

FEDERAL WAY PUBLIC SCHOOLS  
33330 8<sup>TH</sup> AVENUE SOUTH, FEDERAL WAY, WA 98003  
TELEPHONE: 253-945-2000 FAX: 253-945-2177

**OBJETIVO:** Como padre/madre, tutor o estudiante, usted tiene el derecho de otorgar o negar permiso para la cesión de los archivos de su niño/a con otras personas o agencias. Esta solicitud le provee la oportunidad de aprobar o no aprobar tal solicitud a menos que la cesión de archivos sea permitida bajo una de las excepciones de las reglas que cumplen la Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, FERPA, (por ejemplo, el traslado de los archivos de un distrito escolar a otro). También le provee la oportunidad de hablar con el distrito escolar y solicitar una aclaración de quién solicita la información y por qué.

**AUTORIZACIÓN PARA CESIÓN DE ARCHIVOS  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF RECORDS)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo la cesión de archivos:

De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la agencia / persona) (Nombre de la agencia / persona)

\_\_\_\_\_  
Dirección de Calle

\_\_\_\_\_  
Dirección de Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado Código, Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado Código, Postal

Indique los archivos a ceder:

La razón para ceder el/los archivo(s) es:

Entiendo que la información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar en virtud de las disposiciones la Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). La FERPA prohíbe la divulgación de información que puede identificar a una persona sin consentimiento, salvo en circunstancias limitadas. Por favor observe que si se está pidiendo información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito está amparada por las normas de privacidad de la FERPA y no por la Ley de Transferabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Esta autorización es válida desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nota: Para la cesión de expedientes médicos, la autorización no puede extenderse más de 90 días posteriores a la fecha de la firma de esta autorización.

Entiendo que mi consentimiento para la cesión de expedientes es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. En el caso de retirar mi consentimiento, no se aplica a la información que ya haya sido suministrada en virtud del anterior consentimiento para cesión.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor o estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FEDERAL WAY PUBLIC SCHOOLS**  
**33330 8TH AVENUE SOUTH, FEDERAL WAY, WA 98003**  
**TELEPHONE: 253-945-2000 FAX: 253-945-2177**

**MATRICULACION PARA EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ALUMNO TRANSFERIDO**  
(SPECIAL EDUCATION REGISTRATION FOR TRANSFER STUDENT)

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESCUELA EN FEDERAL WAY \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ DEL HOGAR \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_

IDIOMA NATIVO DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ SEGUNDO IDIOMA \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_

IDIOMA OTRO \_\_\_\_\_ EI PAIS \_\_\_\_\_

PRIMARIO \_\_\_\_\_ IDIOMA \_\_\_\_\_ DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

¿REQUIERE INTÉRPRETE?  SÍ  NO ¿REQUIERE LENGUAJE DE SEÑAS?  SÍ  NO

POR FAVOR ENUMERE LOS NOMBRES, EDADES Y RELACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR:

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	NOMBRE	RELACIÓN	EDAD
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿HA SIDO EL ALUMNO ALGUNA VEZ CALIFICADO PARA RECIBIR EDUCACIÓN ESPECIAL?  SÍ  NO

SI RESPONDE SÍ, ¿EN QUÉ DISTRITO? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

¿HA REPETIDO EL ALUMNO A ALGUN GRADO?  SÍ  NO SI RESPONDE SÍ, ¿QUÉ GRADO? \_\_\_\_\_

¿FECHA CUANDO EL ESTUDIANTE DEJÓLA ULTIMA ESCUELA (MES/DÍA/AÑO)? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LAS ESCUELAS A LAS QUE EL ALUMNO ASISTIÓ (PRIMERO, LA MÁS RECIENTE):

ESCUELA	DIRECCIÓN	DESDE (MES/AÑO)	HASTA (MES/AÑO)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MOTIVOS DE CONSIDERACION PARA LA RECOMENDACION A EDUCACIÓN ESPECIAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DESENVOLVIMIENTO PERSONAL/SOCIAL | <input type="checkbox"/> PERCEPCIÓN VISUAL | <input type="checkbox"/> PERCEPCIÓN AUDITIVA | <input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN ORAL/LENGUAJE |
| <input type="checkbox"/> SALUD                            | <input type="checkbox"/> LECTURA           | <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS         | <input type="checkbox"/> HABILIDADES MOTRICES       |
| <input type="checkbox"/> COGNICIÓN                        | <input type="checkbox"/> CONDUCTA          | <input type="checkbox"/> ESCRITURA           | <input type="checkbox"/> OTRO: _____                |

POR FAVOR EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_  
FIRMA \_\_\_\_\_  
FECHA

FEDERAL WAY PUBLIC SCHOOLS  
33330 8TH AVENUE SOUTH, FEDERAL WAY, WA 98003  
TELEPHONE: 253-945-2000 FAX: 253-945-2177

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES  
DEL ALUMNO TRANSFERIDO O EVALUACIÓN INICIAL  
(PARENT QUESTIONNAIRE FOR TRANSFERS OR INITIAL EVALUATION)

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ HORA PREFERIDA PARA LLAMAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EL PADRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ HORA PREFERIDA PARA LLAMAR \_\_\_\_\_

APARTE DE LA PERSONA QUE DA ESTA INFORMACIÓN, ¿DEBEMOS NOTIFICAR A ALGUNA OTRA PERSONA SOBRE ESTAS JUNTAS? (¿QUIÉN?)

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL DESARROLLO**

¿A QUE EDAD EMPEZÓ EL ALUMNO A: DECIR PALABRAS? \_\_\_\_\_ ORACIONES? \_\_\_\_\_ CAMINAR? \_\_\_\_\_

¿ASISTIÓ EL ALUMNO A LA PRE-ESCUELA?  SÍ  NO SI RESPONDE SÍ, ¿CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

¿PIENSA QUE EL ALUMNO TIENE DIFICULTAD CON: LECTURA?  ESCRITURA?  MATEMÁTICA?

POR FAVOR DESCRÍBA: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

¿HUBIERON CÓMPPLICACIONES DURANTE EL PARTO?  SÍ  NO SI RESPONDE SÍ, POR FAVOR DESCRÍBA: \_\_\_\_\_

¿ALERGIAS?  SÍ  NO SI RESPONDE SÍ, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿TIENE CONTINUOS PROBLEMAS MEDICOS?  SÍ  NO SI RESPONDE SÍ, POR FAVOR DESCRÍBA: \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO EL ALUMNO?

- ACCIDENTES SERIOS  ENFERMEDADES FISICAS SERIAS  ATAQUES  
 OPERACIONES  ENFERMEDADES MENTALES  LESIONES EN LA CABEZA

SI RESPONDE SÍ, POR FAVOR DESCRÍBA: \_\_\_\_\_

¿QUE MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE Y POR QUÉ? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO EL ALUMNO TERAPIA O ASESORIA?  SÍ  NO ¿CUÁNDO? \_\_\_\_\_

SI RESPONDE SÍ, ¿CON QUIEN? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA FAMILIA**

¿EXISTE EN LA FAMILIA HISTORIA DE LO SIGUIENTE?

- INCAPACITACION  PROBLEMAS DE APRENDIZAJE  DIAGNOSTICO FISICO O MENTAL

SI RESPONDE SÍ, POR FAVOR DESCRÍBA: \_\_\_\_\_

FEDERAL WAY PUBLIC SCHOOLS  
33330 8TH AVENUE SOUTH, FEDERAL WAY, WA 98003  
TELEPHONE: 253-945-2000 FAX: 253-945-2177

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**SOCIAL**

¿CÓMO SE LLEVA EL ALUMNO CON LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE LLEVA EL ALUMNO CON OTROS NIÑOS? \_\_\_\_\_

¿CUÁLES ACTIVIDADES DISFRUTA MÁS EL ALUMNO? \_\_\_\_\_

**COSTUMBRES**

¿LE PREOCUPA ALGUNO DE LO SIGUIENTE?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> APETITO           | <input type="checkbox"/> USO DE DROGAS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS SERIOS DE COMPORTAMIENTO |
| <input type="checkbox"/> HABITOS DE DORMIR | <input type="checkbox"/> USO DE LICOR  | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADES/HORARIOS         |

SI RESPONDE SÍ, POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿QUE ES LO QUE MÁS LE GUSTA DE LA PERSONALIDAD O COMPORTAMIENTO DEL ALUMNO?

¿DE QUE MANERA LE GUSTARIA QUE EL ALUMNO SE SUPERARA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Ethnicity and Race Data Collection Form for \_\_\_\_\_** (Child's Name)

**QUESTION 1.** Is your child of Hispanic or Latino origin? (Check all that apply.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC/LATINO | <input type="checkbox"/> MEXICAN / MEXICAN AMERICAN/ CHICANO |
| <input type="checkbox"/> CUBAN               | <input type="checkbox"/> CENTRAL AMERICAN                    |
| <input type="checkbox"/> DOMINICAN           | <input type="checkbox"/> SOUTH AMERICAN                      |
| <input type="checkbox"/> SPANIARD            | <input type="checkbox"/> LATIN AMERICAN                      |
| <input type="checkbox"/> PUERTO RICAN        | <input type="checkbox"/> OTHER HISPANIC/LATINO               |

**QUESTION 2.** What race(s) do you consider your child? (Check all that apply.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN       | <input type="checkbox"/> ALASKA NATIVE                       |
| <input type="checkbox"/> BLACK                  | <input type="checkbox"/> CHEHALIS                            |
| <input type="checkbox"/> WHITE                  | <input type="checkbox"/> COLVILLE                            |
| <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN           | <input type="checkbox"/> COWLITZ                             |
| <input type="checkbox"/> CAMBODIAN              | <input type="checkbox"/> HOH                                 |
| <input type="checkbox"/> CHINESE                | <input type="checkbox"/> JAMESTOWN                           |
| <input type="checkbox"/> FILIPINO               | <input type="checkbox"/> KALISPEL                            |
| <input type="checkbox"/> HMONG                  | <input type="checkbox"/> LOWER ELWHA                         |
| <input type="checkbox"/> INDONESIAN             | <input type="checkbox"/> LUMMI                               |
| <input type="checkbox"/> JAPANESE               | <input type="checkbox"/> MAKAH                               |
| <input type="checkbox"/> KOREAN                 | <input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT                         |
| <input type="checkbox"/> LAOTIAN                | <input type="checkbox"/> NISQUALLY                           |
| <input type="checkbox"/> MALAYSIAN              | <input type="checkbox"/> NOOKSACK                            |
| <input type="checkbox"/> PAKISTANI              | <input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM                 |
| <input type="checkbox"/> SINGAPOREAN            | <input type="checkbox"/> PUYALLUP                            |
| <input type="checkbox"/> TAIWANESE              | <input type="checkbox"/> QUILEUTE                            |
| <input type="checkbox"/> THAI                   | <input type="checkbox"/> QUINAULT                            |
| <input type="checkbox"/> VIETNAMESE             | <input type="checkbox"/> SAMISH                              |
| <input type="checkbox"/> OTHER ASIAN            | <input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE                       |
| <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN        | <input type="checkbox"/> SHOALWATER                          |
| <input type="checkbox"/> FIJIAN                 | <input type="checkbox"/> SKOKOMISH                           |
| <input type="checkbox"/> GUAMANIAN or CHAMORRO  | <input type="checkbox"/> SNOQUALMIE                          |
| <input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER       | <input type="checkbox"/> SPOKANE                             |
| <input type="checkbox"/> MELANESIAN             | <input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND                      |
| <input type="checkbox"/> MICRONESIAN            | <input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH                       |
| <input type="checkbox"/> SAMOAN                 | <input type="checkbox"/> SUQUAMISH                           |
| <input type="checkbox"/> TONGAN                 | <input type="checkbox"/> SWINOMISH                           |
| <input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER | <input type="checkbox"/> TULALIP                             |
|   | <input type="checkbox"/> YAKAMA                              |
|   | <input type="checkbox"/> OTHER WASHINGTON INDIAN             |
|   | <input type="checkbox"/> OTHER AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE |

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**PROPÓSITO:** Este formulario provee información a los padres sobre la solicitud del distrito escolar para verificar la elegibilidad del estudiante para Medicaid, obtener reembolso de los servicios de salud escolares elegibles accediendo a los beneficios públicos de los padres o del hijo, y notifica a los padres sus derechos y protecciones en virtud de la sección 392-172A-07005 del Código Administrativo de Washington (WAC). Este aviso se provee: 1) anualmente; 2) la primera vez que un distrito escolar procura verificar la elegibilidad para Medicaid y presentar a Medicaid pedidos de reembolso por gastos originados en la escuela ; y 3) toda vez que un distrito escolar determina que debe obtener un consentimiento actualizado. Este aviso se provee a padres o tutores, y a los estudiantes adultos.

## **NOTIFICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES A LA AUTORIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTADO DE WASHINGTON, Y DERECHOS Y PROTECCIONES DE LOS PADRES**

El Federal Way Public Schools participa en el programa de la Autoridad de Atención Médica (HCA, por sus siglas en inglés) del estado de Washington que pone los fondos federales de Medicaid a disposición de los distritos escolares para contribuir a cubrir los costos de proporcionar servicios de salud escolares necesarios. Al participar en este programa, el distrito escolar puede solicitar a Medicaid a nivel federal el reembolso de los costos de servicios de salud provistos por el distrito escolar a los niños elegibles para Medicaid que reciben los servicios identificados en sus programas de educación individualizada (IEP, por sus siglas en inglés). A fin de poder obtener los fondos federales de Medicaid para colaborar en el reembolso al distrito de los servicios escolares, el distrito escolar debe divulgar información de los registros educativos de su hijo a la HCA para demostrar su elegibilidad para Medicaid y conseguir el reembolso de los servicios provistos por el distrito escolar.

### **NOTIFICACIÓN DE SUS DERECHOS Y PROTECCIONES COMO PADRES**

Para garantizar que su hijo tenga acceso a una educación pública gratuita apropiada, el distrito escolar:

- debe obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar a la HCA el nombre de su hijo, su fecha de nacimiento y la información incluida en el registro educativo de su hijo sobre los servicios de atención médica reembolsables;
- no puede exigirle que se registre o se inscriba en ningún programa de seguro o de beneficios públicos;
- no puede exigirle que pague gastos de su bolsillo, tales como deducibles o copagos por los costos de servicios de salud que el distrito escolar provee a su hijo; y
- no puede utilizar los beneficios de Medicaid u otros beneficios públicos de su hijo si dicho uso:
  - disminuyera la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
  - hiciera que usted o su familia pagaran servicios que de otro modo estarían cubiertos por Medicaid u otro programa de seguro público, y que se requerirían para su hijo fuera del horario que está en la escuela;
  - aumentara sus primas del seguro o causara la interrupción de beneficios públicos o del seguro; o
  - hiciera que usted arriesgue la pérdida de su elegibilidad para exenciones de vivienda y comunitarias, en base a los costos adicionales relacionados con la salud.

***Otorgar su consentimiento no le cuesta nada.*** Le permitirá al distrito escolar procurar el reembolso de Medicaid a nivel federal para proveer los servicios necesarios para su hijo. Si ya ha otorgado su consentimiento, o si está dando al distrito un nuevo consentimiento para los servicios, puede revocar su consentimiento en cualquier momento. El distrito escolar continuará suministrando los servicios incluidos en un IEP a su hijo sin costo para usted, por ser su padre, ya sea que usted otorgue o no su consentimiento.

Si el distrito le solicita un consentimiento actualizado, o le pide que provea su consentimiento inicial para verificar la elegibilidad para Medicaid y procurar el reembolso de Medicaid para servicios escolares necesarios, se adjunta un formulario de consentimiento a esta notificación.

FEDERAL WAY PUBLIC SCHOOLS  
33330 8<sup>TH</sup> AVENUE SOUTH, FEDERAL WAY, WA 98003  
TELEPHONE: 253-945-2000 FAX: 253-945-2177

**OBJETIVO:** Este formulario le solicita consentimiento para obtener información del Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Administración de Asistencia Médica por el propósito de verificación de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre esta solicitud, puede llamar al director de educación especial del distrito escolar para una aclaración de por qué hacen la solicitud.

**VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID  
(MEDICAID ELIGIBILITY VERIFICATION)**

La ley estatal requiere que el distrito escolar someta reclamos para servicios relacionados a la salud provistos a estudiantes de educación especial o a estudiantes canalizados para educación especial. Estos servicios incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, audiología, enfermería, consejo, y evaluación psicológica.

Con su permiso, someteremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar su elegibilidad para Medicaid. Tal solicitud no afectará de ninguna manera negativa los servicios incluidos en el Programa de Educación Individualizada (IEP) de su niño/a.

Al dar su consentimiento, reconoce que (1) ha sido plenamente informado de toda la información pertinente a la actividad por la cual se solicita consentimiento; (2) entiende que otorga su consentimiento de manera voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento; (3) si revoca su consentimiento, la revocación no es retroactiva; lo cual significa que no invalida ninguna actividad que ya tuvo lugar.

- Doy mi consentimiento para verificar la elegibilidad para Medicaid a través de DSHS.
- No doy mi consentimiento para verificar la elegibilidad para Medicaid a través de DSHS.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de  
Nacimiento