

**Distrito Escolar Elemental Pacific
Nuevo Formulario de Inscripción
(Para ser completado por el padre o tutor)**

Office Use Only:
Student I.D. No. _____
SSID No. _____

Fecha de inicio anticipada en el Distrito escolar del Pacifico: _____

- Masculino
Femenino
No-Binario

Nombre LEGAL del Estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____
(del certificado de nacimiento) Apellido Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

Nombre del Padre/Tutor Legal Apellido (_____) Número de Teléfono- hogar (_____) Número del Teléfono del Trabajo / Celular

Nombre de la Madre/Tutor Legal Apellido (_____) Número de Teléfono- hogar (_____) Número de Teléfono del Trabajo / Celular

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICOS del padre y de la madre / o tutores legales

Dirección residencial: Número: Calle: Apt/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Última escuela a la que asistió: _____ Último día de asistencia _____
Nombre de Escuela Ciudad/Estado

Lugar de nacimiento del estudiante: _____ Si no nació en los EE. UU., ¿En qué mes/año ingresó su hijo/a en los EE. UU.? ____ / ____
Ciudad/Estado/País Mes / Año

¿En qué mes y año se inscribió su hijo/a por primera vez en una escuela de EE. UU.? ____ / ____
Mes / Año

ETNICIDAD: Marque el origen étnico con el que el estudiante se identifica más estrechamente: Por favor marque uno:

Hispano / Latina (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura española, independientemente de su raza)

No Hispano o Latina

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Por favor marque hasta cinco categorías raciales) La parte anterior de la pregunta es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, responda lo siguiente marcando una o más casillas para indicar lo que considera que es su raza.

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Personas que tienen orígenes de cualquiera de las personas originarias de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central))	<input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> India asiático (205) <input type="checkbox"/> Laosiano (206) <input type="checkbox"/> Camboyano (207) <input type="checkbox"/> Hmong (208) <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (299)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii (301) <input type="checkbox"/> Nativo de Guam (302) <input type="checkbox"/> Samoano (303) <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) <input type="checkbox"/> Otro isleña del Pacifico (399)	<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro (600) <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o Medio Oriente)
---	--	---	--

Chino (201)
 Japonés (202)

ENCUESTA DE IDIOMA(S) PRINCIPAL(ES)

¿Qué idioma aprendió su hijo / hija cuando comenzó a hablar? _____

¿Qué idioma usa su hijo / hija con más frecuencia en casa? _____

¿Qué idioma usa con más frecuencia para hablar con su hijo / a? _____

Nombra el idioma en que los adultos hablan con más frecuencia en casa: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES: Marque la respuesta que describe el nivel educativo más alto de los padres / tutor(es):

No soy un graduado/a de secundaria
 Graduated/a de secundaria

Alguna educación superior (incluye grado AA)
 Graduated/a universitario/a

Escuela de posgrado/entrenamiento de posgrado

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a o se le ha recomendado recibir? (Por favor marque todas las casillas que correspondan)

Servicios especiales: Recurso (RSP) Clase especial de día (SDC) Habla / Lenguaje Plan de Acomodo 504

Other: Dotados (GATE) Matemáticas remediativas Lectura remediativa Consejería Desarrollo del idioma inglés
 Plan de salud médica

¿El / la estudiante ha sido expulsado o está en proceso de expulsión de alguna escuela? Si No

En caso afirmativo: Nombre de Escuela: _____ Ubicación: _____ Fecha: _____

RESIDENCIA – ¿Donde vive actualmente su hijo(a) / familia? (Por favor marque la casilla correspondiente)

En una residencia unifamiliar permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil) En un motel / hotel

Duplicada (compartir vivienda con otras familias / individuos debido a dificultades económicas, pérdida u otras razones) Desenvainada (coche/campsite)

En un refugio o programa de vivienda de transición. Otra: _____

Deberes ponderar las preguntas

OTROS(AS) MENORES EN LA FAMILIA:

Nombre y Apellido	Relación	Vive en Casa	Escuela	Edad	Grado
_____	_____	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 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

OTRO/A(S) ADULTO/A(S) EN EL HOGAR:

Nombre	Relación con estudiante	Nombre	Relación con estudiante
--------	-------------------------	--------	-------------------------

HISTORIAL DE SALUD (Marque todo lo que corresponda)

TDA o TDAH diagnosticados	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Herida de Ojo	<input type="checkbox"/>
Problemas de Vejiga	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>
Desorden Sangrante	<input type="checkbox"/>	Hemorragias Nasales Frecuentes	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de la Visión del Color	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/>
Eczema / Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>
Historial de Problemas de Oído	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Problema Cardíaco	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Lesión Craneal	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Historia de Fracturas	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Historia de Hospitalización(es)	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Historial de Cirugía(s)	<input type="checkbox"/>	Describir _____	
Pérdida Auditiva	<input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>	
Pérdida de Visión	<input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>	
Limitaciones Físicas	<input type="checkbox"/>	Describe _____	
Lleva Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>		
Usa Anteojos	<input type="checkbox"/>	Para trabajo cercano <input type="checkbox"/>	Solo para distancia <input type="checkbox"/> En todo momento <input type="checkbox"/>

Otros o más detalles de arriba: _____

ALERGIAS (Marque todo lo que corresponda) Ninguna:

Animales <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	List specific item(s) student is allergic to: _____
Insectos <input type="checkbox"/>	Alimentos <input type="checkbox"/>	Describe allergic reaction and/or treatment: _____
Las picaduras de abeja <input type="checkbox"/>	Plantas <input type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	

Explique: _____

MEDICACIÓN(ES) ACTUAL No Si Epipen Si se necesitan medicamentos en la escuela, los padres y el médico deben dar permiso a la oficina. Enumere a continuación Y envíe un FORMULARIO DE MEDICACIÓN ESCOLAR completado (disponible en el sitio web de la escuela):

Nombre del Medicamento(s)	Dosis	Tiempo Tomado	Propósito
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Soy / somos los padres / tutores del alumno mencionado anteriormente. En caso de que no pueda/podamos ser contactado(s) durante cualquier emergencia, con la presente autorizo/autorizamos a un representante de la escuela, a conformidad con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia, para que actúe como agente para consentir la entrega de toda atención médica, dental, hospitalaria o quirúrgica para el estudiante mencionado anteriormente. Sí No

Yo / Nosotros hemos revisado este documento de dos páginas y, según mi / nuestro entender, la información aquí contenida es verdadera y completa. El /La /Los suscrito(s) declara(n) bajo pena de perjurio que es/son los padres o tutores legales del estudiante mencionado anteriormente y otorgan la autorización anterior.

Fecha: _____ Firma de la Padre / Madre/ Tutor: _____