



# Centro de Inscripción

3200 W Cholla St  
Phoenix, Arizona 85029

Teléfono: **602-896-6950**

## Horario

**lunes, martes, jueves, viernes**  
**7: 15 a.m. – 5:00 p.m.**

**miércoles**  
**7:15 a.m. – 11:30 a.m.**  
**1:30 p.m. – 5:00 p.m.**  
(Cerrado 11:30 a.m. – 1:30 p.m.)

## Lista de documentos para inscripción

**NO PODEMOS MANTENER EXPEDIENTES INCOMPLETOS**

Se requiere que traigan consigo

1. Acta de nacimiento original certificada del estudiante
2. Cartilla actualizada de vacunas/inmunizaciones del estudiante
3. Comprobante de Domicilio  
(Para documentos aceptables referirse al Formulario de Documentación de Residencia de Arizona)
4. Identificación de los padres / tutor

## Formularios de Inscripción **UTILICE SÓLO TINTA AZUL O TINTA NEGRA**

1. PHLOTE Encuesta sobre el Idioma en el Hogar – completar y firmar el formulario
2. Información Estudiantil – completar y firmar el formulario
3. Información de Padre/Madre y Contactos de Emergencia – completar y firmar el formulario
4. Formulario de Documentación de Residencia de Arizona – completar y firmar el formulario (incluya el nombre del estudiante que esta inscribiendo)
5. Encuesta de Residencia McKinney Vento – completar apropiadamente de acuerdo a sus necesidades y firmar el formulario
6. Autorización para Compartir Archivos Estudiantiles – completar y firmar el formulario
7. Información Médica Estudiantil – completar y firmar el formulario

## Documentos adicionales que pudiese necesitar

- Documentación de guardián/custodia (si corresponde)
- Inscripción Abierta aprobada por el director de la escuela



(ESCUELA)  
**Información Estudiantil**

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Synergy Student ID#	Date entered into Synergy:
Projected Entry Date/Code	
Actual Entry Date	

NOMBRE LEGAL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE) (SECUNDO NOMBRE)

GÉNERO:  F  M  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (MES) (DÍA) (AÑO) ESTADO DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GRADO  PS  KG  01  02  03  04  05  06  07  08  
 PAÍS DE NACIMIENTO:  USA  Otro \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTRADA A LOS EE. UU.: \_\_\_\_\_  
 (SIEL PAÍS DE ORIGEN NO ES ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

(SI ES DIFERENTE AL NOMBRE LEGAL) NOMBRE COMÚN USADO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (APELLIDOS) (PRIMER NOMBRE)

**RAZA – POR LO MENOS SELECCIONE UNA**

Negra  
 Blanca  
 Asiática  
 Indígena Americana o Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o Islas de Pacifico

**ETNICIDAD – SELECCIONE UNA RESPUESTA**  
 ¿Hispano/Latino?  NO  SÍ

**¿Su familia afirma tener alguna afiliación tribal indígena americana?**  NO  SÍ  
 (SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE UN FORMULARIO 506)

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA – 506**

Sent Home  In Synergy  
 No Number

Escuela de Asistencia Anterior: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_  
 La escuela a la cual asistió previamente era:  Publica  Chárter  En la Reservación Indígena  Privada  Parroquial  Educado en Casa

¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el estado de Arizona?  NO  SÍ  
 ¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington?  NO  SÍ Escuela \_\_\_\_\_ Grado(s) \_\_\_\_\_

¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE:			SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED	
ha recibido Educación Especial?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> No Docs	<input type="checkbox"/> Docs
ha recibido Servicios Dotados?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> Saved	
ha recibido Servicios de EL o Bilingües?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> WESD Sped Docs in Synergy	
ha estado expulsado, suspendido a largo plazo o en proceso?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	explique: _____	<input type="checkbox"/> Resource	<input type="checkbox"/> Self-Contained

ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS DE ESTE ESTUDIANTE DESDE PREESCOLAR HASTA EL OCTAVO GRADO:

Nombre	Grado	Escuela	Vive con el niño(a) inscrito	
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)	SÓLO PARA USO DE LA OFICINA
Custodia del Estudiante: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DCS <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given <input type="checkbox"/> Legal Docs (Court, Notice to Provider) <input type="checkbox"/> Unofficial Docs <input type="checkbox"/> CSU Trifold Given <input type="checkbox"/> N/A

El Distrito honra todas las órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuela una copia certificada de la orden de la corte o decreto.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: FECHA: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES



**DOMICILIO PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE(S) - Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares:**

Domicilio Residencial: \_\_\_\_\_ # Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Domicilio para Correo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

**PADRE/TUTOR - Teléfono de casa, celular y correo electrónico serán usados para mensajes automáticos relacionados con asistencias y notificaciones de la escuela o del Distrito.**

\*\*\*\*\*SOLOMENTE PADRES O TUTORES LEGALES\*\*\*\*\*

**1)** Relación al estudiante  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Abuelo(a)  Padre de crianza  Tutor  Otro:  
 Género:  Masculino  Femenino Vive con el niño(a) inscrito:  NO  Sí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Servicio Militar (opcional): **CIRCULA UNA OPCIÓN** Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: \_\_\_\_\_

**2)** Relación al estudiante  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Abuelo(a)  Padre de crianza  Tutor  Otro:  
 Género:  Masculino  Femenino Vive con el niño(a) inscrito:  NO  Sí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Servicio Militar (opcional): **CIRCULA UNA OPCIÓN** Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: \_\_\_\_\_

**3)** Relación al estudiante  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Abuelo(a)  Padre de crianza  Tutor  Otro:  
 Género:  Masculino  Femenino Vive con el niño(a) inscrito:  NO  Sí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Servicio Militar (opcional): **CIRCULA UNA OPCIÓN** Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: \_\_\_\_\_

**4)** Relación al estudiante  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra  Abuelo(a)  Padre de crianza  Tutor  Otro:  
 Género:  Masculino  Femenino Vive con el niño(a) inscrito:  NO  Sí

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Servicio Militar (opcional): **CIRCULA UNA OPCIÓN** Servicio activo o Reserva armada Fecha de inicio del servicio militar: \_\_\_\_\_

**GUARDERÍA - Escriba el nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela:**

Nombre de la Guardería: \_\_\_\_\_ #Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES - Escriba los nombres de las personas aparte de los Padres/Guardianes que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a) en caso de una emergencia:**

**1) Nombre:** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ # Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

**2) Nombre:** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ # Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

**3) Nombre:** \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ # Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

SI HUBIESE LA NECESIDAD DE AÑADIR CONTACTOS ADICIONALES, PUEDE CONTACTAR A LA OFICINA DE LA ESCUELA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_  
 Forms/ Registration Parent Information & Additional Emergency Contacts

Fecha: \_\_\_\_\_  
 REVISED 02 MARCH 2020



## FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

***Incluyendo al estudiante(s) inscrito, escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:***

Inscribiendo estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito: **W.E.S.D. #6**

Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro\* que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante**:

- \_\_\_ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- \_\_\_ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- \_\_\_ Factura de impuesto de propiedad (*el más reciente*)
- \_\_\_ Acuerdo de alquiler o arrendamiento (*firmado por el propietario y el inquilino*)
- \_\_\_ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono (*el más reciente y usando la dirección del servicio*)
- \_\_\_ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito (*el más reciente*)
- \_\_\_ Declaración de salario W-2 (*el más reciente*)
- \_\_\_ Talón de pago (*el más reciente*)
- \_\_\_ Certificado de inscripción tribal (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– (*el más reciente*)
- \_\_\_ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)
- \_\_\_ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

\* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuestos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.



# Encuesta de Residencia McKinney-Vento

La intención de este cuestionario es dirigirse al Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11431 etseq. El Acta McKinney-Vento protege a los estudiantes quienes **carecen de una residencia fija, regular o adecuada durante la noche** para obtener acceso a la educación y otros servicios para los cuales son elegibles. La elegibilidad se debe repasar y evaluar nuevamente cada año escolar.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
School:	_____
Perm ID #:	_____
State ID #:	_____
Grade:	_____
Start Date:	_____

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: M o F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- ¿Son las situaciones de vivienda actual del estudiante y/o familia temporales? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es esta situación debido a pérdida de vivienda, problema económico o evento traumático? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**CONTINÚE SÓLO SI RESPONDIÓ "SÍ" A AMBAS PREGUNTAS.**

### Padre/Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ Número(s) Telefónica: \_\_\_\_\_

Dirección/Cuidad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número(s) Telefónica: \_\_\_\_\_

### ¿Dónde está el estudiante o la familia viviendo actualmente?

- Viviendo temporalmente con una amistad o familia en una casa o apartamento**  
Nombre y # telefónico de la persona con quien viven: \_\_\_\_\_
- Sin Hogar / Refugio contra Violencia Doméstica / Refugio de Emergencia o de Transición**  
Nombre y # telefónico del programa: \_\_\_\_\_
- Hotel o motel**  
Nombre y # telefónico de Hotel/Motel: \_\_\_\_\_
- En un lugar regularmente no designado para dormir (vehículo, parque, campamento, etc.)**
- El estudiante vive con alguien quien no es su padre/guardián legal.**  
Nombre y # telefónico de la persona con quien vive el estudiante: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo se espera estar en esta dirección? \_\_\_\_\_

¿Tiene otros niños en el Distrito Escolar Washington?  Sí  No

Favor de listar nombre(s) y escuela(s): \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última escuela a la cual su hijo(a) asistió? \_\_\_\_\_ ¿En qué distrito? \_\_\_\_\_

Declaro que la información provista es verídica y correcto y de mi propio conocimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

\_\_\_\_\_  
FECHA



## Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

### Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendizajes del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

**1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

---

**2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

---

**3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

---

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Distrito o Charter _____	Fecha _____
Escuela _____	<b>Washington Elementary School District</b>

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)



# Authorization to Release Student Records

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES

Last School Attended: \_\_\_\_\_ Additional School: \_\_\_\_\_  
ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA ESCUELA ADICIONAL

School Address: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE ESCUELA

School City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE ESCUELA

School Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ District Name: \_\_\_\_\_  
NÚMERO TELEFÓNICO DE ESCUELA NOMBRE DE DISTRITO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO GRADO

In accordance with Arizona Revised Statute 15-828, I authorize the release of all records, including birth certificate, academic, educational, medical (health), psychological, special education, social development, and gifted information to the Washington Elementary School District. Según 'Arizona Revised Statute 15-828', yo autorizo el compartir de todos los archivos, incluyendo el acta de nacimiento, información académica, educacional, médica (salud), psicológica, de educación especial, de desarrollo social, y de estudiantes dotados al Distrito Escolar Washington.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

### Please send academic file to:

### PLEASE SEND COPIES ONLY

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Abraham Lincoln Traditional</b><br>10444 N 39th Ave<br>Phoenix AZ 85051<br>602-896-6300 fax 602-896-6320    | <input type="checkbox"/> <b>Desert View Elementary</b><br>8621 N 3rd Street<br>Phoenix, AZ 85020<br>602-347-4000 fax 602-347-4020      | <input type="checkbox"/> <b>Mountain Sky Junior High</b><br>16225 N 7th Avenue<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-6100 fax 602-896-6120 | <input type="checkbox"/> <b>Sahuaro Elementary</b><br>12835 N 33rd Avenue<br>Phoenix, Z 85029<br>602-896-6200 fax 602-896-6220       |
| <input type="checkbox"/> <b>Acacia Elementary</b><br>3021 W Evans Drive<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5000 fax 602-896-5020           | <input type="checkbox"/> <b>Ironwood Elementary</b><br>14850 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5600 fax 602-896-5620       | <input type="checkbox"/> <b>Mountain View</b><br>801 W. Peoria Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-347-4100 fax 602-347-4120          | <input type="checkbox"/> <b>Shaw Butte Elementary</b><br>12202 N 21st Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-347-4200 fax 602-347-4220   |
| <input type="checkbox"/> <b>Alta Vista Elementary</b><br>8710 N 31st Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2000 fax 602-347-2020       | <input type="checkbox"/> <b>John Jacobs Elementary</b><br>14421 N 23rd Avenue<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-5700 fax 602-896-5720    | <input type="checkbox"/> <b>Ocotillo Elementary</b><br>3225 W Ocotillo<br>Phoenix, AZ 85017<br>602-347-2400 fax 602-347-2420         | <input type="checkbox"/> <b>Sunburst Elementary</b><br>14218 N 47th Avenue<br>Glendale, AZ 85306<br>602-896-6400 fax 602-896-6420    |
| <input type="checkbox"/> <b>Arroyo Elementary</b><br>4535 W Cholla Street<br>Glendale, AZ 85304<br>602-896-5100 fax 602-896-5120        | <input type="checkbox"/> <b>Lakeview Elementary</b><br>3040 W Yucca<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5800 fax 602-896-5820              | <input type="checkbox"/> <b>Orangewood</b><br>7337 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-2900 fax 602-347-2920               | <input type="checkbox"/> <b>Sunnyslope</b><br>245 E. Mountain View Rd<br>Phoenix, AZ 85020<br>602-347-4300 fax 602-347-4320          |
| <input type="checkbox"/> <b>Cactus Wren Elementary</b><br>9650 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2100 fax 602-347-2120      | <input type="checkbox"/> <b>Lookout Mountain Elementary</b><br>15 W Coral Gables<br>Phoenix, AZ 85023<br>602-896-5900 fax 602-896-5920 | <input type="checkbox"/> <b>Palo Verde Middle School</b><br>7502 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2500 fax 602-347-2520 | <input type="checkbox"/> <b>Sunset Elementary</b><br>4626 W. Mountain View Rd<br>Glendale, AZ 85302<br>602-347-3300 fax 602-347-3320 |
| <input type="checkbox"/> <b>Chaparral Elementary</b><br>3808 W Joan De Arc<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5300 fax 602-896-5320        | <input type="checkbox"/> <b>Manzanita Elementary</b><br>8430 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-2200 fax 602-347-2220       | <input type="checkbox"/> <b>R.E. Miller Elementary</b><br>2021 W Alice Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-3000 fax 602-347-3020  | <input type="checkbox"/> <b>Sweetwater</b><br>4602 W Sweetwater Avenue<br>Glendale, AZ 85304<br>602-896-6500 fax 602-896-6520        |
| <input type="checkbox"/> <b>Cholla Middle School</b><br>3120 W Cholla Street<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-5400 fax 602-896-5420      | <input type="checkbox"/> <b>Maryland</b><br>6503 N 21st Avenue<br>Phoenix, AZ 85015<br>602-347-2300 fax 602-347-2320                   | <input type="checkbox"/> <b>Roadrunner Elementary</b><br>7702 N 39th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-3100 fax 602-347-3120    | <input type="checkbox"/> <b>Tumbleweed Elementary</b><br>4001 W Laurel Lane<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-6600 fax 602-896-6620    |
| <input type="checkbox"/> <b>Desert Foothills Junior High</b><br>3333 W Banff Lane<br>Phoenix, AZ 85053<br>602-896-5500 fax 602-896-5520 | <input type="checkbox"/> <b>Moon Mountain Elementary</b><br>13425 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85029<br>602-896-6000 fax 602-896-6020  | <input type="checkbox"/> <b>Royal Palm Middle School</b><br>8520 N 19th Avenue<br>Phoenix, AZ 85021<br>602-347-3200 fax 602-347-3220 | <input type="checkbox"/> <b>Washington Elementary</b><br>8033 N 27th Avenue<br>Phoenix, AZ 85051<br>602-347-3400 fax 602-347-3420    |

### Please send Psychological/Special Education file to:

Phone: 602-347-2604  
FAX: 602-347-2709

Washington Elementary School District #6  
Special Services Department  
4650 W Sweetwater Avenue  
Glendale, AZ 85304



# Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student ID# _____	
School: _____	
<input type="checkbox"/> Compliant immunization record in Synergy	
<input type="checkbox"/> Awaiting McKinney Vento eligibility	<input type="checkbox"/> Non-compliant immunization(s) CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro médico?  NO  SÍ

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

¿Está tomando actualmente el estudiante medicamentos?  NO  SÍ (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Si respondió sí, será necesario administrar medicamento en la escuela?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante?  NO  SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante?  NO  SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial?  NO  SÍ  
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas?  NO  SÍ  
Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva?  NO  SÍ

Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                       | <input type="checkbox"/> Alergias a Comestibles               |
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Condiciones Nasales o de la Garganta |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Condición de Visión/Ojo              |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos     | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca                   |
| <input type="checkbox"/> Desordenes Ataque/Convulsivo   | <input type="checkbox"/> Condición de los Riñones /Urinaria   |
| <input type="checkbox"/> Condición Estomacal /Digestiva | <input type="checkbox"/> Condición Auditiva/Oído              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Otro, (especifique) _____            |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_