



# Lista de verificación de inscripción

Primero, debe verificarse la dirección para establecer la zona de asistencia correspondiente del distrito y la escuela. Después de comprobar la dirección, utilice la siguiente lista de verificación que lo ayudará a reunir los documentos necesarios para inscribir correctamente a su(s) estudiante(s).

	<b>Verifique la dirección del distrito y las zonas de asistencia</b> ( <a href="https://sis.isd194.org/isd194abs/isd194abs.jsp">https://sis.isd194.org/isd194abs/isd194abs.jsp</a> )
	<b>Formulario de inscripción para el estudiante de las Escuelas Públicas del Área de Lakeville</b>
	<b>Verificación de la dirección</b> (por ejemplo, título de propiedad de la casa, contrato de arrendamiento o una factura de servicios actual)
	<b>Verificación del nombre legal y de la fecha de nacimiento del estudiante</b> (por ejemplo, certificado de nacimiento, pasaporte, registro del hospital)
	<b>Formulario de inmunización del estudiante</b>
	<b>Inventario de salud del estudiante</b>
	<b>Consentimiento para divulgar información académica</b> (permite que el Distrito Escolar Independiente 194 [Independent School District 194, ISD194] obtenga los registros educativos de otras escuelas)
	<b>Encuesta sobre los idiomas de Minnesota</b>
	<b>Solicitud para beneficios académicos</b> (comidas escolares, programas financiados por el estado y por el gobierno federal [ <i>opcional para que los padres lo completen</i> ])
	<b>Consentimiento para compartir información para beneficios en otros programas</b> ( <i>opcional para que los padres lo completen</i> )

**COMUNÍQUESE CON LA ESCUELA PARA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA SER NECESARIA**



# Información de contacto de la escuela

<b>Escuela</b>	<b>Grados</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>
Crystal Lake Education Center	EC	16250 Ipava Ave West	952-232-3000	952-469-7691
Cherry View Elementary School	K - 5	8600 175th Street	952-232-3201	952-469-7245
Christina Huddleston Elementary School	K - 5	9569 175th Street	952-232-3101	952-469-7280
Eastview Elementary School	K - 5	18060 Ipava Avenue West	952-232-2901	952-469-7644
Impact Academy at Orchard Lake Elementary School	K - 5	16531 Klamath Trail	952-232-2101	952-469-7331
John F. Kennedy Elementary School	K - 5	21240 Holyoke Avenue West	952-232-2801	952-469-7248
Lake Marion Elementary School	K - 5	19875 Dodd Boulevard	952-232-2701	952-469-7180
Lakeview Elementary School	K - 5	20500 Jacquard Avenue	952-232-2601	952-469-7270
Oak Hills Elementary School	K - 5	8640 165th Street West	952-232-2501	952-469-6304
Century Middle School	6 - 8	18610 Ipava Avenue West	952-232-2330	952-469-6103
Kenwood Trail Middle School	6 - 8	19455 Klamath Trail	952-232-3830	952-469-3508
McGuire Middle School	6 - 8	21220 Holyoke Avenue West	952-232-2230	952-469-7224
Lakeville North High School	9 - 12	19600 Ipava Avenue West	952-232-3632	952-469-7945
Lakeville South High School	9 - 12	21135 Jacquard Avenue	952-232-3330	952-469-8383
Lakeville Area Learning Center	7 - 12	20950 Howland Avenue	952-232-2081	952-469-7171
LinK12 Online School	K - 12	8670 210th St W	952-232-2023	952-469-6054



# Lakeville Escuelas públicas del área ISD #194

## Formulario de Inscripción - Información Familiar

<b>Información de la vivienda principal del padre/tutor</b> (*Si no es el padre o la madre, por favor proporcione los documentos de tutela)									
*Apellido del padre/tutor	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Parentesco (con el estudiante)	Telf. celular	Telf. trabajo	Correo electrónico
			M	F					
			M	F					
Dirección de residencia principal			Ciudad, estado y código postal				Telf. Hab.	Fecha en que se mudó	
<b>¿Reside actualmente con otro familiar, persona o en otro tipo de vivienda temporal?</b>						Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>Telf. principal</b>		H: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> T: <input type="checkbox"/>
<b>Enumere según la de fecha de nacimiento a todos los niños y otros adultos que vivan en la vivienda principal</b> (Utilice el nombre legal como aparece en el acta de nacimiento)									
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Grado académico	Parentesco con el estudiante		
			M	F					
			M	F					
			M	F					
			M	F					
			M	F					
			M	F					
<b>Información de vivienda adicional del padre/tutor</b> (*Si corresponde debido a separación, divorcio u otras circunstancias)									
*Apellido del padre/tutor	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Parentesco (con el estudiante)	Telf. celular	Telf. trabajo	Correo electrónico
			M	F					
			M	F					
Dirección de la residencia adicional			Ciudad, estado y código postal				Telf. Hab.	Fecha en que se mudó	
<b>Explicación de la información privada solicitada en este formulario:</b> de acuerdo con la Ley Federal de Privacidad de Datos de 1974 y la Ley de Privacidad del Estado de Minnesota, no está en la obligación de proporcionar la información marcada con un asterisco (*). No habrá ninguna repercusión para usted o para su estudiante si elige no proporcionarla. Sin embargo, su cooperación al proporcionar esta información garantizará la precisión de dicha información y ayudará a facilitar oportunidades académicas equitativas para todos los estudiantes. Puede estar seguro de que usaremos la información de manera que se respete la privacidad de nuestros estudiantes y familias.									



# Lakeville Escuelas públicas del área ISD #194

## Formulario de Inscripción - Información del estudiante

(Un formulario por estudiante)

For Office Use Only
Enrolling School Year

Apellido del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado a cursar	Fecha de comienzo
				M   F		

Requisito de información estatal y federal, de origen étnico y de raza						
<b>Estado (seleccione uno):</b>			Indio americano/Nativo de Alaska: <input type="checkbox"/> Isleño asiático o del Pacífico: <input type="checkbox"/> Hispano: <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano: <input type="checkbox"/> Blanco: <input type="checkbox"/>			
<b>Pregunta federal 1: ¿este estudiante es hispano o latino?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>Pregunta federal 2: elija una o todas las que aplican:</b>		
Indio americano/Nativo de Alaska: <input type="checkbox"/>		Asiático: <input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano: <input type="checkbox"/>		Hawaiano o Nativo de las Islas del Pacífico: <input type="checkbox"/>	Blanco: <input type="checkbox"/>

Antecedentes académicos						
<b>¿El estudiante recibió una evaluación de la primera infancia?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>De ser así, ¿dónde?</b>		
<b>¿Asistió alguna vez a una Escuela Pública del Área de Lakeville?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>De ser así, ¿dónde?</b>		
<b>¿Cuál fue la última escuela a la que asistió?</b>			<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>¿Alguna vez este estudiante se ha registrado con un nombre diferente?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>¿Cuál es el nombre?</b>		
<b>¿Qué servicios especiales recibe el estudiante?</b>		Ninguno: <input type="checkbox"/> Plan 504: <input type="checkbox"/> IEP: <input type="checkbox"/> IFSP: <input type="checkbox"/> IIIP: <input type="checkbox"/>			<b>Otro (especifique):</b>	
<b>¿Se ha mudado el estudiante o usted recientemente a los EE.UU. desde otro país?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>País:</b>		<b>Mes/Año</b>
<b>País de nacimiento (si no es EE. UU.):</b>				<b>Fecha de entrada:</b>		
<b>¿Ha completado este estudiante tres o más años de escuela en los EE. UU.?</b>			Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	<b>Fecha de inscripción por primera vez en EE. UU.:</b>		
<b>¿Se mudó a este distrito escolar por trabajo agrícola temporario o estacional (migrante)?</b>				Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
<b>¿Tiene el estudiante un padre, tutor, hermano o familiar militar actualmente?</b>				Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
<b>Esta persona está actualmente como:</b>		Servicio activo: <input type="checkbox"/> Guardia/Reserva: <input type="checkbox"/> Retirado: <input type="checkbox"/>			<b>¿Es el padre del niño?</b>	
					Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	

Contactos de emergencia			
Indique mínimo 2 contactos de emergencia que puedan asumir el cuidado provisional de su niño(a) si usted no puede ser localizado.			
Nombre	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Parentesco con el estudiante

Por medio de la presente confirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que al completar este formulario inscribo a mi estudiante en las Escuelas Públicas del Área de Lakeville y otorgo permiso para que obtengan todos los registros académicos de mi niño(a).

<b>Firma del Padre/Tutor:</b>		<b>Fecha</b>	
-------------------------------	--	--------------	--

# Registro de vacunación del alumno

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

- ( ) Completo; se requiere refuerzo en \_\_\_\_\_  
 ( ) En proceso; vence en 8 meses \_\_\_\_\_  
 ( ) Excepción médica para \_\_\_\_\_  
 ( ) Objeción de conciencia para \_\_\_\_\_  
 ( ) Consentimiento del padre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del alumno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número del alumno \_\_\_\_\_

La ley de Minnesota exige que los niños inscritos en la escuela se encuentren vacunados contra ciertas enfermedades o, de lo contrario, se presente una objeción de conciencia médica o legal (**vea el dorso para más información sobre la excepción**).

**Padre:** Ingrese el MES, DÍA y AÑO correspondientes a todas las vacunas que su hijo ha recibido **O complete la información sobre la excepción al dorso.** NO USE (✓) or (\*). Las vacunas/dosis en los casilleros sombreados se recomiendan pero no se exigen por ley.

**Personal de la escuela:** Asegúrese de colocar iniciales y fecha a cualquier información nueva que agregue a este formulario después de que el padre/tutor lo hayan presentado. Además, registre la combinación de vacunas (por ejemplo, DTaP+HepB+IPV, Hib+HepB) en cada espacio según corresponda.

Tipo de vacuna	1.º dosis Mes/Día/Año	2.º dosis Mes/Día/Año	3.º dosis Mes/Día/Año	4.º dosis Mes/Día/Año	5.º dosis Mes/Día/Año
<b>Requerido</b> (Los casilleros sombreados indican las dosis que no son dadas regularmente; sin embargo, si su hijo las ha recibido, favor de escribir la fecha en el casillero sombreado.)					
<b>Difteria, Tétanos y Pertussis</b> (DTap, DTP)					
<b>Difteria y Tétanos</b> (DT) • para niños de hasta 6 años					
<b>Tétanos y Difteria</b> (Tdap, Td) • para niños a partir de los 7 años					
<b>Poliomielitis</b> (IPV, OPV)					
<b>Sarampión, Paperas y Rubéola</b> (MMR) • edad mínima: al cumplir un año o después • se exige para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Hepatitis B</b> (hep B) • se exige para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Varicela</b> (varicela) • edad mínima: al cumplir un año o después • vacuna o antecedentes de enfermedades que se exigen para jardín de infantes y 7.º grado					
<b>Recomendado</b>					
<b>Meningocócica</b> (MCV, MPSV)					
<b>Virus del papiloma humano</b> (HPV)					
<b>Hepatitis A</b> (hep A)					

**1. Elija una de las opciones a continuación para indicar el estado de vacunación del alumno y la fuente de información antes mencionada:**

A. Certifico que este alumno ha recibido todas las vacunas que la ley exige.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor o médico/clínica pública

\_\_\_\_\_  
Fecha

B. Certifico que este alumno ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la pertussis (si es apropiado para la edad), poliomielitis, hepatitis B (Jardín de infantes y 7.º grado), varicela (Jardín de infantes y 7.º grado), sarampión, paperas y rubéola, y que completará su serie de vacunas contra la difteria, el tétanos y la pertussis, hepatitis B o poliomielitis dentro de los próximos 8 meses. Las fechas en las que deberán darse las dosis restantes son:

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/clínica pública

\_\_\_\_\_  
Fecha

**-REVERSO-**

**2. Consentimiento del padre/tutor:**

La escuela de su hijo le solicita permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo con el registro de vacunación de Minnesota para ayudarnos a proteger mejor a los alumnos de las enfermedades. No es obligatorio firmar este consentimiento, sino voluntario. Además, toda la información que proporcione se clasifica legalmente como información privada y podrá cederse solo a las personas legalmente autorizadas por la ley de Minnesota para recibirla.

Acepto que el personal de la escuela comparta el registro de vacunación de mi alumno con el registro de Minnesota:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**3. Exención a la Ley de Vacunación Escolar**

**A. Exención médica:**

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un alumno reciba una exención médica, la declaración a continuación debe ser firmada por un médico, un enfermero profesional o un auxiliar médico:

Certifico que las vacunas en la lista a continuación están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por laboratorio. (Para la varicela, consulte \* a continuación.)

Vacuna(s) eximida(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Antecedentes de varicela solamente. En el caso de la enfermedad de la varicela, esta fue diagnosticada por un médico o adecuadamente descrita por el padre, lo que me indica una infección pasada de varicela en \_\_\_\_\_.

Año

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/enfermero profesional/auxiliar médico

**B. Objeción de conciencia:**

Ningún alumno está obligado a recibir una vacuna contraria a las creencias a las que conscientemente adhiere su padre o tutor. Sin embargo, no seguir las recomendaciones de vacunación puede poner en peligro la salud o la vida tanto del alumno como de otros que tomen contacto con él. En caso de un brote de enfermedad, las escuelas podrán excluir a aquellos niños que no estén vacunados para brindarles protección tanto a ellos como a los demás. Para recibir una exención de vacunación, un padre o tutor legal debe completar y firmar la siguiente declaración ante un notario:

Certifico ante notario que resulta contrario a las creencias conscientemente sostenidas por mí que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Jurado y suscrito ante mí el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del notario

**Exenciones adicionales:**

- **Niños menores de 7 años:** La 5.º dosis de DTaP/DTP/DT (al igual que, la 4.º dosis de la vacuna contra la polio) no es necesaria si se administró la 4.º dosis de DTaP/DTP/DT (3.º dosis de polio) después de cumplidos los 4 años.
- **Niños a partir de los 7 años:** Un historial de 3 dosis de DTaP/DTP/DT/Td/Tdap y 3 dosis de vacuna contra la polio satisfacen el mínimo exigido por ley.
- **Alumnos de los grados 7 a 12:** Los alumnos en los grados 7 a 12 cuya Td o Tdap más reciente fue administrada después de cumplir los 7 años pero antes de los 11 años no necesitan un refuerzo de la Td ni Tdap a los 11 años ni a una edad posterior. En cambio, sí será necesario 10 años después de la fecha de la dosis más reciente.
- **Alumnos de 11 a 15 años de edad:** No es necesaria una 3.º dosis de la vacuna contra la hepatitis B para los alumnos que presenten la documentación del programa alternativo de 2 dosis.
- **Alumnos de más de 10 años:** Pueden recibir la vacuna Tdap para cumplir con la exigencia de la Td para alumnos en los grados 7 a 12.
- **Alumnos mayores de 18 años:** No necesitan la vacuna contra la polio.

**STUDENT HEALTH INVENTORY**

Student Name (Last, First, Middle)	Sex	Birth Date	School	Grade
	M F			

**This information is needed to keep your child healthy and safe at school. If your child has a life threatening health condition; it is the parent/guardian's responsibility to notify the school nurse prior to school attendance so that an appropriate plan of care is developed.**

HAS YOUR CHILD BEEN DIAGNOSED BY A LICENSED HEALTHCARE PROVIDER WITH ANY OF THE FOLLOWING:	YES	NO	EXPLAIN ALL "YES" ANSWERS
ADD/ADHD medication? dose?			
Allergies: drugs, foods, insects, latex?			
Arthritis or joint pain			
Asthma, mild moderate severe meds?			
Autism			
Birth defects			
Bladder concerns			
Bleeding disorder: type?			
Brain injury/ concussion ?			
Cancer: type? Remission?			
Cerebral palsy: identify type/limbs			
Cystic Fibrosis			
Depression: medication/counseling?			
Developmental delays			
Diabetes: age at diagnosis?			
Dietary restrictions			
Down's Syndrome			
Ear or hearing concerns			
Eating disorder: over/ underweight			
Emotional or psychological concern			
Eye or vision concerns			
Heart condition: restrictions?			
Intestinal/bowel concerns: soiling?			
Kidney disease			
Migraines or severe headaches			
Prematurity: weeks? Apgars?			
Seizures: type, meds, last seizure?			
Skin concerns			
Speech/communication concerns			
Spina bifida			

HAS YOUR CHILD HAD	YES	NO	SPECIFY TYPE AND DATE
Serious Injury?			
Serious Illness?			
Surgery? (Operation)			
Chemical health treatment?			
Mental health treatment?			
Other specific illness, disability or limiting condition?			

DOES YOUR CHILD	YES	NO	EXPLAIN or CIRCLE
Wear glasses?			Distance                      Reading
Wear contacts?			Distance                      Reading
Wear an eye patch?			Left Eye                      Right Eye
Wear hearing aids?			Left Ear                      Right Ear
Require medical procedures or adaptive equipment at home/school?			
Have physical or medical limitations?			
Have a condition that prevents full participation in PE?			
Receive therapies or treatments?			
Wear diapers?			
Have condition requiring emergency treatment/meds at school?			
Ever taken medication for an extended period of time?			
Currently take any medications?			(If yes, please complete the following table)

Medication	Dose	Time(s)	Reason	Side effects	Prescribing Physician

**ISD 194 requires written authorization from a licensed health care provider and parent before medication, prescription or over the counter, may be taken at school.**

Do you have any other concerns about your child's physical health, behavior or emotional well being?

Would you like to discuss your child's health, emotional well-being or behavior with school staff? Please circle:

Licensed School Nurse      Teacher      Counselor      Principal      Dean

I understand that the information provided above will be shared in a confidential manner with appropriate staff members who need to know in order to provide for the health needs and safety of my student. I will keep the school informed of any changes in health status or contact information. Information provided on this form is true and accurate.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

LSN Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_