



Welcome to Adams 14! / ¡Bienvenidos a Adams 14!

**2016-17 Admissions Packet /
Paquete de Inscripción 2016-17**

**Grades Kindergarten / kinder – 12 / primero
(KG) – duodécimo (12) grado**



Student Records
5291 E 60th AVE
COMMERCE CITY, CO 80022
P: (303) 853-3238
F: (303) 853-3329
E: nmorales@adams14.org
www.adams14.org

Estimado Padre/Tutor Legal,

¡Bienvenidos a Adams 14! ¡Esperamos con ansias la inscripción de sus hijos (as) con nosotros para el ciclo escolar 2016-17!

Este paquete tiene los formularios necesarios para inscribir a su hijo en Adams 14. Además de los formularios incluidos aquí, cada familia tendrá que completar un formulario de Admisión Familiar y la forma de Servicios de Apoyo para Programas Gubernamentales. También tendrá que proporcionar lo siguiente:

- **Acta de Nacimiento:** Esto garantiza que contamos con los datos precisos para su hijo (a) y nos permite comprobar que cumple con los requisitos de edad. Un niño (a) puede inscribirse en la escuela si él o ella satisface lo siguiente:
 - **Para Kínder:** debe haber cumplido cinco años de edad antes del 1ro de octubre del año de la inscripción.
 - **Para Primer Grado:** debe haber cumplido seis años de edad antes del 1ro de octubre del año de la inscripción.
- **Una Credencial con Fotografía:** Para verificar que usted es el Padre o el Tutor Legal del estudiante.
- **Comprobante de Domicilio:** Tal como una factura de servicios públicos o el contrato de arrendamiento o hipoteca.
- **Cartilla de Vacunación:** la ley del estado de Colorado requiere una cartilla de vacunación actualizada antes de que el estudiante pueda comenzar a asistir a la escuela.
- **Documentos de traslado de la escuela anterior del estudiante:** Para estudiantes de nuevo ingreso en la preparatoria se requiere la transcripción de grados (transcript), así como los registros de asistencia y conducta.
- **Documentos sobre la Tutela del estudiante:** Orden Judicial, poder notarial, trámites de adopción, etc.

Si a usted le gustaría inscribir a su estudiante en una escuela diferente a la que le pertenece, el formulario de Solicitud de Inscripción Abierta/Transferencia está disponible en cualquier escuela, complételo y preséntelo en la escuela a la que le gustaría que su hijo (a) asista. Los directores de escuelas tomarán las decisiones sobre inscripción abierta y notificarán a las familias tan pronto como sea posible. Todos los otros documentos de inscripción se deben regresar a la oficina principal en la escuela asignada a su hijo (a).

Si tiene alguna pregunta acerca de cuál es la escuela asignada a su hijo (a), puede comunicarse con cualquier escuela de Adams 14, también puede ver los mapas del área de asistencia que puede encontrar bajo el Departamento de Registros del Estudiante en la página web del distrito (www.Adams14.org), o llamar a la Oficina de Registros Estudiantiles (303) 853-3238. La Oficina de Registros Estudiantiles estará encantada de ayudarle con cualquier pregunta adicional que pueda tener acerca de la admisión en el distrito.

Atentamente,

Nancy Morales
Oficial de Registros Estudiantiles

Ascendencia/Grupo Étnico

Nombre del Alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Año _____

Sección A. ¿Este alumno es Hispano/Latino? (Indique solamente uno)

- Sí, Hispano/Latino** Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sur América o de de alguna otra cultura u origen hispano sin importar su ascendencia.
- No, no es Hispano/Latino**

La sección anterior de la pregunta es del origen étnico y no se la ascendencia. **Sin importar lo que indicó en la Sección A anteriormente, facilite una respuesta en la Sección B** indicando con un cuadro o más la ascendencia que usted cree que su hijo tiene.

Sección B. De los siguientes grupos, ¿cuáles describen la ascendencia del alumno? (Indique uno o más)

- Indoamericano u Oriundo de Alaska.** Una persona que tiene orígenes autóctonos con cualquiera de los pueblos oriundos de Norte y Sur América (incluyendo a Centroamérica), y que mantiene afiliación con la etnia o apego comunitario.
- Asiático.** Una persona que tiene orígenes autóctonos con cualquiera de los pueblos del lejano oriente, sureste de Asia, o con el subcontinente de la India, por ejemplo, Camboya, La China, La India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, el Archipiélago de las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- Negro o Afroamericano.** Una persona que tiene orígenes autóctonos con cualquiera de los grupos de ascendencia negra de África.
- Oriundo Hawaiano o de algún otro Archipiélago del Pacífico.** Una persona que tiene orígenes autóctonos con los pueblos de Hawái, Guam, Samoa, o con alguna otra isla del Pacífico.
- Caucasoide.** Una persona que tiene orígenes autóctonos con los pueblos ancestrales de Europa, el Medio Oriente, o el Norte de África.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Encuesta de Idioma en Casa

2016-2017



Información del estudiante			
(Apellido)	(Nombre)	(Nombre adicional)	(# de identificación)
(Grado)	(Fecha de nacimiento)	(Escuela en Adams 14)	
Su estudiante ha reprobado algún grado? Sí No Si la respuesta es si, que grado y escuela? _____			
Información de uso de lenguaje en casa			
	La Mayoría en Inglés	La Mayoría Otro Idioma (especifique) _____	Igualmente Ambos
¿Cuál idioma utilizó su estudiante cuando comenzó a hablar?			
¿Cuál idioma utiliza su estudiante cuando habla con los padres?			
¿Cuál idioma utiliza su estudiante cuando habla con los hermanos?			
¿Cuál idioma utilizan los adultos cuando hablan con el estudiante?			
¿Cuál idioma los padres piensan que el estudiante habla/entiende mejor?			
*Si eligieron "mayormente es inglés" para todas las cinco preguntas de arriba, por favor complete la sección de abajo para Firma del Padre.			
*Si eligieron cualquier otro mas que "mayormente inglés", por favor completen la sección de Información Escolar y Firma del Padre de abajo.			
Información en la escuela			
Escuela y ubicación	Grado(s)	Lenguaje de instrucción	Comentarios
	K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ing. Esp. Otro	
	K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ing. Esp. Otro	
	K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ing. Esp. Otro	
	K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ing. Esp. Otro	
	K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Ing. Esp. Otro	
Firma del padre o tutor			
Firma del padre o tutor		Fecha	
Para Uso Únicamente del Departamento de ELD			
Idioma impactando el desarrollo del idioma inglés: _____			
Programas Especiales	Bilingue	IEP/504	Intervención en Lectura
en Previas Escuelas:	Plan de LECTURA	Terapia Habla/Lenguaje	Inteligente y Talentoso
Resultados mas recientes de ACCESS	ACCESS Resultado General: _____ ¿Ha asistido el estudiante a una clase de ELD?		
Año : _____	ACCESS Resultado de Literatura: _____ Si No		
Designación de conocimiento del idioma inglés			
W-APT Resultado de conocimiento en general _____	Designación de lenguaje		
	NEP 1	LEP 3	FEP M1
	NEP 2	LEP 4	FEP M2
		FELL	Inglés únicamente
		PHLOTE	
Servicios de ELD y Programa de Colocación.			
Clase ELD	Nuevo en el Programa	Rechazo de servicios de ELD	
Programa Bilingüe Español-Inglés	Sello de Doble Literatura	Programa de Inglés convencional	
Asesor Técnico de ELD/ Coordinador SAL		Fecha	
1 copy: Blue Folder		1 copy: ELD Department (ESS)	
Updated 2/12/16			



Albert Francisco
Transportation
4211 East 68th Avenue
Commerce city, CO 80022
P: 303.853.7906
F: 303.287-2408
afrancisco@adams14.org

Estimados Padres/Tutores,

¡Bienvenidos a Adams 14! Estamos muy emocionados de tenerlos a ustedes y sus estudiantes como parte de nuestra familia de Adams 14. La siguiente información les indica la guía para ser elegible para el uso de transportación en nuestro Distrito.

Escuelas Elegibles	Información
Adams City High School	Para estudiantes que viven más lejos de 2 millas de distancia de la escuela
Adams City Middle School	Para estudiantes que viven más lejos de 1.5 millas de distancia de su escuela
Kearney Middle School	Para estudiantes que viven más lejos de 1.5 millas de distancia de su escuela
Alsup Elementary School	Para estudiantes que viven más lejos de 1 milla de distancia de su escuela
Dupont Elementary School	Para estudiantes que viven más lejos de 1 milla de distancia de su escuela
Monaco Elementary School	Para estudiantes que viven más lejos de 1 milla de distancia de su escuela

Escuelas No-Elegibles (no se provee transportación)

- Lester Arnold High School
- Central Elementary
- Hanson Elementary
- Kemp Elementary
- Rose Hill Elementary

Si sus hijos asisten a una escuela que es elegible, o si tiene preguntas, o necesitan más información sobre la ruta del camión por favor llámenos al 303-853-7909.

Gracias,

Albert Francisco, Manager de Transportación



Enero de 2016

Estimados padres de los alumnos de kindergarten a 12.º grado de Colorado (año lectivo 2016-17): **Spanish - k - 12th**

La vacunación es parte importante del cuidado de la salud de nuestros niños y de la comunidad. Las leyes de Colorado requieren que los alumnos que asisten a escuelas públicas, privadas o religiosas estén vacunados contra enfermedades que se pueden prevenir por ese medio. El propósito de esta carta es proporcionar información sobre la vacunación y recordarles a los padres la necesidad de que los estudiantes se vacunen al volver a la escuela. El cuadro en la página 2 muestra qué vacunas se requieren para asistir a la escuela, así como las recomendadas que brindan mayor protección contra enfermedades que se pueden prevenir por ese medio. **No ha habido cambios a las vacunas requeridas el año escolar anterior.** Aconsejamos que comparta esta carta con el proveedor de atención médica de su hijo o el organismo de salud pública local (LPHA) donde su hijo recibe sus vacunas.

El estado de Colorado se adhiere al calendario de vacunación del Comité Asesor de Prácticas de Vacunación que depende de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Dicho calendario cuenta con la aprobación de la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Médicos de Familia y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Dicho calendario de vacunación es el que mejor protegerá a su hijo de las enfermedades que se pueden prevenir por dicho medio, y constituye la norma nacional para los profesionales de la salud que vacunan a los niños. *Importante: se espera que la primavera de 2016 el Consejo de Salud de Colorado apruebe un dictamen que disponga que todos los alumnos reciban la dosis final de la vacuna DTaP, la antipoliomielítica, la vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR) y la vacuna contra la varicela antes de ingresar a kindergarten así como una dosis de la vacuna Tdap antes de ingresar a 6.º grado.*

A partir del **1.º de julio de 2016**, los padres o tutores que busquen exoneraciones no médicas (por motivos religiosos o personales) para los estudiantes de kindergarten a 12.º grado deberán presentar formularios de exoneración anualmente. Las exoneraciones médicas deben presentarse una sola vez y deben llevar la firma del doctor o enfermero especializado que atiende a su hijo. Para presentar una exoneración médica o no médica, visite www.colorado.gov/vaccineexemption (en inglés) y siga las instrucciones. Es posible que los niños que hayan sido exonerados de vacunarse no puedan asistir a la escuela durante un brote de enfermedad.

Es probable que los padres tengan preguntas o deseen obtener más información sobre las vacunas y su seguridad. Los recursos para padres sobre la seguridad e importancia de las vacunas se pueden consultar en los siguientes enlaces: www.immunizeforgood.com (en inglés) y www.colorado.gov/cdphe/immunization-education en inglés).

Las leyes de Colorado disponen que las escuelas proporcionen información sobre vacunación por nivel de grado y sobre las exoneraciones al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE), a más tardar, el 1.º de diciembre de 2016. Se publicarán los índices de vacunación y exoneraciones de todas las escuelas en el sitio web de CDPHE tan pronto sean verificados. Es posible que muchos padres, especialmente aquellos con hijos que no pueden recibir vacunas por razones médicas, deseen saber cuáles son las escuelas con mayor protección contra las enfermedades prevenibles por medio de la vacunación.

Hable sobre las necesidades de vacunación de su hijo con el proveedor de atención médica o el organismo de salud pública local y lleve los registros de vacunación a la escuela cada vez que vacune a su hijo. Para encontrar el organismo de salud pública de su localidad u obtener información sobre vacunas gratuitas o a precios reducidos, llame a la línea de salud familiar (*Family Health Line*) al 1-303-692-2229 o al 1-800-688-7777. Póngase en contacto con su escuela si tiene preguntas sobre los requisitos de vacunación para la escuela.

Atentamente,

Jamie D'Amico, RN, MSN, CNS
División de Vacunaciones de CDPHE - Coordinador escolar y comunitario
303-692-2957 | jamie.damico@state.co.us
www.coloradoimmunizations.com

CANTIDAD MÍNIMA DE DOSIS OBLIGATORIAS PARA EL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN - Kindergarten hasta 12.º grado: se requieren para asistir a la escuela en el año lectivo 2016-17

VACUNAS RECOMENDADAS PARA LA MEJOR PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR MEDIO DE LA VACUNACIÓN

VACUNA	Cantidad de dosis	Grados K a 12 (de 4 a 18 años de edad)	VACUNA	Cantidad de dosis	Grados K a 12 (de 4 a 18 años de edad) Las vacunas administradas ≤ 4 días antes de la edad mínima son válidas
	Las vacunas administradas ≤ 4 días antes de la edad mínima son válidas				
Difteria/tétanos/tos ferina DTaP o DT solo autorizadas hasta los 6 años de edad. (Tdap puede administrarse a partir de los 7 años)	5 a 6	5 DTaP o DT (si el niño recibe la 4.ª dosis a partir de los 4 años de edad, se considera que el requisito está cumplido). La dosis final de DTaP no debe administrarse antes de los 4 años de edad. Es obligatorio administrar la vacuna Tdap al ingresar a 6.º grado y hasta 12.º grado.	Influenza (gripe)	1 a 2	Si el niño tiene menos de 9 años, 2 dosis con un intervalo mínimo de 28 días entre dosis; a partir de entonces, 1 dosis anual. Recomendada a partir de los 6 meses de edad.
Tétanos/difteria/Tos ferina Para alumnos de 7 años o mayores que no hayan recibido la serie completa de DTaP o DT	3 o 4	3 o 4 vacunas adecuadamente espaciadas contra tétanos y difteria (DTaP, DT, Td, Tdap). Los intervalos entre dosis son de 4 semanas entre las primeras 2 (o 3) dosis y 6 meses entre las últimas 2 dosis. (Nota: si la primera dosis se administra antes del primer año de edad, el alumno necesitará 4 dosis).	Meningitis meningocócica (MCV)	1 a 2	Adolescentes de 11 a 18 años de edad.
Polio (IPV)	3 a 4	4 IPV (o 3 dosis si la 3.ª se administra a partir de los 4 años). Los alumnos que recibieron 3 o 4 dosis antes del 7 de agosto de 2010 cumplen con los requisitos si las recibieron en intervalos de al menos 4 semanas.	Virus del papiloma humano (HPV)	3	Adolescentes de 11 a 18 años de edad.
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	2	La 1.ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes de que el niño cumpla el primer año. Son obligatorias 2 dosis para los alumnos que ingresen a kindergarten. (Se requieren 2 dosis hasta 12.º grado).	Hepatitis A (Hep A)	2	Todos los niños a partir del primer año de edad.
Varicela	2	La 1.ª dosis no se puede administrar más de 4 días antes de que el niño cumpla el primer año. Son obligatorias 2 dosis para los alumnos que ingresen a kindergarten. (Se requieren 2 dosis hasta 12.º grado). Nota: no se requiere vacuna si se presenta comprobante de un proveedor de atención médica que demuestre que ha tenido varicela.			
Hepatitis B	3	La segunda dosis debe administrarse al menos 4 semanas después de la primera dosis. La tercera dosis debe administrarse al menos 16 semanas después de la primera dosis y al menos 8 semanas después de la segunda dosis. La dosis final no debe administrarse antes de las 24 semanas de edad. Nota: existe una serie específica de 2 dosis para niños de 11 a 15 años de edad solamente.			

Todos los estudiantes deberán cumplir estrictamente con las vacunas obligatorias. De lo contrario, no podrán asistir a la escuela, conforme a lo dispuesto por el inciso 902 del artículo 4 del Título 25 del CRS (leyes revisadas y actualizadas del estado de Colorado). Existen tres maneras de cumplir con la ley de vacunación escolar:

1. El registro de vacunación del alumno muestra que ha recibido todas las vacunas obligatorias. También se puede presentar una prueba de laboratorio que demuestre inmunidad.
2. En el caso de los alumnos que se estén poniendo al día con las vacunas obligatorias, la escuela notificará a los padres o tutores que el estudiante tiene 14 días para recibir las vacunas necesarias o presentar documentación escrita del plan para obtener las próximas vacunas siguiendo el intervalo mínimo del calendario estipulado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP). Si el plan no está completo, el estudiante no podrá asistir a la escuela por incumplimiento.
3. Las exoneraciones médicas válidas firmadas por un proveedor de atención médica o las exoneraciones no médicas (por motivos religiosos o personales)



**SERVICIOS DE ENFERMERIA DE ADAMS 14
INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Escuela: _____ Ciclo Escolar: _____
 Grado: _____ # Identificación del Estudiante: _____

Nombre Legal del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Nombre Segundo Nombre
 Madre/Tutor Legal: _____ # de Teléfono: _____
 Padre/Tutor Legal: _____ # de Teléfono: _____

Marque y explique las condiciones de salud existentes:

<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migraña
<input type="checkbox"/> Alergias (enliste)	<input type="checkbox"/> Corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/ADHD	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Problemas de Habla
<input type="checkbox"/> Intestinos/Vejiga	<input type="checkbox"/> Otro

Explique: _____

Marque abajo lo que sea aplicable y explique:

<input type="checkbox"/> Conserjería	<input type="checkbox"/> Procedimientos (ejemplo: Uso de catéter)
<input type="checkbox"/> Retardos en Desarrollo	<input type="checkbox"/> Prótesis u otros aparatos (ejemplo: ortopédicos)
<input type="checkbox"/> Uso de sistema para escuchar/ Otros Problemas para Escuchar	<input type="checkbox"/> Problemas de Lenguaje
<input type="checkbox"/> Uso de lentes o lentes de contacto/Otros Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Otro

Explique: _____

Por favor comuníquese con la Enfermera Escolar/Asistente de Enfermería para cualquier condición de salud nueva o deje un mensaje al 303-853-3297.

Medicamentos que el niño (a) toma regularmente: _____ En casa: Si No En la escuela: Si No

¿Tiene el estudiante seguro médico? Si No Medicaid: Si No CHP+: Si No Seguro Médico Privado/Nombre: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____ Hospital: _____

Permiso para usar Vaselina (o equivalente genérico) en la enfermería para labios resecos: Si No

La información sobre la salud de su estudiante se mantiene confidencial y el personal de la escuela solamente puede tener acceso cuando sea necesario.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____