



Inscripcion a Jump Start

Seattle Public Schools is committed to making its online information accessible and usable to all people, regardless of ability or technology. Meeting web accessibility guidelines and standards is an ongoing process that we are consistently working to improve.

While Seattle Public Schools endeavors to only post documents optimized for accessibility, due to the nature and complexity of some documents, an accessible version of the document may not be available. In these limited circumstances, the District will provide equally effective alternate access.

For questions and more information about this document, please contact the following:

Mary Fickes
Early Learning Coordinator
mpfickes@seattleschools.org

Fillable Jump Start registration form in Spanish.

We can help you in your language!

¡Podemos brindarle asistencia en español!

Waxaan kugu caawin karnaa Luqadaada Somaaliga ah!

Chúng tôi có thể giúp quý vị bằng tiếng Việt!

我們能以你的語言 幫助你!

በቋንቋዎች ልንረዳዎት ዝግጁ ነን!

Matutulungan ka namin sa Tagalog!

ብቋንቋኹም ክንሕግዘኩም ንክእል ኢና!

Afaan kessaniin isin gargaaruu ni dandeenya!

بإمكاننا تقديم المساعدة لك بلُغتك!

☎ (206) 743-3550

✉ languages@seattleschools.org

🌐 www.seattleschools.org/languages

Inscripción a Jump Start



SEATTLE
PUBLIC
SCHOOLS

Por favor de completar ambos lados y **regresarla a su escuela donde su hijo/a irá a Kindergarten**. O la puede enviar a Mary Fickes: mpfickes@seattleschools.org o correo a Seattle Public Schools, MS 31-588, – PO Box 34165 - Seattle, WA 98124

Nombre de la Escuela: _____

Nombre complete del niño: _____

Como le gusta al niño que le llamen: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____ **Sexo:** M F Otro _____

Dirección completa _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Celular: _____ **Teléfono de casa o trabajo:** _____

Correo Electrónico Preferido: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Celular: _____ **Teléfono de casa o trabajo:** _____

Lenguaje primario de la familia: _____

¿Necesitará el niño interpretación? Sí No

¿Tiene su niño hermanos en la escuela? Sí No

Si tiene, por favor escriba los nombres, grados y maestros

¿Asistió su niño a pre-escolar o cuidado de niños antes de Kindergarten? Sí No

Si así fué, ¿donde? _____
 Nombre de la escuela/cuidado de niños Dirección Ciudad

Circule los días de la semana que su hijo esta/estuvo en pre-escolar: Lu__ Ma__ Mie__ Ju__ Vi__ Sab__ Dom__

Número de horas por día: _____

Contactos de Emergencia (En adición a esos de arriba, por favor apunte a la gente quienes podrían recoger a su hijo en caso de emergencia, si no le encontráramos a usted primero.)

1. Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de trabajo o casa: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de trabajo o casa: _____

Permiso de Foto/Video: ¿Da el permiso para que su hijo/a sea incluido/a en fotos/videos de Jump Start para uso escolar solamente? Sí No

Información de Salud y Desarrollo

1. Alergia/Anafilaxia – Por favor anexe el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) por su alergia.
 - a. ¿A que es el estudiante alérgico? _____
 - b. Sí No ¿Tiene el estudiante una prescripción de rescate de epinefrina de auto inyección?
2. Asma con medicamento de rescate (por ejemplo: inhalador de rescate)
 - a. Sí No ¿Utiliza el niño inhalador de rescate rutinariamente para síntomas de asma?
 - b. Sí No ¿Ha sido su hijo hospitalizado por asma durante el pasado año?
 - c. Sí No ¿Ha usado su hijo esteroides (prednisona) para síntomas de asma durante el pasado año?
3. Desorden de Convulsiones – Favor de anexas el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) para convulsiones.
 - a. Sí No Mi estudiante necesita medicación de emergencia para las convulsiones.
Medicina: _____
4. Diabetes – Favor de anexas el plan de salud individualizado del estudiante (IHP) para diabetes.
 - a. Mi estudiante tiene: bomba de insulina pluma de insulina insulina inyectada
5. Otra información de Salud, Desarrollo o Conducta: _____

 - a. ¿IHP en archivo? Sí No ¿Amenaza de vida? Sí No
 - b. Medicamentos o tratamientos necesarios: _____

6. ¿Plan de Educación Individualizado (IEP)? Sí No ¿504? Sí No Por favor anote cualquier apoyo que el personal pudiera proporcionar en la siguiente sección de abajo (#8).
7. **Mi estudiante no tiene problemas de salud hasta donde sabemos**

8. Medicamentos a tomar en la escuela (diariamente, emergencia, etc.)		Tratamientos para hacer en la escuela (tales como alimentación por sonda, succión, inodoro, estimulación VNS, etc.)	
Hora	Medicina, dosis y vía	Hora	Tratamiento
1)		1)	
2)		2)	
Apoyos específicos que podemos proveer a su hijo/a:			

Firma del Padre: _____ Teléfono(s): _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Teléfono(s): _____ Fecha: _____

Importante: Si su niño tiene serios problemas de salud requiriendo medicación en la escuela, necesitaremos por escrito un [Plan Individual de Salud](#) (IHP) y una [Autorización para Medicación](#) en el archivo escolar antes de Jump Start. Sin estos, un adulto en la familia necesitará permanecer en el sitio durante Jump Start en caso de emergencia. Por favor, llame al (206) 252-0750 (Servicios de Salud de SPS) si su niño necesita un Plan Individual de Salud y le asistiremos.