



## SECCIÓN 2: Información de los padres/tutores

El Distrito Escolar de Redmond utiliza un sistema de mensajería telefónica automatizada ("Autodialer") para ponerse en contacto con los padres / tutores respecto de la asistencia de los estudiantes, los cierres de emergencia o por nieve y comunicaciones escolares diversas. En las casillas de abajo, indique los teléfonos en los que desea recibir mensajes de la escuela de su hijo. Puede seleccionar tantos teléfonos como quiera, pero al menos un teléfono debe estar seleccionado por familia. Para los teléfonos celulares, si desea recibir mensajes de texto desde el Autodialer además de mensajes de voz, marque "Enviar mensajes de texto".

Si los padres están separados legalmente o divorciados, cada uno de ellos tiene igual derecho de custodia del niño A MENOS QUE uno de ellos tenga una orden judicial que indique cuál de ellos tiene la custodia exclusiva del niño. La escuela **TIENE QUE TENER UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL** en sus archivos, de otra manera, cada uno de los padres puede retirar al niño de la escuela mostrando una identificación adecuada. Por favor, sepa que es responsabilidad del padre con custodia notificar a la escuela de las personas que están legalmente autorizadas a recibir correspondencia de la escuela. Para discontinuar la correspondencia con alguno de los padres se requiere una orden judicial.

### Padre / Tutor 1

**12. Nombre del padre** \_\_\_\_\_  
Apellido legal      Nombre legal      Inicial      Nombre preferido

**13. Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_ **14. Vive con el estudiante**  Sí  No  
Madre, padre, abuelos, otro pariente (describir)

**15. Marque todo lo que corresponda:**  Contacto permitido  Derechos educativos  Tiene custodia  Entregar a

**16. Dirección de los padres igual a la del estudiante**  Sí  No

**17. Dirección postal** \_\_\_\_\_  
*Si es diferente de la del estudiante*      Calle      Ciudad      Estado      ZIP

**18. Teléfonos** Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  
 Enviar mensajes de texto  No listado

**19. Empleador del padre** \_\_\_\_\_ **20. Email del padre** \_\_\_\_\_

**21. Actualmente es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional**  Sí  No

### Padre / Tutor 2

**22. Nombre del padre** \_\_\_\_\_  
Apellido legal      Nombre legal      Inicial      Nombre preferido

**23. Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_ **24. Vive con el estudiante**  Sí  No  
Madre, padre, abuelos, otro pariente (describir)

**25. Marque todo lo que corresponda:**  Contacto permitido  Derechos educativos  Tiene custodia  Entregar a

**26. Dirección de los padres igual a la del estudiante**  Sí  No

**27. Dirección postal** \_\_\_\_\_  
*Si es diferente de la del estudiante*      Calle      Ciudad      Estado      ZIP

**28. Teléfonos** Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  
 Enviar mensajes de texto  No listado

**29. Empleador del padre** \_\_\_\_\_ **30. Email del padre** \_\_\_\_\_

**31. Actualmente es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional**  Sí  No

### Padre / Tutor 3

**32. Nombre del padre** \_\_\_\_\_  
Apellido legal      Nombre legal      Inicial      Nombre preferido

**33. Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_ **34. Vive con el estudiante**  Sí  No  
Madre, padre, abuelos, otro pariente (describir)

**35. Marque todo lo que corresponda:**  Contacto permitido  Derechos educativos  Tiene custodia  Entregar a

**36. Dirección de los padres igual a la del estudiante**  Sí  No

**37. Dirección postal** \_\_\_\_\_  
*Si es diferente de la del estudiante*      Calle      Ciudad      Estado      ZIP

**38. Teléfonos** Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  
 Enviar mensajes de texto  No listado

**39. Empleador del padre** \_\_\_\_\_ **40. Email del padre** \_\_\_\_\_

**41. Actualmente es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional**  Sí  No

**Padre / Tutor 4**

**42. Nombre del padre** \_\_\_\_\_  
Apellido legal      Nombre legal      Inicial      Nombre preferido

**43. Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_ **44. Vive con el estudiante**  Sí  No  
Madre, padre, abuelos, otro pariente (describir)

**45. Marque todo lo que corresponda:**  Contacto permitido  Derechos educativos  Tiene custodia  Entregar a

**46. Dirección de los padres igual a la del estudiante**  Sí  No

**47. Dirección postal** \_\_\_\_\_  
Si es diferente de la del estudiante      Calle      Ciudad      Estado      ZIP

**48. Teléfonos** Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  Uso para mensajes AutoDialer  
 Enviar mensajes de texto  No listado

**49. Empleador del padre** \_\_\_\_\_ **50. Email del padre** \_\_\_\_\_

**51. Actualmente es miembro activo de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional**  Sí  No

**SECCIÓN 3: Hermanos**

Liste los hermanos del estudiante que actualmente asisten a las escuelas del Distrito Escolar de Redmond.

	Apellido del hermano	Nombre del hermano	Relación con el estudiante	Escuela
52.				
53.				
54.				
55.				

**SECCIÓN 4: Contactos de emergencia**

En una emergencia, los padres / tutores enumerados anteriormente en este formulario serán contactados primero, en el orden en que aparecen en el formulario. Al colocar un nombre en esta sección como contacto de emergencia, usted está autorizando a otra persona o personas a recoger a su niño en la escuela si usted no puede ser localizado.

	Nombre del contacto	Relación con el estudiante	Números de teléfono	Orden para llamar
56.			Celular (____) ____ - ____ Casa (____) ____ - ____ Trabajo/Otros (____) ____ - ____	
57.			Celular (____) ____ - ____ Casa (____) ____ - ____ Trabajo/Otros (____) ____ - ____	
58.			Celular (____) ____ - ____ Casa (____) ____ - ____ Trabajo/Otros (____) ____ - ____	
59.			Celular (____) ____ - ____ Casa (____) ____ - ____ Trabajo/Otros (____) ____ - ____	

**SECCIÓN 5: Servicios para los estudiantes**

**60. ¿Tiene su hijo actualmente un 504 o un Plan de Educación Individualizado**  Plan 504  IEP

**61. ¿Su estudiante alguna vez ha calificado para recibir los servicios de Inglés como 2º Idioma?**  Sí  No  
 Si es así, previamente salieron?  Sí Fecha de Salidá \_\_\_\_\_  No

**62. ¿Su estudiante ha sido identificado como Talento o Dotado?**  Sí  No

**63. ¿Su estudiante se encuentra actualmente expulsado de alguna escuela?**  Sí  No  
 Si es así, indique el nombre de la escuela, ciudad y estado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Padre/Contacto principal \_\_\_\_\_

## **SECCIÓN 6: Información médica**

El personal de la escuela necesita saber si su hijo tiene un problema médico por el que pueda necesitar asistencia durante la jornada escolar. En una situación que implique riesgo para la vida, el personal del distrito llamará al 9-1-1 para obtener ayuda de paramédicos y resucitará a cualquier estudiante que lo requiera con el fin de mantener la vida hasta que sea relevado por paramédicos u otro personal médico adecuado (Política de la Junta del Distrito Escolar EBBC).

Recuerde notificar a la escuela de cualquier cambio en la información.

**64. Su estudiante tiene problemas/preocupaciones de salud**  Sí  No

**En caso afirmativo, por favor especifique e indique Pasado o Actual:**

Pasada	Actual		Pasada	Actual		Pasada	Actual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión grave _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hueso / músculo _____
		Grave <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral/lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña
		Epipen necesario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vejiga / riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Ir al baño _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADD / ADHD
		Inhalador necesario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad grave _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud mental
		Nebulizador necesario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes desde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CP/cerebro/derivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa lentes / contactos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____						

**65. Nombre del médico** \_\_\_\_\_ **Teléfono del médico** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**66. Proveedor de seguro** \_\_\_\_\_

**67. Alergias a medicamentos** \_\_\_\_\_

**68. Fecha de la última dosis de tétano (Tdap, Ddap)** \_\_\_\_\_ **69. Fecha del último examen dental** \_\_\_\_\_

**70a. Fecha del último examen de vista** \_\_\_\_\_ **70b. He proporcionado una copia de los resultados** \_\_\_\_\_

**71. Medicamentos actuales** \_\_\_\_\_

**72. Medicamentos necesarios en la escuela** \_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista y también llene el formulario de autorización para medicamentos.

**73. He proporcionado una cartilla de vacunación actualizada**  Sí  No

## **SECCIÓN 7: Notificación Anual**

Para mayor información sobre los expedientes del alumno, protección de derechos del estudiante, servicio militar y procedimientos de reclamos, revise el **Manual de Responsabilidades y Derechos del Estudiante** disponible en la página de internet del distrito.

La Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (por sus siglas en inglés, FERPA) es una ley federal y requiere que el Distrito Escolar de Redmond, con ciertas excepciones, solicite su consentimiento por escrito antes de divulgar información de identificación personal de los expedientes educativos de su hijo(a). Sin embargo, el distrito escolar puede divulgar la "Información de directorio" designada de un estudiante sin previa autorización del padre de familia o tutor legal (o si el alumno tiene 18 años a más o si está emancipado). La información de directorio se encuentra en el expediente educativo del alumno y generalmente al liberarla no se considera una invasión a la privacidad o perjudicial al usarla publicaciones escolares locales, medios de comunicación y para otros propósitos que la administración de escuela considere apropiados. El distrito define información de directorio al nombre, domicilio, correo electrónico, foto, especialidad de estudios, participación en actividades reconocidas oficiales y de deporte, peso y altura de los miembros del equipo de atlético, fechas de inscripción, diplomas o premios recibidos y la escuela o programa más reciente que haya asistido el alumno.

El distrito no divulgará información de directorio que considere perjudicial para el alumno. Con la finalidad de proteger la privacidad del alumno y de prevenir la petición no deseada de los alumnos y de sus familias, el distrito compartirá los nombres o domicilio de los alumnos. El distrito no divulgará nombre y dirección al mismo tiempo, a excepción de las autoridades competentes u otras agencias designadas de acuerdo a ley.

**Si usted desea conservar la Información de Directorio de su hijo(a) de manera confidencial, debe presentar una solicitud por escrito en la escuela de su hijo(a) dentro de los próximos 15 días de haber recibido esta notificación. Las solicitudes para retener Información de Directorio deben realizarse cada año.**

\_\_\_\_\_ **Tengo conocimiento que el *Manual de Responsabilidades y Derechos del Estudiantes* está disponible en [www.redmond.k12.or.us](http://www.redmond.k12.or.us) y además puedo solicitar una copia impresa.**

**Al firmar este formulario, afirmo que toda la información presentada arriba es verdadera.**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Planilla de Opinión de los Padres del Kínder

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (Preferencia)

Nombres de los padres/tutores legales \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

1. ¿Necesita su niño tratamientos médicos o medicinas especiales? Si la respuesta es sí, por favor denos más información.

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

2. ¿Alergias? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido su niño alguna experiencia emocional o traumática? Si la respuesta es sí, por favor denos más información.

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

## INFORMACIÓN GENERAL

4. ¿Qué experiencias grupales ha tenido su niño?

¿Preescolar? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Otra? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su niño algún interés especial? Si es así ¿cuál?

\_\_\_\_\_

6. ¿Es su niño mas: Dependiente / Tímido? \_\_\_\_\_ ¿Independiente / Audaz? \_\_\_\_\_

8. ¿Prefiere su niño jugar: Solo \_\_\_\_\_ Con otro niño \_\_\_\_\_ En grupo? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuán a menudo lee alguien con su niño? A menudo \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_

10. Su niño: (Marque todos los que se apliquen):

mira libros \_\_\_\_\_ lee libros \_\_\_\_\_ escribe su nombre \_\_\_\_\_ escribe palabras \_\_\_\_\_

conoce los sonidos de las letras \_\_\_\_\_ identifica números del 0-10 \_\_\_\_\_ identifica letras en su nombre \_\_\_\_\_

Identifica otras letras \_\_\_\_\_ puede contar hasta 10 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

¿Cuán a menudo mira su niño la tele? A menudo \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_

¿Cuán a menudo juega su niño con dispositivos electrónicos? A menudo \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_

12. ¿Cómo reacciona su niño a situaciones nuevas? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente su niño acerca de comenzar el kínder? \_\_\_\_\_

13. A veces participamos en actividades celebratorias. ¿Puede su niño participar en estas actividades? Sí/No

14. ¿Hay algo más que a usted le gustaría contarnos sobre su niño?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Encuesta sobre el uso de idiomas

El propósito de esta encuesta es determinar si el contacto lingüístico y el uso de idiomas que actualmente tiene su hijo(a) le puede calificar para recibir los servicios del Programa de aprendizaje del idioma inglés (ELL).

Nombre del/de la Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma(s) oye(n) su hijo(a) con frecuencia en su casa (ej. hablado, medios de comunicación, música, literatura, etc.)? oye/n \_\_\_\_\_ use/n (ej. ASL) \_\_\_\_\_

2. Describa el idioma/los idiomas que su hijo(a) entiende.

- No inglés
- Un poco de inglés y sobre todo otro idioma
- Inglés y otro idioma utilizado equitativamente
- Sobre todo inglés y un poco de otro idioma
- Lengua Nativa o Tribal
- Sólo inglés

3. ¿Qué idioma(s) utilizan **los adultos** con más frecuencia cuando hablan con su hijo(a)?

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Madre/Tutora \_\_\_\_\_

Otros adultos del hogar \_\_\_\_\_ Proveedores de cuidado del niño(a): \_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma(s) **habló/expresó su hijo(a)** con más frecuencia desde los años 0-4?

\_\_\_\_\_

5. ¿En qué idioma **habla/expresa su hijo/a actualmente** más frecuentemente fuera de la escuela?

\_\_\_\_\_

6. ¿Participa a su hijo/a frecuentemente en actividades culturales que son en un idioma más que inglés? Por favor, indique las actividades y la frecuencia con la que su hijo/a participa en la actividad. (por ejemplo: una vez/semana, dos veces/semana, una vez/mes, etc.)

\_\_\_\_\_

7. ¿Hay algo más que piensa que la escuela debería saber sobre el uso del idioma de su hijo(a)?

\_\_\_\_\_

**Pregunta para los Padres: ¿En qué idioma(s) quiere/n usted/es recibir información de la escuela (si está disponible)?**

Padre/Tutor:

Oral \_\_\_\_\_ Escrito \_\_\_\_\_ Lenguaje de signos americano \_\_\_\_\_

Madre/Tutor:

Oral \_\_\_\_\_ Escrito \_\_\_\_\_ Lenguaje de signos americano \_\_\_\_\_

Firma del padre/Tutor(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el estudiante? \_\_\_\_\_ (ej. padre, madre, abuelo/a, etc.)

## **OREGON TITLE 1C MIGRANT EDUCATION PROGRAM**

The Title 1C Program offers services to children and families who have moved within the last **three** years to look for temporary or seasonal work in **agriculture, forestry, nurseries, ranch work and dairy work.**

Date: \_\_\_\_\_ Name of School/Agency: \_\_\_\_\_

Name of Mother/Father: \_\_\_\_\_

Names of Children: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**Have you or your family moved within the past three years with the purpose of obtaining work in the activities listed above?      YES/NO**

## **PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE TÍTULO 1C OREGON**

El Programa de Título 1C ofrece servicios a los niños y familias que se han mudado durante los últimos **tres** años para buscar trabajo temporal o estacional en **agricultura, trabajo forestal, viveros, ranchos y lecherías.**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre de escuela/Agencia: \_\_\_\_\_

Nombre de padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de los niños(as):  
\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Se ha mudado usted o sus hijos durante los últimos tres años con el propósito de trabajar en las actividades mencionadas?      SÍ/NO**



**TITLE 1C STAFF WILL PICK UP ALL COMPLETED SURVEYS  
PLEASE DO NOT PLACE SURVEYS IN CUM FILES**

## Formulario de Derivación para Vivienda Transitoria 2017-2018

Por favor complete este formulario **SOLAMENTE** si su muchacho se encuentra en **vivienda transitoria**. ¿Se aplica una o más de estas situaciones?

### ESTÁ USTED VIVIENDO....

- Con familiares u otros debido a la falta de vivienda disponible o accesible?
- En un motel, casa rodante, carpa, camping o por debajo del estándar? (por favor encierre con un círculo todo lo que corresponda)
- En un albergue o vivienda transitoria? (por favor encierre con un círculo todo lo que corresponda)
- En el carro, parque o cualquier otro área que no se usa normalmente para dormir?
- ¿El joven no vive con uno de los padres o tutor legal? -Menor sin custodia.
- Couch Surfing?

Completando este formulario el alumno **PUEDE** cumplir con los requisitos para recibir ayuda. Por favor esté seguro de que la planilla está completa antes de enviarla por fax al representante del distrito.

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ ID# de la Escuela \_\_\_\_\_  
 FdeN \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 ID # del Estado \_\_\_\_\_ Escuela a la que asiste/o asistirá \_\_\_\_\_  
 ¿Número de escuelas a las que asistió este año? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Liste todos **LOS** otros niños viviendo en su casa, incluyendo los menores de 5.

Nombre _____	ID# Escuela _____	Grado _____	FdeN _____	M/F ____	ID # Estado _____
Nombre _____	ID# Escuela _____	Grado _____	FdeN _____	M/F ____	ID # Estado _____
Nombre _____	ID# Escuela _____	Grado _____	FdeN _____	M/F ____	ID # Estado _____
Nombre _____	ID# Escuela _____	Grado _____	FdeN _____	M/F ____	ID # Estado _____

¿Con quién(es) vive el Alumno? \_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_ Papá \_\_\_\_ Padrastro \_\_\_\_ Pariente \_\_\_\_ Amigo  
 \_\_\_\_ Solo \_\_\_\_ Tutor Legal, Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Adulto \_\_\_\_\_ Nro(s). Teléfono(s) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_

**¿Necesita su estudiante ayuda con?** \_\_\_\_ Ideas inmediatas para vivienda \_\_\_\_ Representante de FAN

### PARA SER LLENADO SOLAMENTE POR LA PERSONA DE ENLACE

¿Está/es este alumno en: \_\_ Educación especial \_\_ ELL \_\_ TAG \_\_ Migratorio  
 Alguna alerta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Llamé \_\_\_\_ Ayuda p/la inscripción \_\_\_\_ Conectado a FAN \_\_\_\_ Synergy \_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_ Necesita Transporte  
 \_\_\_\_ Transporte comienza \_\_\_\_ Título I \_\_\_\_ Informe mensual \_\_\_\_ Junta con FASFA \_\_\_\_ Carta de FASFA  
 \_\_\_\_ Hoja de cálculo

**Llenado por** \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
**Derivado por** \_\_\_\_\_

**Por favor devolver el formulario completo a:**  
 Brooke Clark  
**Teléfono~541-923-4868**  
**Fax~541-923-4867**





¡Padres no dejen que sus hijos se queden atrás!



## Año Escolar 2017-2018

La ley de Oregon requiere que sus niños hayan recibido estas vacunas para que puedan asistir a las escuelas y guarderías.\*

Niños de 2-17 meses  
entrando a la **Pre-escuela**  
o **Guardería** necesitan\*

Consulte con el programa o proveedor de atención médica de su hijo para las vacunas requeridas

Niños de 18 meses y más  
entrando a la **Pre-escuela**  
o **Guardería** necesitan\*

4 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
3 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A  
3 o 4 Hemofilus Influenza Tipo B (Hib)

Niños entrando a **Kinder**  
**(Jardín de Niños) o**  
**Grados 1-6** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

Niños entrando a  
**Grados 7-9** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

Niños entrando a  
**Grados 10-12** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B

\* Las dosis requeridas varían dependiendo de la edad de su niño y cuándo fue vacunado la última vez. Por favor verifique con su escuela o proveedor de salud para estos detalles.