

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Distrito Escolar Metropolitano del Municipio de Washington

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
No. de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_  
STN#: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo nombre*

¿Cómo prefiere el estudiante que lo llamen los profesores/amigos? \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Apellido*

Género:  F  M Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Grado en el que ingresa: \_\_\_\_  
*MM* *DD* *AA*

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *País*

Domicilio del estudiante: \_\_\_\_\_  
*Domicilio* *Depto. No.* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Nombre del complejo de departamentos o subdivisión: \_\_\_\_\_

Domicilio anterior: \_\_\_\_\_  
*Domicilio* *Depto. No.* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Nombre del complejo de departamentos o subdivisión: \_\_\_\_\_

## RAZA Y GRUPO ÉTNICO (NOTA: Debe responder ambas partes del cuestionario, Partes 1 y 2.)

### PARTE 1: GRUPO ÉTNICO ¿Es esta persona de origen hispano/latino? (Escoja solo una opción.)

- No, no es de origen latino/hispano  
 Sí, es de origen hispano/latino

### PARTE 2: RAZA ¿Cuál es la raza de esta persona? (Escoja una o varias.)

- Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o afroamericano  
 Aborigen Hawaiano o de otras Islas Polinesias  
 Blanca

## ESCOLARIDAD ANTERIOR

Nombre de la última escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

*Domicilio* *Depto. No.* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

1. ¿Su hijo se inscribió ALGUNA VEZ en una escuela Pre jardín a 12 años acreditada de Indiana (pública o privada)?  SÍ  NO

Escuela más reciente: \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_

2. ¿Su hijo se inscribió ALGUNA VEZ en una escuela Pre jardín a 12 años acreditada del Municipio de Washington?  SÍ  NO

Escuela más reciente: \_\_\_\_\_ Fecha (Mes/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_

3. ¿Su hijo fue alguna vez retenido en la escuela?  SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", indique todos los grados de retención: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo nació fuera de los Estados Unidos o en su hogar se habla un idioma distinto del inglés?  SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", complete la siguiente información:

Escriba la fecha en que su hijo se inscribió por PRIMERA VEZ en una escuela de jardín a 12 años dentro de los Estados Unidos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*MM* *DD* *YY*

Si su hijo asistió a una escuela de jardín a 12 años fuera de los Estados Unidos, indique el/los grado(s) completados: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR****MENAJE 1 (Tutores que viven en el mismo domicilio del estudiante.)****TUTOR 1 (Contacto Primario)**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ El idioma del tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Padre de la custodia?  SÍ  NO Se le permite recoger el estudiante?  SÍ  NO

**TUTOR 2**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ El idioma del tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Padre de la custodia?  SÍ  NO Se le permite recoger el estudiante?  SÍ  NO

**MENAJE 2 (Tutores que NO viven en el domicilio principal del estudiante.)**

Domicilio \_\_\_\_\_ Depto. No. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**TUTOR 1 (Contacto Primario)**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ El idioma del tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Padre de la custodia?  SÍ  NO Se le permite recoger el estudiante?  SÍ  NO

**TUTOR 2**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ El idioma del tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Padre de la custodia?  SÍ  NO Se le permite recoger el estudiante?  SÍ  NO

**¿El estudiante tiene hermanos que asistan actualmente a la escuela Pre jardín a 12 años en el Municipio de Washington?**

Nombre	Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Explique todas las restricciones legales relacionadas con la CUSTODIA:**

(SE EXIGE DOCUMENTACIÓN - tutela, orden de protección, custodia conjunta, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

Indique a dos adultos que no sean los padres o tutores que puedan retirar o cuidar a su hijo en caso de emergencia:

Nombre:

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante

Teléfono celular

Teléfono particular

Teléfono laboral

Nombre:

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante

Teléfono celular

Teléfono particular

Teléfono laboral

## CONTACTO ADICIONAL

¿Usted autoriza a que una persona, además del/de los padre(s)/tutor(es), se comunique con la escuela de su hijo y supervise su educación? De ser así, especifique: (DEBE ser mayor de 18 años)

Nombre:

Nombre

Apellido

Relación con el estudiante

Teléfono celular

Teléfono particular

Teléfono laboral

Dirección de correo electrónico

Nombre del padre/tutor

Firma

Fecha (Día/Mes/Año)

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

¿Su hijo recibió alguno de los siguientes servicios especiales en su escuela anterior?

- Terapia del habla/lenguaje  Terapia ocupacional/física  Plan 504  Título I  High Ability  21<sup>st</sup> Century Scholars  
 Servicios de inglés como nuevo idioma  Servicios educativos especiales (especifique): \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo es un estudiante de intercambio extranjero?  SÍ  NO
2. ¿Su hijo es refugiado?  SÍ  NO
3. ¿Su hijo tiene un padre / tutor que es un miembro activo de las fuerzas armadas?  SÍ  NO
4. En los últimos 36 meses, ¿su hijo ha cambiado de distrito escolar, condado o ha atravesado las fronteras del estado de Indiana para que su tutor consiguiera empleo de temporada o temporario en la industria agrícola, láctea o pesquera O por necesidades económicas?  SÍ  NO
5. Si la respuesta es "SÍ": ¿Cuándo fue la última vez que usted o algún miembro del hogar se han mudado para buscar trabajo o para trabajar en la actividad agrícola dentro de los Estados Unidos? Fecha: (Mes/Año) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## PERMISOS

### PERMISOS DE TRANSPORTE, EXCURSIONES Y MEDIOS

SÍ NO

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He conversado sobre las reglas del autobús con mi hijo. Entiendo que el incumplimiento de las reglas dará lugar a consecuencias disciplinarias.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Le doy permiso a mi hijo para que participe de excursiones en este ciclo lectivo. Entiendo la información entregada y acepto informarle al maestro de clase en caso de que mi hijo <u>no</u> participe de una excursión específica. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doy permiso para que el nombre o la imagen de mi hijo se usen para su divulgación en los medios.  |

Nombre del padre/tutor

Firma

Fecha (Día/Mes/Año)

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Médico(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS MORTALES/ESTADO(S) DE SALUD GRAVE(S):***Su hijo no puede comenzar su primer día escolar hasta que se realice una reunión de alerta médica. Esta reunión se programará para lo antes posible, antes de los tres días posteriores a la fecha de inscripción.*

SÍ NO

 **Mi hijo padece una alergia mortal.**

Especifique: \_\_\_\_\_

 **Mi hijo padece un estado de salud grave.**

Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor

Firma

Fecha (Día/Mes/Año)

**HISTORIA CLÍNICA:** Para que podamos ayudar a su hijo a obtener lo mejor de esta experiencia escolar, es necesario que contemos con una historia clínica actualizada.

¿SU HIJO HA PADECIDO O PADECE:	SÍ	NO	DESCRIPCIÓN
alergias			
- a los alimentos?			
- a los medicamentos?			
- a las picaduras de abeja?			
- otros?			
lesiones – contusión – lesión en la cabeza?			
sangrado de la nariz frecuente o excesivo?			
hospitalizaciones – operaciones?			
ortopedia – problemas en los huesos o articulaciones?			
asma?			
diabetes?			
anemia de células falciformes?			
anemia?			
pérdida de audición – uso de ayuda auditiva?			
pérdida de la visión – usa lentes de contacto/gafas?			
deficiencia en el habla?			
mareos, desmayos, dolores de cabeza severos o frecuentes?			
espasmos/convulsiones/epilepsia?			
insuficiencias cardíacas?			
contacto con tuberculosis/resultado positivo en un examen cutáneo de TB?			
dolores abdominales severos – úlcera?			
infecciones de oído excesivas?			
gripes excesivas?			
micción frecuente o dolorosa?			
insuficiencia intestinal?			
historia familiar de escoliosis?			
preocupación, ansiedad o depresión excesivas?			

ENUMERE EL/LOS MEDICAMENTO(S)  
QUE SU HIJO TOMA REGULARMENTE:

¿EXISTE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN QUE PODRÍA SER NOS ÚTIL PARA CONOCER A SU HIJO, O LAS CIRCUNSTANCIAS EN LA CASA, QUE PODRÍAN AFECTARLO/LA EN LA ESCUELA?

**CONSENTIMIENTO SOBRE SALUD**

Por medio de la presente, presto mi consentimiento para que mi hijo menor de edad reciba los servicios de salud necesarios del personal de salud designado u otro personal designado del Distrito en nuestras escuelas cuando él/ella se enferme o sufra una lesión durante la jornada escolar. Entiendo que el tratamiento del personal del Distrito o de Salud se limita al cuidado de primeros auxilios para lesiones que ocurran en la escuela, enfermedades, exámenes de salud junto con el Departamento de Salud del condado de Marion y la administración de medicamentos autorizados previamente. Entiendo que las lesiones que ocurran fuera de la escuela deben ser tratadas en el hogar o por un prestador de cuidado médico personal.

Por medio de la presente, autorizo que la información precedente sea entregada al equipo pertinente y al personal de emergencia en forma confidencial en virtud de las disposiciones de la Ley de los Derechos y Privacidad Educativas de la Familia (FERPA). Entiendo que la FERPA prohíbe la entrega de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas.

Por medio de la presente, autorizo al Distrito Escolar Metropolitano (MSD) del Municipio de Washington a entregar el registro de vacunación de mi hijo al Departamento de Salud de Niños y Residentes de Indiana. Programa de Registro de Vacunas (CHIRP). Entiendo que la información del registro podría utilizarse para verificar que mi hijo haya recibido las vacunas pertinentes y para informarme a mí o a mi hijo apto sobre el estado de vacunación de mi hijo o que debe aplicarse una vacuna conforme a los cronogramas de vacunación recomendados.

Nombre del padre/tutor

Firma

Fecha (Día/Mes/Año)