

# Formulario de Inscripción del Estudiante

-Solo para uso interno-  
# ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

## Información del estudiante

Primer nombre legal		Segundo nombre legal (o ninguno)		Apellidos legales		◊ Otros nombres que usa	
Sexo		La etnicidad se basa en su nacionalidad, religión y lenguaje. ¿Se considera hispano/a?					
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
La raza se basa en sus características físicas que ha heredado (marque una o las que corresponda):						Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco							
Grado actual	Nombre que usa el estudiante (sobrenombre).			Apellido que usa el estudiante, si es distinto al apellido legal.		# Seguro Social	# celular del alumno
¿Ha sido el estudiante alguna vez expulsado de alguna escuela?		Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre y la dirección de la escuela.			Si la respuesta es afirmativa, anote la fecha de expulsión.		
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No							
¿Se ha remitido alguna vez al alumno a una Evaluación de Riesgos?				¿Se desarrolló un Plan de Seguridad como condición para que el estudiante vuelva a la escuela?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
NOTA: Los estudiantes <b>no pueden inscribirse</b> en más de una escuela pública de Colorado al mismo tiempo, incluyendo escuelas a distancia y electrónicas.							
◊ ¿Está el estudiante inscrito en otra escuela pública del estado de Colorado incluyendo escuelas a distancia y electrónicas?						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre y dirección de la escuela.							

## Información del hogar

Dirección principal o domicilio				Dirección postal (si es diferente a la dirección principal o domicilio)			
Número y calle				Número y calle, o # de P.O. Box			
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad		Estado	Código postal
Si su hijo/a va a asistir a esta escuela por medio del programa Selección de Escuela, y a usted le gustaría <b>solicitar</b> servicio de transporte, por favor pida una Solicitud de Transporte del Espacio Disponible, o si a usted le gustaría <b>solicitar</b> transporte de ida y vuelta desde un lugar que no sea su domicilio, por favor pida una <i>Solicitud de Transporte Alternativo</i> . En estos casos, el servicio de transporte no se garantiza, y depende de las rutas existentes y el espacio disponible.							
Primer jefe de la familia				Segundo jefe de la familia			
Apellidos		Nombre		Apellidos		Nombre	
◊ ¿Es esta persona un tutor legal?		Parentesco con el estudiante		◊ ¿Es esta persona un tutor legal?		Parentesco con el estudiante	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro
Correo electrónico				Correo electrónico			
Primer teléfono para llamar en caso de emergencia				Teléfono para llamar en caso de ausencia escolar			
Nombre de los hermanos del estudiante (Escriba solo los hermanos que asisten a las escuelas del PSD, incluya a Head Start y Early Childhood Education.)							
◊ Nombre de el/la hermano/a del alumno		Grado	Escuela a la que asiste	◊ Nombre de el/la hermano/a del alumno		Grado	Escuela a la que asiste

## Programas y servicios

◊ ¿Ha recibido su hijo/a servicios del Departamento de Educación Especial?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	◊ ¿Ha recibido su hijo/a servicios de la SECCIÓN 504?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
◊ ¿Ha tenido su hijo/a un PLAN ESPECIALIZADO DEL CUIDADO DE SALUD?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	◊ ¿Ha recibido su hijo/a servicios del PROGRAMA PARA ALUMNOS CON DOTES Y TALENTOS EXCEPCIONALES?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

## Lengua materna o primer idioma

¿El primer idioma que se habla en el hogar es el inglés?		Primer idioma del estudiante	Primer idioma del padre	Primer idioma de la madre
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

-Solo para uso interno-

# ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Datos escolares y personales				
Última escuela a la que asistió	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Última escuela del PSD a la que asistió, si es diferente a la mencionada anteriormente.	Grado	Último año en el que asistió		
Anote la fecha de la primera inscripción de su hijo/a en una escuela de Colorado (preescolar [3 años de edad], pública, privada o una escuela de una base militar de los EE.UU.; no incluya educación escolar en el hogar).				Mes/día/año
Si su hijo/a alguna vez ha asistido a una escuela por fuera del estado de Colorado, anote la fecha en que volvió a inscribirse en una escuela de Colorado (preescolar [3 años de edad], pública, privada o una escuela de una base militar de los EE.UU.; no incluya educación escolar en el hogar).				Mes/día/año
Si su hijo/a alguna vez ha asistido a una escuela por fuera de los Estados Unidos, escriba la fecha en que volvió a inscribirse en una escuela de los EE.UU. (preescolar [3 años de edad], pública, privada o una escuela de una base militar de los EE.UU.; no incluya educación escolar en el hogar).				Mes/día/año
Pais de nacimiento		Estado dónde nació		

Información de las personas de contacto – No enumere los jefes de la familia de la página 1. (Para anotar contactos adicionales, ver página 4.)							
<b>Padre de familia que no vive en el hogar</b>		Nombre del padre de familia		Apellido del padre de familia		Parentesco con el estudiante	
Dirección o domicilio				Ciudad		Estado	Código postal
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – Hogar W – Trabajo C – Celular O – Otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Doctor</b>	Nombre del doctor		Apellido del doctor		Número de teléfono		Nombre del lugar donde el doctor trabaja
<b>Contacto #1</b>	Nombre de la persona de contacto #1			Apellido de la persona de contacto #1		Parentesco con el estudiante	
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – Hogar W – Trabajo C – Celular O – Otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Contacto #2</b>	Nombre de la persona de contacto #2			Apellido de la persona de contacto #2		Parentesco con el estudiante	
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – hogar W – trabajo C – celular O – otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Para anotar personas de contacto adicionales, vea la página 4.

Verifico que la información suministrada en este formulario es correcta y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina de la escuela, tan pronto haya algún cambio.

\_\_\_\_\_

*Firma del padre o tutor* *Fecha*

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

-Solo para uso interno-

# ID del estudiante: \_\_\_\_\_

### Información relacionada con la salud

◇ Servicio de atención médica	◇ Dentista

#### Problemas de salud del estudiante (A continuación, marque "Sí" o "No", y explique cuando sea necesario.)

ADD/ADHD	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alergias a animales (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trastornos alimenticios	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Dolores de cabeza (no migrañas)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alergias a alimentos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lesión en la cabeza / conmoción cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Problemas cardíacos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alergias a insectos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
		Problemas de riñones o urinarios (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alergias a medicamentos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
		Migrañas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alergias al medio ambiente (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas nutricionales o de crecimiento (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ansiedad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas ortopédicos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Autismo/Síndrome de Asperger	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Convulsiones/Problemas neurológicos (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas de comportamiento	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Bipolar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas estomacales (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
		Otra (Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Depresión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Retraso en el desarrollo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

#### Problemas de la vista y el oído del estudiante

¿Tiene su hijo/a problemas de visión?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si la respuesta es afirmativa, ¿usa su hijo/a gafas o lentes de contacto para ver de cerca?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Si la respuesta es afirmativa, ¿usa su hijo/a gafas o lentes de contacto para ver de lejos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo/a problemas de audición?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si la respuesta es afirmativa, ¿utiliza su hijo/a audífonos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		Si la respuesta es afirmativa, ¿su hijo/a necesita sentarse en un lugar especial en el salón de clase?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

#### Pasos a seguir en caso de una emergencia médica de un estudiante

¿El problema de salud de su hijo/a requiere que, en caso de EMERGENCIA, se sigan pasos especiales de los cuales el/la chofer del autobús de él/ella debería estar informado/a?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.	

#### Medicamentos del estudiante (Enumere los medicamentos que el estudiante toma en la actualidad.)

¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se necesita dar esta medicación en la escuela?
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se necesita dar esta medicación en la escuela?
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se necesita dar esta medicación en la escuela?
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Esta información médica la proporciono a la escuela de mi hijo/a de manera voluntaria, y entiendo que es confidencial y puede ser compartida con el personal escolar solo cuando sea necesario.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

# ID del estudiante: \_\_\_\_\_

**Llene esta página solo si tiene personas adicionales de contacto que no haya enumerado en la página 2.**

**Información de contacto adicional – Llene la parte de abajo solo si tiene más de 2 personas de contacto (anote las 2 primeras en la página 2).**

<b>Contacto #3</b>	Nombre de la persona de contacto #3		Apellido de la persona de contacto #3		Parentesco con el estudiante		
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – Hogar      W – Trabajo      C – Celular      O – Otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>Contacto #4</b>	Nombre de la persona de contacto #4		Apellido de la persona de contacto #4		Parentesco con el estudiante		
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – hogar      W – trabajo      C – celular      O – otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>Contacto #5</b>	Nombre de la persona de contacto #5		Apellido de la persona de contacto #5		Parentesco con el estudiante		
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – hogar      W – trabajo      C – celular      O – otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

<b>Contacto #6</b>	Nombre de la persona de contacto #6		Apellido de la persona de contacto #6		Parentesco con el estudiante		
Anote los números de teléfono de <u>esta persona de contacto</u> en el orden que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra: H – hogar      W – trabajo      C – celular      O – otro tipo							
Teléfono #1	Tipo	Teléfono #2	Tipo	Teléfono #3	Tipo	¿Contacto de emergencia?	¿Se le puede entregar el estudiante?
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No