

## Escuela Elementaria de Kiona-Benton Forma de Matriculación del Estudiante

Apeado del Estudiante \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_  
 Nombre Lega (si es diferente) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo H/M  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

Grupo Étnico (Opcional)      \_\_\_\_\_ Americano/ Nativo de Alaska      \_\_\_\_\_ Asiático  
    \_\_\_\_\_ Negro/Americano Africano      \_\_\_\_\_ Blanco/ Caucáseo  
    \_\_\_\_\_ Hispano/ Latino      \_\_\_\_\_ Multirracial  
    \_\_\_\_\_ Hawaiano Nativo/ Otro Isleño Pacifico

Dirección Físico \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado      Código Postal

Dirección de Correspondencia \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado      Código Postal

Teléfono de Hogar \_\_\_\_\_ Esta escrito en la guía Telefónica? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No  
 Teléfono de Mensaje \_\_\_\_\_

**LA SIGUIENTE INFORMACION PERTENECE A EL PADRE/GUARDIAN EN DONDE EL ESTUDIANTE RADICA**

Estudiante Vive Con      \_\_\_\_\_ Los dos Padres      \_\_\_\_\_ Madre      \_\_\_\_\_ Padre      \_\_\_\_\_ Solo  
    \_\_\_\_\_ Custodia Juntos      \_\_\_\_\_ Guardián      \_\_\_\_\_ Madre/Padrastro  
    \_\_\_\_\_ Padre/Madrastra      \_\_\_\_\_ Madrastra/Padrastro  
    \_\_\_\_\_ Agencia      \_\_\_\_\_ Otro

Padre/Nombre de Guardián Apeado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Num. de Celular \_\_\_\_\_  
 Patrón \_\_\_\_\_ Num. de Trabajo \_\_\_\_\_

Padre/Nombre de Guardián Apeado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Num. de Celular \_\_\_\_\_  
 Patrón \_\_\_\_\_ Num. de Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de Padre de No-Custodia \_\_\_\_\_ Num. de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Ay una restricción lega impidiendo la visita del padre de no custodia a la escuela, teniendo acceso a los reportes/archivos de la escuela o recogiendo se hijo de la escuela?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No (Si si, por favor presentar el documento para el archivo de la escuela.)

Ay alguno ordenes de restricciones actuales en la madre o el padre en el Estado de Washington?  
 \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No (La escuela tiene que tener órdenes de la corte en archivo.)

A estado alguna vez el estudiante inscribió en clases de Educación Especiales? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Tiene el estudiante un IEP actual? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No (Si si, por favor de presentar el documento para el archivo de la escuela.)

Ha tenido algunas ves estudiante un plan de 504? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

A estado anteriormente el estudiante inscribió en el distrito de la Escuela Kiona-Benton?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Ultima escuela asistida \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado      Código Postal

Fecha de Entrada \_\_\_\_\_ Fecha de Retiramiento \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA: Persona(s) local** (otro aparte de padre o guardián apuntados anterior) permito que se lleven al estudiante de la escuela en caso de una emergencia o enfermedad, cita, etc...

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas que vienen el hogar:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo H/M  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo H/M  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo H/M  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo H/M

Nombre del lugar donde cuidan a su hijo/a, o Cuidadora de Niños durante el día

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Esta la Cuidadora de Niños o el lugar donde cuidan los niños autorizado en llevarse el estudiante de la escuela?  Si  No

Indique el tratamiento que usted consiente que se le de a su hijo/a en el evento de una herida sostenida y un contacto de emergencia no puede ser localizado:

Llevar al hospital en una ambulancia  Si  No  Kadlec  KGH  Hospital de Prosser

Poner al cuidado de un medico personal  Si  No

Si si, Nombre y numero del medico \_\_\_\_\_

Si el medico escrito arriba no puedo ser localizado inmediatamente, poner el niño/a en cuidado del medico en llamada en el hospital  Si  No

Si no, por favor escriba procedimientos específicos para que siga el personal:

Tiene su hijo/a algunos problemas de salud especial como una enfermedad crónica, alergias, condiciones?  Si  No

Si si, por favor escríbalas \_\_\_\_\_

Tome su hijo/a medicamento de cualquier tipo?  Si  No

Si si, por favor escríbalas \_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo/a algunas ves cualquier tipo de accidentes o heridas serias?  Si  N

Si si, por favor de explicar \_\_\_\_\_

Actividades de escuela en donde el estudiante no debe de participar: (Padre o Guardián debe de proveer documentación respecto a razones por no participar.) \_\_\_\_\_

Por favor note: La información de arriba es necesaria para el uso en el evento de que su hijo/a se ponga enfermo/a o se lastime durante la escuela. En casos de naturaleza menor, primeros auxilios serán administrados por el personal de la escuela que están capacitados en dar tales servicios. Este entendido que las instrucciones dadas arriban permanecerá por este año escolar.

**FIRMA DE PADRE/GUARDIAN** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_



# KIONA-BENTON CITY SCHOOL DISTRICT

1105 Dale Ave, Benton City, WA 99320  
Phone: (509) 588-2000 Fax: (509) 588-5580

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE REGISTROS

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo la divulgación de los registros:

Nombre del organización/escuela/persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Describe los registros que se divulgarán:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expedientes académicos          | <input type="checkbox"/> Calificaciones de las pruebas estándares |
| <input type="checkbox"/> Grados de Retirada              | <input type="checkbox"/> Expedientes médicos                      |
| <input type="checkbox"/> Registros de asistencia         | <input type="checkbox"/> Expedientes disciplinarios               |
| <input type="checkbox"/> Registros de educación especial | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____                |

La información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar bajo las disposiciones de la ley de privacidad y derechos de la educación familiar (FERPA). FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas. Tenga en cuenta que, si la solicitud es para información médica o de salud, la información médica recibida está protegida bajo los estándares de privacidad de FERPA por un distrito escolar y no la portabilidad del seguro de salud y la cuenta (HIPAA).

Este consentimiento y autorización es válido por 90 días a partir de la fecha de la firma del padre/estudiante adulto. El consentimiento puede ser retirado en cualquier momento por escrito, excepto cuando la información ya haya sido publicada basándose en mi autorización.

Padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estudiante (si tiene más de 13 años) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Please FAX Information Requested to the following building(s) selected below:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kiona-Benton City<br>Elementary | <input type="checkbox"/> Kiona-Benton City<br>Middle School | <input type="checkbox"/> Kiona-Benton City<br>High School | <input type="checkbox"/> Kiona-Benton City<br>Special Education Dept. |
| Phone: (509) 588-2090                                    | Phone: (509) 588-2040                                       | Phone: (509) 588-2140                                     | Phone: (509) 588-2024   |
| Fax: (509) 588-2729                                      | Fax: (509) 588-2905   | Fax: (509) 588-2651                                       | Fax: (509) 352-3073   |

Estimado Padre o Tutor,

A partir del año escolar 2016-17, la legislatura estatal aprobó una ley que exige que las escuelas públicas del estado de Washington recaben información sobre la afiliación militar a partir del año escolar 2016-17  
(<http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5163&year=2015>)

Las razones para la recopilación de los datos incluyen:

- (1) La legislatura considera que, a nivel nacional, casi dos millones de estudiantes provienen de familias militares, donde uno o más padres o tutores prestan servicios en las fuerzas armadas, las reservas o la guardia nacional de los Estados Unidos. Hay aproximadamente ciento treinta y seis mil familias militares en el estado de Washington.
- (2) La legislatura además encuentra que un estudio de la oficina de rendición de cuentas del gobierno de los Estados Unidos en 2011 identificó que no es posible monitorear los resultados educativos para estudiantes de familias militares debido a la falta de un identificador de estudiante en sistema de datos educativos del estado. Tal identificador es necesario para permitir a los educadores y los encargados de formular políticas para monitorear los elementos críticos del éxito educativo, incluyendo progreso académico y habilidad, participación en programas especiales y avanzados, tasas de movilidad y de abandono, y patrones a lo largo del tiempo en los estados y distritos escolares. La información confiable sobre el desempeño de los estudiantes ayudará a los educadores a hacer una transición más efectiva de los estudiantes a una nueva escuela y permitirá a los distritos escolares descubrir e implementar las mejores prácticas. [2015 c 210 § 1.]

Para la intención de esta recopilación de datos, "estudiantes de familias militares" incluye:

- (a) Estudiantes con un padre o tutor que es miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos en servicio activo; y
- (b) Estudiantes con un padre o tutor que es miembro de las reservas de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o un miembro de la guardia nacional de Washington. "La recopilación y actualización de estos datos debe usar el Departamento de Educación de los Estados Unidos 2007 raza y etnia las pautas para informar, incluidas las categorías sub-raciales y sub-étnico dentro de esas pautas, con modificaciones.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Joe Lloyd a [JLloyd@kibesd.org](mailto:JLloyd@kibesd.org) o al 509-588-2077.

Nombre de Estudiante	SSID	Estatus Militar de los Padres/Tutores *

\* No Afiliado, Servicio Activo, Reservas, Guardia Nacional de Washington, ambos Padres/Tutores están afiliados, Sin Respuesta/Se Negó a Declarar, No hay Datos Disponibles

Regrese Antes de: Primer día de Escuela.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Forma de Colección de Información de Étnicidad y Raza

Recientemente, el gobierno federal cambio las categorías de reporte de la información de étnica y raza de estudiante. Por favor de completar y regresar esta forma a la oficina de la escuela. Si tiene preguntas tocante a esta forma favor de contactar la oficina de escuela.

Nombre de Niño/a \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Pregunta 1.** ¿Su hijo(a) es de origen Hispano o Latíno? \_\_\_ Si \_\_\_ NO  
Si es sí, favor de checar todo lo que aplique.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MEXICAN / MEXICAN AMERICAN/ CHICANO<br><input type="checkbox"/> CUBAN<br><input type="checkbox"/> DOMINICAN<br><input type="checkbox"/> SPANIARD<br><input type="checkbox"/> PUERTO RICAN | <input type="checkbox"/> LATIN AMERICAN<br><input type="checkbox"/> CENTRAL AMERICAN<br><input type="checkbox"/> SOUTH AMERICAN<br><input type="checkbox"/> OTHER HISPANIC/LATINO |
|--|---|

**Pregunta 2.** ¿Que raza(s) considera usted a su hijo (a)? (Cheque todo lo que aplique.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WHITE (or HISPANIC)<br><input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN/ BLACK<br><br><input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN<br><input type="checkbox"/> CAMBODIAN<br><input type="checkbox"/> CHINESE<br><input type="checkbox"/> FILIPINO<br><input type="checkbox"/> HMONG<br><input type="checkbox"/> INDONESIAN<br><input type="checkbox"/> JAPANESE<br><input type="checkbox"/> KOREAN<br><input type="checkbox"/> LAOTIAN<br><input type="checkbox"/> MALAYSIAN<br><input type="checkbox"/> PAKISTANI<br><input type="checkbox"/> SINGAPOREAN<br><input type="checkbox"/> TAIWANESE<br><input type="checkbox"/> THAI<br><input type="checkbox"/> VIETNAMESE<br><input type="checkbox"/> OTHER ASIAN<br><br><input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN<br><input type="checkbox"/> FIJIAN<br><input type="checkbox"/> GUAMANIAN or CHAMORRO<br><input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER<br><input type="checkbox"/> MELANESIAN<br><input type="checkbox"/> MICRONESIAN<br><input type="checkbox"/> SAMOAN<br><input type="checkbox"/> TONGAN<br><input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER | <input type="checkbox"/> ALASKA NATIVE<br><input type="checkbox"/> CHEHALIS<br><input type="checkbox"/> COLVILLE<br><input type="checkbox"/> COWLITZ<br><input type="checkbox"/> HOH<br><input type="checkbox"/> JAMESTOWN<br><input type="checkbox"/> KALISPEL<br><input type="checkbox"/> LOWER ELWHA<br><input type="checkbox"/> LUMMI<br><input type="checkbox"/> MAKAH<br><input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT<br><input type="checkbox"/> NISQUALLY<br><input type="checkbox"/> NOOKSACK<br><input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM<br><input type="checkbox"/> PUYALLUP<br><input type="checkbox"/> QUILEUTE<br><input type="checkbox"/> QUINAULT<br><input type="checkbox"/> SAMISH<br><input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE<br><input type="checkbox"/> SHOALWATER<br><input type="checkbox"/> SKOKOMISH<br><input type="checkbox"/> SNOQUALMIE<br><input type="checkbox"/> SPOKANE<br><input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND<br><input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH<br><input type="checkbox"/> SUQUAMISH<br><input type="checkbox"/> SWINOMISH<br><input type="checkbox"/> TULALIP<br><input type="checkbox"/> YAKAMA<br><input type="checkbox"/> OTHER WASHINGTON INDIAN<br><input type="checkbox"/> OTHER AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE |
|---|--|



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

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

<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> Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b> La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p><b>Educación previa</b> 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><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</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.

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



Forms and Translated Material from the Bilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



# DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE KIONA-BENTON

## Formulario de Emisión para Padres y Estudiantes

Este formulario de autorización del estudiante se crea para proporcionar información sobre las reglas de la escuela, los programas. Le animamos a revisar las reglas, pólizas y procedimientos del distrito en la web.

SITIO WEB DEL DISTRITO: <http://www.kibesd.org>

ACCESO FAMILIAR: <http://www.Kibesd.org>

### DIRECTORIO TELEFONICO

Preparatoria: 509-588-2140

Secundaria: 509-588-2040

Primaria: 509-588-2090

Intermedia: 509-588-2078

Garaje de autobuses: 509-588-2010

Oficina del Superintendente: 509-588-2000

### DECLARACION DE POLIZA DE ACCION AFIRMATIVA (Póliza 2010)

Para asegurar el logro de las metas del Programa de Acción Afirmativa y la adhesión a la Igualdad de Oportunidades de Empleo, cada empleado es responsable por su éxito. Se tomarán medidas correctivas para equilibrar el perfil de empleado como el personal administrativo y los empleados si se identifican áreas de desequilibrio.

### DECLARACION DE NO DISCRIMINACION

De acuerdo con la ley federal, se prohíbe al Distrito Escolar de la Ciudad de Kiona-Benton discriminar basado a sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad honorablemente descargada del estado veterano o militar, orientación sexual incluyendo la expresión o identidad de género, La presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de una guía de perros entrenada o un animal de servicio por una persona con una discapacidad y proporciona acceso a los Boy Scouts of América y a otros grupos juveniles designados. Para presentar una queja de discriminación, consulte la información a continuación. El Distrito Escolar de la Ciudad de Kiona-Benton es un empleador de igualdad de oportunidades, cumple con todas las Reglas y Reglamentos Federales, y no discrimina ningún programa del distrito y oportunidades de empleo.

### DECLARACION DE ACOSO SEXUAL (POLIZA 6590)

De acuerdo con la ley federal, el Distrito Escolar de la Ciudad de Kiona-Benton No. 52 está comprometido con un ambiente de educación y trabajo positivo y productivo, libre de discriminación, incluyendo acoso sexual. El distrito prohíbe el acoso sexual de estudiantes, empleados y otros involucrados en las actividades del distrito escolar. La póliza y el procedimiento del distrito 6590 en relación con el acoso sexual se encuentra en el sitio web del distrito escolar en [www.kibesd.org](http://www.kibesd.org) y en la Oficina de Administración ubicada en el 1105 Dale Ave. Benton City, WA 99320 o llamando al (509) 588-2000.

### PROCESO DE AUSENTISMO

1era Ausencia injustificada dentro de 30 días=

Llamar a casa para notificar a los padres/tutores, las consecuencias se explicarán en el idioma del hogar.

2da Ausencia injustificada dentro de 30 días=

- 1) Conferencia con los padres/tutores para hacer un plan para apoyar al estudiante y su familia.
- 2) Evaluación de los riesgos y necesidades de los estudiantes de Washington (WARNS).

5ª Ausencia injustificada=

- 1.) Ingresar a un acuerdo para mantener los requisitos de asistencia escolar.
- 2.) Referirse a la Junta de Ausentismo de la Comunidad
- 3.) Presentar una petición de absentismo escolar con el Tribunal de Menores del Condado de Benton.

7ª Ausencia injustificada en un MES o decimo del año escolar=

- 1.) El Distrito presentara una acción civil con el Juzgado de Menores del Condado de Benton alegando la violación de las leyes de asistencia.
  - a.) Por el Padre
  - b.) Por el estudiante/niño
  - c.) Por el padre y el estudiante/niño

#### Título IX/RCW 28ª.640 Oficial

#### De Acción Afirmativa

Diann Zavala  
1105 Dale Ave  
Benton City, WA 99320  
Teléfono: (509) 588-2000

#### Coordinador de Sección 504

Diann Zavala  
1105 Dale Ave  
Benton City, WA 99320  
Teléfono: (509) 588-2024

#### McKinney-Venton (Sin Hogar)

Bernardo Castillo  
1105 Dale Ave  
Benton City, WA 99320  
Teléfono: (509) 588-2000

Las Pólizas y procedimientos del distrito y los Derechos de Padres y Estudiantes están localizados en el sitio web del distrito escolar en [www.kibesd.org](http://www.kibesd.org) y en la Oficina de Administración ubicada en el 1105 Dale Ave. Benton City, WA 99320 o llamando al (509) 588-2000.

~Por favor firme abajo reconociendo que usted entiende los elementos anteriores y donde usted puede encontrar información en el sitio web del distrito si es necesario~

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

ESCUELA ELEMENTAL DE KIONA-BENTON

Estimados Padres,

Esta forma es para intentar proveer la oportunidad a usted para ayudarnos este año escolar con actividades en el salón. Como siempre, apreciamos su asistencia para el beneficio de nuestros estudiantes.

Por favor de marcar una(s) oportunidades de abajo en las que usted esté interesado(a) y regresar al maestro(a) de su hijo(a). Gracias.

- Servir en el salón como madre o padre de salón.
- Asistir con refrescos/juegos durante la fiesta de Halloween.
- Asistir con refrescos/juegos durante la fiesta de Navidad.
- Asistir con refrescos/juegos durante la fiesta de San Valentin.
- Hacer material de instrucción para la maestra durante el día o en la tarde.

- Dar su tiempo en el salón.
- Coser bolsas para los libros.
- Acompañar el los paseos.
- Escuchar a los estudiantes leer.
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante  
\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre  
\_\_\_\_\_  
Nombre del Maestro/a



## Notificación Para Padre

Por ley, si los padres están separados legalmente o divorciados, cada padre tiene derechos iguales de custodia de el hijo (a)/ijos.

La escuela DEBE TENER UNA COPIA DE LA CORTE en sus archivos estudiantiles, de lo contrario, cualquiera de los padres puede sacar el estudiante de la escuela con la identificación apropiada.

Si uno de los padres viene con una orden de la cort que indique la custodia actual sobre el estudiante registrado, entonces se pueden llevar al niño(a)/hijos después de que los documentos hayan sido verificados, conforme sea necesario, y después de haber hecho todo Intent de comunicarnos por teléfono con el otro padre registrado.

He leído la declaración de la ley arriba.

---

*Nombre del Estudiante*

---

*Firma del Padre/Tutor*

---

*Fecha*

**ESCUELA PRIMARIA & INTERMEDIA DE KIONA-BENTON**

Mrs. Kristine Hanson, Director      Mr. Williams, Director

1105 Dale Ave. Benton City, WA 99320

Teléfono (509) 588-2090      Teléfono (509) 588-2078

---

**FORMA DE PERMISO PARA PASEO DE CAMPO**

Estimados Padres,

Paseos de Día de Campo de vez en cuando surgen como un resultado de actividades de la clase que requieren la necesidad para directas experiencias de comunidad. Durante el año, la clase de su hijo/a estará tomando varios paseos dentro de Benton City y en orden de que su hijo/a sea incluido en estos pequeños paseos, es necesario que usted llene y regrese esta forma de permiso. Para cualquier paseo de campo que requiere transportación fuera de Benton City, una forma de permiso separada y específica será mandada al hogar para que usted la llene. Como siempre, su hijo/a estará en supervisión propia durante cualquier función de la escuela.

Su firma abajo va a autorizar a la Escuela del Distrito de Kiona-Benton que permitan a su hijo/a que participe en los paseos de campo dentro de Benton City a través del completo año escolar.

Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_

Firme de Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular/Trabajo \_\_\_\_\_

# Historia de Salud del Estudiante

Debe de ser llenado por los padres/guardián (Marque aquello que aplique)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

No  Si Lentes/Lentes de contacto, fecha del último examen: \_\_\_\_\_

No  Si Aparatos de Audición, fecha del último examen: \_\_\_\_\_

## Medicinas diarias

La ley del Estado requiere que la escuela reciba el permiso por escrito del doctor antes de que se le pueda administrar cualquier tipo de medicina al estudiante en la escuela. La forma esta disponible en la oficina de la escuela.

No  Si Necesita medicinas en la escuela (especifique): \_\_\_\_\_

No  Si Necesita medicina en el hogar (especifique): \_\_\_\_\_

## Vida Condiciones Médicas Amenazadoras

La ley del estado de Washington asigna que por mandato los estudiantes con la salud peligrosa para la vida condiciona, donde la condición "...ponga a niño en el peligro de la muerte durante el día de la escuela ", tenga órdenes de medication/treatment y un plan del oficio de enfermera en lugar en la escuela antes su niño puede atender a la escuela. Las formas están disponibles de la oficina de la escuela.

### Condiciones Amenazadoras De la Vida ( requiera las órdenes del abastecedor del cuidado médico)

Compruebe por favor todo el que aplíquese:

No  Sí Reacción alérgica severa a cualquier clase de nuez

No  Sí Reacción alérgica severa a la picadura de abejas.

No  Sí Otras alergias severas que afecten la asistencia a clases. Especifique: \_\_\_\_\_

No  Si Asma, toma medicina con regularidad para condicione asmáticas o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años por condicione asmáticas

No  Sí Diabetes

No  Sí Otros: \_\_\_\_\_

### Potencialmente Condiciones amenazadoras de la vida (MAYO requiere órdenes del abastecedor del cuidado médico) Compruebe por favor todo el que aplíquese y explique:

No  Si Asma, toma medicinas solo cuando es necesario

No  Sí Convulsiones

Tipo de convulsión y fecha de la ultima convulsión: \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas con el corazón: \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas de Comportamiento/Emocionales: \_\_\_\_\_

No  Sí Problemas ortopedicos: \_\_\_\_\_

No  Sí Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a algún otro problema médico que podrían afectar su desarrollo en el salón de clases o en las actividades de educación física?

No  Si Explique si marco sí: \_\_\_\_\_

*Esta información se considera confidencial. Será compartida con el personal es escolar solo cuando sea necesario, mientras su niño/a este inscrito en el Distrito Escolar de Kiona-Benton, para poder asegurar la salud y seguridad de su niño/a, a menos que usted solicite lo contrario por escrito*

Firma de los padres/guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



*Kiona-Benton City School District #52*  
*1105 Dale Avenue, Benton City, WA 99320*  
*(509) 588-2000*

### Condiciones de Alto Riesgo para la Vida

La ley del Estado de Washington, RCW 28A.210.320, indica que cada niño(a) con Condiciones de Alto Riesgo para la Vida debe completar un paquete de información, que se describe en el tercer párrafo, para ser colocada en su archivo antes de asistir a la escuela.

Bajo esta ley, una "condición de alto riesgo para la vida", significa una condición de salud que coloque al niño(a) en peligro de muerte durante un día escolar, si una medicina o tratamiento o el cuidado de una enfermera no están disponibles. Una Condición de Alto Riesgo para la Vida, incluye:

\_\_\_\_\_ Asma  
\_\_\_\_\_ Inducido por ejercicio \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_\_ Severa  
Dentro del último año tiene su niño sido  
\_\_\_\_\_ Nebulizaciones \_\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_\_ Esteroides orales

**Si algún de arriba a sido marcado, esto es considerado como una condición de vida amenazador.**

\_\_\_\_\_ Diabetes  
\_\_\_\_\_ Condición Cardíaca (considerada como seria por un médico; actividad física limitada)  
\_\_\_\_\_ Reacciones Alergicas que provocan un ataque anafiláctico  
\_\_\_\_\_ Piquete de abejas  
\_\_\_\_\_ Cacahuates  
\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Hemofilia u otro desorden serio de la sangre  
\_\_\_\_\_ Otro (liste toda condición no mencionada anteriormente y que caiga en la categoría de una condición de riesgo para la vida del niño) \_\_\_\_\_

**Si usted ha marcado una de las condiciones anteriores**, por favor haga contacto con la escuela de su hijo(a) para recibir un paquete de emergencia para que usted y el médico de su hijo(a) lo llenen y lo regresen posteriormente. Este paquete deberá incluir la autorización del médico para administrar la medicina recetada, plan de tratamiento, plan de emergencia y los equipos y materiales necesarios para efectuar el tratamiento así como el plan de emergencias para ello. Esta información nos será facilitada para desarrollar un plan con la enfermera, y será mantenido en el archivo de la escuela.

Si una medicina, orden de tratamiento o algún equipo o material no está provisto, al **Director de la escuela se le requiere restringir la asistencia del niño(a)** hasta que tal orden sea posible atender. Esta solicitud aplica a los estudiantes que son de reciente ingreso en el Distrito, y los estudiantes que actualmente se encuentran inscritos. Nuestros procedimientos de exclusión están de acuerdo con las reglas (WACS) de la Mesa Directiva Estatal para la Educación.

Si su niño(a) desarrolla una condición de alto riesgo para su vida durante el año escolar, es vital para su seguridad que usted lo notifique de manera inmediata al Director(a) de la o enfermera de la escuela a la que asiste. Las formas necesarias serán provistas y se establecerá una cita con la enfermera escolar.

**Certifico que he leído la información anterior.**

\_\_\_\_\_ Mi hijo(a) no presenta una condición de alto riesgo para su vida.  
\_\_\_\_\_ Mi hijo(a) presenta una condición de alto riesgo para su vida.

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_

Firma Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

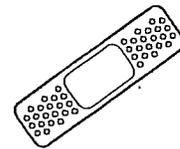


# Kiona-Benton City Elementary School

1105 Dale Avenue, Benton City, WA 99320 Ph. (509) 588-2090

## Es mi hijo muy enfermo para ir a la escuela?

Una guía para padres



**Apariencia / Comportamiento** -Inusualmente cansado, pálido, falta de apetito, dificultad para despertarse o confundido.

**OJOS** - Si hay drenaje, cambio en la visión, y / o enrojecimiento del párpado, picor, dolor o sensibilidad a la luz. Esto puede ser una señal de "ojo rojo" (conjuntivitis) y el estudiante debe ser revisado por un profesional de la salud.

**FIEBRE**- Temperatura de 100 grados Fahrenheit (39 grados C) o más. Los estudiantes necesitan estar libre de fiebre por 24 horas antes de regresar a la escuela sin medicamentos para reducir la fiebre.



**Gripa frío y / o TOS**-Los estudiantes deben ser capaces de cubrir su tos para estar en la escuela. Si persiste la tos o el resfriado durante más de 2 semanas, puede necesitar ser visto por un profesional de la salud del estudiante.

**DIARREA**-2 o más deposiciones acuosas en 24 horas, especialmente si el estudiante actúa o se ve mal. Los estudiantes deben permanecer en casa durante 24 horas después de la última deposición acuosa.

**VOMITO**-Vómitos 2 o más veces en 24 horas. Los estudiantes deben permanecer en casa durante 24 horas después de la última vez que vomitó.

**ERUPCIÓN** - erupción en el cuerpo molesto, especialmente con fiebre o picazón. Algunas erupciones pueden propagarse a los demás y deben ser revisados por un profesional de la salud.

**Lesión / cirugía** -si los estudiantes son incapaces de concentrarse debido al dolor o medicamentos para el dolor, que deben quedarse en casa. Por favor tenga a su proveedor de atención de la salud de contactos de la enfermera de la escuela para ayudar a su hijo regresar de manera segura a la escuela. Dejar que la enfermera de la escuela sepa antes de cualquier cirugía programada será útil.

**Aún tiene dudas acerca de si o no su estudiante está lo suficientemente sano como para venir a la escuela?** Póngase en contacto con la enfermera o el médico de su hijo.

Dejen estudiantes enfermos en casa, animando el lavado frecuente de manos, cubrirse al toser y protege a todos, incluso a aquellos con sistemas inmunes frágil

Se espera que los estudiantes participen en todas las partes de la jornada escolar incluyendo el recreo o PE.

Si su médico le ha restringido la actividad por favor envíe una nota del médico, por ejemplo: "No Deportes x 1 semana"

Gracias por su apoyo para mantener a los estudiantes seguros y saludables.



*Kiona-Benton City School District #52  
1105 Dale Avenue, Benton City, WA 99320  
509-588-2000*

## **Requisitos para los registros de vacunación**

Estimado padre o tutor,

A partir del 1 de agosto del 2020, la ley estatal requiere que todos los registros de vacunación entregados a las escuelas o centros de cuidado infantil sean verificados médicamente. Los registros de vacunación deben entregarse a la escuela el primer día de asistencia escolar o antes. Esto significa que los registros de vacunación entregados a las escuelas deben provenir de un proveedor de atención médica, o usted debe adjuntar documentación de un proveedor de atención médica a su formulario escrito a mano que muestre que los registros de su hijo/a son los correctos. Su hijo/a no puede asistir a la escuela hasta que proporcione estos registros.

Estos son algunos ejemplos de registros de vacunación médicamente verificados:

- Un Certificado de Estado de Vacunación (CEV) completo y firmado por un proveedor médico. Encuentre una copia de este certificado en línea en [www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI). Busque el documento que diga "Certificate of Immunization Status (CIS)", haga clic y busque la copia en español.
- Un CEV (CIS, por sus siglas en inglés) completado por usted u otro padre o tutor legal con registros médicos adjuntos.
- Un CEV impreso por un proveedor médico o una escuela usando el Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.
- Un CEV impreso desde el portal MyIR (en inglés), una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir sus registros oficiales de vacunación. Visite <https://wa.myir.net/register> (en inglés) para iniciar su proceso de registro.

Si solicita una exención de uno o más de los requisitos de vacunación, debe proporcionarle a la escuela un Certificado de exención completo.

Sinceramente,

Teresa Mattson, RN



DOH 348-744 Spanish January 2020

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).

# Padres, ¿están sus hijos listos para la escuela?

## Vacunas requeridas para el ciclo escolar 2020-2021



Recursos para padres de familia y tutores legales

**Instrucciones:** para ver cuáles vacunas son requeridas para asistir a la escuela, encuentre el grado al que asistirá su hijo y lea únicamente la información acerca de las vacunas y dosis requeridas que se encuentra en esa hilera.

	Hepatitis B	DTaP/Tdap (Difteria, Tétanos, Pertusis) Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	Polio Las dosis requeridas pueden ser menos de las aquí indicadas	MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)	Varicela (Chickenpox)
<b>Kínder al 6° Grado</b>	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o El doctor verifica la enfermedad
<b>7° al 12° Grado</b>	3 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	5 dosis DTaP Y 1 dosis de Tdap <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	4 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i>	2 dosis <i>(Deben darse en el plazo de tiempo correcto)</i> o el médico verificó que el niño tuvo la enfermedad <i>(Se permiten excepciones para ciertos estudiantes)</i>

- Los estudiantes deben recibir las dosis de vacunas en el plazo de tiempo correcto para cumplir con los requisitos escolares de vacunación. Si usted tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para el ingreso escolar, hable con su proveedor de salud o personal escolar capacitado.
- Encuentre información sobre otras vacunas recomendadas pero no requeridas para el ingreso escolar en: [www.immunize.org/cdc/schedules/](http://www.immunize.org/cdc/schedules/)