

Formulario de Inscripción para Alumnos del Distrito Escolar Unificado de Jurupa 2018-19/ Escuela: _____

| Información del Alumno | | | | | |
|---|----------------------|---|---|-------------------|---|
| Apellido legal: | Primer nombre legal: | Segundo nombre legal: | Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa): | Edad: | Año: |
| | | | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | | |
| Dirección postal: | | | Ciudad, Estado, Código postal: | | |
| Dirección: (si es diferente de la dirección postal) | | | Ciudad, Estado, Código postal: | | |
| Teléfono de casa: | | | Teléfono alterno: | | |
| Etnia: (Debe seleccionar una) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino | | | | | |
| Raza: (Puede marcar hasta 5 categorías sin importar lo que seleccionó para etnia, por favor indique la que usted considera como su raza): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |
| Información de la Madre o Tutora Legal | | | Información del Padre o Tutor Legal | | |
| Nombre de la madre o tutora legal: | | | Nombre del padre o tutor legal: | | |
| Teléfono de día: | Teléfono celular: | Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> | Teléfono de día: | Teléfono celular: | Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico: | | | Correo electrónico: | | |
| Relación: (marque una) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Madre de crianza <input type="checkbox"/> Tutora legal | | | Relación: (marque una) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Tutor legal | | |
| Situación: (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Vive con el alumno <input type="checkbox"/> Tiene la custodia legal <input type="checkbox"/> Tiene la custodia <input type="checkbox"/> Militar activo | | | Situación: (marque todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Vive con el alumno <input type="checkbox"/> Tiene la custodia legal <input type="checkbox"/> Tiene la custodia <input type="checkbox"/> Militar activo | | |
| Dirección de la madre: (si no vive con el alumno): | | | Dirección del padre: (si no vive con el alumno): | | |
| Empleador: | | | Empleador: | | |
| Nivel de educación: (marque el nivel más alto) <input type="checkbox"/> No se graduó de la preparatoria <input type="checkbox"/> Si se graduó de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Escuela de posgrado <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar o se desconoce | | | Nivel de educación: (marque el nivel más alto) <input type="checkbox"/> No se graduó de la preparatoria <input type="checkbox"/> Si se graduó de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Escuela de posgrado <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar o se desconoce | | |
| Órdenes del tribunal: (si los padres están separados) ¿Hay una orden de restricción o del tribunal en contra del padre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si marco "Si" la orden debe estar archivada en la escuela) | | | Órdenes del tribunal: (si los padres están separados) ¿Hay una orden de restricción o del tribunal en contra de la madre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si marco "Si" la orden debe estar archivada en la escuela) | | |
| Servicios | | | | | |
| Servicios de educación especial y programas especiales: (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> IEP (fecha del último IEP) _____ <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) <input type="checkbox"/> Clase Especial Diaria (SDC) <input type="checkbox"/> Escuela que No es Pública (NPS) <input type="checkbox"/> Sección 504 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades <input type="checkbox"/> GATE <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |
| Si cualquiera de los programas de arriba está marcado, ¿en qué distrito estuvo el niño(a) inscrito en el programa o servicio? _____ | | | | | |
| Servicios para el desarrollo del idioma inglés (ELD): ¿Ha recibido su hijo servicios para aprendices de inglés en otro distrito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marco "Si," ¿en qué distrito estuvo inscrito en servicios para el desarrollo del idioma ingles (ELD)? _____ | | | | | |
| ¿Está usted interesado en el Programa de Doble Inmersión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (vea los folletos) | | | | | |
| ¿Su hijo(a) tomo la evaluación CELDT/ELPAC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si marco "si", ¿tiene usted una copia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |

Encuesta del Idioma e Historial del Estudiante

Esta página deberá llenarse completamente antes de que un estudiante pueda ser registrado. Esta información es requisito del Estado de California con el único propósito de rastrear las puntuaciones de los exámenes y para la colocación del alumno(a) según su nivel de lenguaje. Esta información **no** se utiliza para investigar la ciudadanía ni estado legal migratorio y no se les proporciona a las autoridades federales.

Encuesta del Idioma del Hogar

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los alumnos:

1. ¿Cuándo su hijo(a) empezó a hablar, cual idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa su hijo(a) principalmente cuando habla en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan con más frecuencia **los adultos** en la casa? (padres, tutores, abuelos u otros adultos) _____

Información sobre el Lugar de Nacimiento del Estudiante

| | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|--|-------------|------------|
| Apellido legal: _____ | Primer nombre legal: _____ | Segundo nombre legal: _____ | Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa): _____ | Edad: _____ | Año: _____ |
| | | | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | | |
| Ciudad natal: _____ | | Estado/provincia natal: _____ | | | |
| País natal: <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> México <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |
| Si el alumno no nació en Estados Unidos, ¿En qué fecha vino a vivir por primera vez a los Estados Unidos? (mes/año) _____ | | | | | |

Historial Escolar

Historial Escolar en Estados Unidos

- ¿Ha asistido el alumno alguna escuela en Estados Unidos? Si No
Si marco "Si," ¿cuándo fue la primera vez que asistió a esa escuela?: (mes/año) _____
- ¿Ha participado su hijo(a) en el programa PICO 0-4? Si No

Historial Escolar en California

- ¿Ha asistido el alumno a alguna escuela en California? Si No
Si marco "Si," ¿Cuándo fue la primera vez que asistió a esa escuela? (mes/año) _____

Historial Escolar en Jurupa Unified

- ¿Ha asistido a una escuela en el Distrito Escolar de Jurupa? Si No
Si marco "Si," ¿Cuándo fue la primera vez que asistió a esa escuela? (mes/año) _____
Nombre de la escuela: _____

Última Escuela de Asistencia

Nombre de la última escuela a la que asistió: _____ Ciudad: _____
Estado/País: _____

Tipo de Escuela: Publica Privada Continuación Alternativa Educación en el hogar

Historial de Suspensiones o Expulsiones de la Escuela

- ¿Alguna vez ha sido suspendido el alumno? Si No Si marco "Si," ¿De cuál distrito? _____
- ¿Alguna vez ha sido expulsado el alumno o existe una expulsión pendiente? Si No
Si marco "Si," ¿De cuál distrito? _____ Por favor proporcione la documentación de readmisión.

Certificación

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi entendimiento.
La falsificación de cualquier información en este formulario puede ocasionar que le demos de baja al estudiante.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Información del Alumno

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|-----------------------|--|-------|------|
| Apellido legal: | Primer nombre legal: | Segundo nombre legal: | Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa): | Edad: | Año: |
| | | | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | | |

Información del historial médico (marque todos los que correspondan e incluya toda la información solicitada)

Por favor agregue a la lista a un adulto mayor de 18 años que no esté en el formulario de inscripción (de preferencia alguien en el área con automóvil y teléfono). Aquellas personas que estén enlistadas en este formulario están autorizadas para sacar a su hijo(a) de la escuela, si se enfermara o si ocurriera una emergencia y los padres o tutores legales no pueden ser contactados.

| Nombre: | Parentesco: | Dirección: | Telefono de casa: | Telefono celular: | Parent Connect/ Derechos Educativos? |
|---------|-------------|------------|-------------------|-------------------|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Otro Padre/Madre Biológico – (si el padre o madre en la forma de registro es padrastro o madrastra, por favor indique el nombre del otro padre/madre biológico.)

| | | | | |
|---------|-------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| Nombre: | Parentesco: | Dirección(opcional): | Teléfono de casa: | Teléfono celular: |
|---------|-------------|----------------------|-------------------|-------------------|

Información del historial médico (marque todos los que correspondan e incluya toda la información solicitada).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No se conocen problemas de salud <input type="checkbox"/> Necesita equipo de adaptación (indique abajo) <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Alergia a la Picadura de Abeja (requiere atención Médica de emergencia) <input type="checkbox"/> Alergia a ciertos alimentos (indique abajo) <input type="checkbox"/> Alergia a ciertos medicamentos/otro (indique abajo) <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis (Tipo reumatoide) <input type="checkbox"/> Asma – ligera <input type="checkbox"/> Asma (requiere medicamento) <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento -Trastorno Cromosómico <input type="checkbox"/> Restricción de productos sanguíneos (no deben dárselos) <input type="checkbox"/> Enfermedad Ósea o de Articulaciones (explique abajo) ¿Su hijo(a) requiere el uso de un inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Requiere su hijo(a) arreglos especiales de alimentos debido a alergias u otro problema médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Requiere su hijo(a) medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si marco "Si," por favor anote los medicamentos/se requiere autorización para administrar): | <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Diabético (indique dieta y medicamentos) <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Trastorno endocrino <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsión <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales frecuentes <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos <input type="checkbox"/> Perdida de la audición: En cual oído? <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón/defecto/irregular <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Medicamentos que se necesitan en la escuela (requiere autorización para administrar) <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta (indique abajo) <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Actividad física limitada(requiere nota del doctor) <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> Espina bífida <input type="checkbox"/> Dificultad usando el inodoro (explique abajo) <input type="checkbox"/> Impedimento visual/discapacidad <input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro |
|--|---|--|

Explicaciones/Medicamentos: _____

Cirugías, accidentes u otra hospitalización (año/tipo): _____

Número de registro médico: _____

| | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Nombre del médico: | Dirección del médico: | Teléfono del médico: |
|--------------------|-----------------------|----------------------|

Por favor notifique a la escuela si esta información cambia, si su hijo(a) tiene un problema de salud actual o si su hijo(a) recibe nuevas vacunas.

Autorización

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que, en caso de una emergencia médica, su hijo reciba atención médica. Si usted desea ser exonerado de este acuerdo, necesitara presentar una carta anualmente al Departamento de Servicios de Negocios del Distrito Escolar de Jurupa. **Yo doy mi autorización como se indica arriba y certifico que toda la información es verdadera y completa.**

Firma de Padre/madre

Fecha