las 3 dosis de la vacuna Hep B antes de 7/1/2009 deberán seguir los intervalos mínimos recomendados por el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP)</i>	3	La segunda dosis debe administrarse por lo menos 4 semanas después de la primera dosis. La tercera dosis debe administrarse por lo menos 16 semanas después de la primera dosis y por lo menos 8 semanas después de la segunda. La dosis final no debe administrarse antes de las 24 semanas (6 meses de edad). La serie de 2 dosis es aceptable para los menores de 11 a 15 años. Las dos dosis solo se aceptarán si se usó la vacuna aprobada para la serie de 2 dosis con la documentación debida (nombre de la vacuna, dosis, fechas e intervalo).

VACUNAS **RECOMENDADAS** PARA LA MEJOR PREVENCIÓN DE LOS PADECIMIENTOS QUE PUEDEN EVITARSE CON LAS VACUNAS

VACUNAS	Número de Dosis	Jardín de niños a 12º (5 a 18 años de edad) <i>Las vacunas administradas ≤4 días antes de la edad mínima, son válidas</i>
Influenza (Gripe)	1 a 2	2 dosis iniciales si se administran antes de los 9 años de edad con un intervalo mínimo de 28 días entre dosis. En adelante se administrará 1 dosis anual. Se recomienda para niños de 6 meses de edad en adelante.
Meningitis Meningocócica (MCV)	1 a 2	Adolescentes de 11 a 18 años de edad
Virus del Papiloma Humano (HPV)	3	Adolescentes de 11 a 18 años de edad.
Hepatitis A (Hepatitis A)	2	Todos los niños de 1 año en adelante

Para las vacunas REQUERIDAS: Se acepta una prueba de laboratorio que demuestre inmunidad.

Debe traer la siguiente documentación a la escuela de su hijo para cumplir con la ley:

1. Un Registro de vacunación completo que certifique que el estudiante ha recibido el número mínimo de vacunas.
2. Si el Registro de vacunación del estudiante no está actualizado, el padre, tutor o estudiante independiente tiene 14 días después de la notificación directa para proporcionar la documentación que pruebe que la siguiente vacuna ya fue administrada y mandar un plan para completar las vacunas adicionales requeridas. Si no se completa el plan el estudiante podrá ser expulsado o suspendido de la escuela por incumplimiento. La excepción a esta regla es la escasez de vacunas.
3. Declaración de exención de la vacunación – El Registro de vacunación del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado:
 - a) una exención **médica** firmada por un médico autorizado que diga que la condición física del estudiante es tal que las vacunas podrían poner en peligro su vida o su salud, o que está contraindicado desde un punto de vista médico; o
 - b) una exención **religiosa** firmada por el padre, tutor o estudiante independiente que diga que el estudiante tiene creencias religiosas que se oponen a las vacunas; o
 - c) una exención **personal** firmada por el padre, tutor o estudiante independiente que diga que las creencias personales del estudiante se oponen a las vacunas.

Los requerimientos de vacunación se impondrán de manera estricta a todos los estudiantes. Los estudiantes que no cumplan con los requerimientos no podrán asistir a la escuela de acuerdo con los Estatutos Revisados de Colorado 25-4-902.





Aviso Oficial: Estudiantes con Alergias de Alimentos

El Distrito Escolar 51 reconoce que a muchos estudiantes les han diagnosticado las alergias de alimentos, los cuales pueden ocasionar la muerte. Para responder a este asunto y cumplir con las leyes y requisitos estatales respecto al manejo de las alergias de alimentos y anafilaxis de los estudiantes, la Mesa Directiva expone la póliza *JLCDA-Estudiantes con Alergias de Alimentos*. El distrito escolar anima a los padres a mantener un suministro de los medicamentos recetados para el trato de la alergia/anafilaxis en la escuela, a menos que el estudiante tenga un plan de tratamiento aprobado el cual le permite llevar consigo los medicamentos y también auto-administrar los medicamentos. Cualquier plan de tratamiento para las alergias de alimentos debe ser desarrollado en colaboración con la enfermera de la escuela.

Por favor, póngase en contacto con la escuela o al 254-5401 para obtener el número de la enfermera de su escuela y comenzar el proceso de establecer un plan de tratamiento. Se necesitará completar el formulario del Plan de Acción para Alergias y Anafilaxia incluyendo las firmas del Proveedor de Servicios Médicos y el padre/tutor.



Attention Parents:

Do you find yourself in one of the following **temporary or transitional living situations**?

- Living in a hotel or motel
- Living in a shelter or “safe house”
- Living doubled up with friends or relatives
- Living in a park or campground
- Living in a camper, camp trailer or vehicle
- Living in sub standard housing as outlined by HUD definitions
- An unaccompanied or runaway youth

If so, **Mesa County Valley School District 51’s REACH program** has some ways to support you with your school- related needs, as well as access to other community resources and supports.

Contact your child’s school or call our offices at **254-5350** and ask for the REACH department. There is an advocate assigned to each school that will assist you.



Atención Padres:

¿Se encuentra Ud. en una de las siguientes viviendas temporales o transitorias?

- Vive en un hotel o motel
- Vive en una casa de refugio
- Vive con parientes o amigos
- Vive en un parque o en un campamento
- Vive en un camper, en una tráiler o en su vehículo
- Vive en una casa inadecuada según el departamento de HUD
- Es Ud. un joven abandonado o un joven que anda huyendo

Si es así, el programa de REACH del Distrito Escolar 51 del Condado de Mesa tiene algunas maneras para apoyarlo a Ud. con sus necesidades escolares, y también para darle acceso a los recursos de la comunidad.

Comuníquese con la escuela de su criatura o llame a nuestra oficina al número **254-5350** y pregunte por el departamento de REACH. Hay una persona asignada a cada escuela que le puede ayudar.



Susana Wittrock
Migrant Director
2115 Grand Avenue
Grand Junction, CO 81501
(970) 254-5272 ~ Office
(970) 254-5234 ~ Fax
Susana.wittrock@d51schools.org

Student Name (Nombre del Estudiante): _____

School (Escuela): _____ **Telephone (Teléfono)** _____

Does your Family qualify as Migrant?

If the answers to the following four questions are YES, your child qualifies for the Migrant Education Program.

1. Did the child move (alone, with, or to join a parent, spouse, or guardian) within the last 36 months? _____
2. Was the move from one school district to another? _____
3. Was the purpose of the move to obtain work that is (1) temporary or seasonal AND (2) agricultural, fishing, or dairy? _____
4. Was the work an important part of providing a living for the worker and his or her family? _____

Please return the following sheet to the Migrant Office on 2115 Grand Avenue or to your child's school if you have answered yes to all questions.

Thank you,

Susana Wittrock, Migrant Director

¿Califica su Familia como Migrante?

Si las respuestas a las siguiente cuatro preguntas son Sí, su niño califica para el Programa de Educación Migrante.

1. ¿Dentro de los últimos 36 meses, el niño se mudó (solo, con, o para reunirse con su padre(s), esposo, o guardián)? _____
2. ¿El cambio fue de un distrito escolar a otro? _____
3. ¿El propósito del cambio fue para obtener trabajo que es (1) temporal o de la cosecha Y (2) agrícola, pesca, o lechería? _____
4. ¿El trabajo fue una parte importante en proveer una mejor vida para el obrero y su familia? _____

Si usted ha contestado sí a todas las preguntas, por favor devuelva la hoja a la Oficina Migrante al 2115 Avenida Grand o a la escuela de su niño/a.

Gracias,

Susana Wittrock, Directora del Programa Migrante



CONSENTIMIENTO DE PUBLICIDAD POR MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Yo, (NOMBRE) _____, padre /tutor de (NOMBRE DE SU NIÑO/A) _____ (“Niño/a”), doy permiso para que tomen fotografías, grabaciones en video/audio y/o entrevisten a mi niño/a los representantes de televisión, radio y otras agencias noticieras de la prensa si dichas fotografías, grabaciones en video/audio o entrevistas están autorizadas previamente por el Distrito Escolar 51 del Valle del Condado de Mesa (“Distrito”) y están supervisadas por el personal escolar o del distrito.

También doy permiso al Distrito Escolar 51 del Valle del Condado de Mesa para que tomen, usen, remitan o publiquen fotografías, grabaciones en video/audio de mi niño/a para los propósitos oficiales y comunicativos de la escuela o del Distrito en comunicaciones por internet o imprenta incluyendo, entre otros, publicaciones del Distrito o páginas web organizadas por el Distrito o por una escuela, incluyendo páginas web organizadas por el Distrito o por una escuela que están mantenidas por un sitio externo de red social. Entiendo que al dar mi permiso, una fotografía o una grabación en video/audio de mi niño/a puede ser diseminada o remitida al público general o por televisión, radio y otras agencias noticieras de la prensa que tengan acceso a las publicaciones o páginas web del Distrito.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE (IMPRIMA)

FECHA