



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

¿Ha asistido el estudiante a una escuela de EGUSD (incluyendo preescolar): SÍ NO # Identificación del Estudiante EGUSD _____
¿Está este estudiante actualmente expulsado o tiene una audiencia de expulsión pendiente en EGUSD o en otro distrito? SÍ NO

*Indica que una respuesta es requerida

*Nombre legal completo del estudiante _____
(Como está en el certificado de nacimiento) Apellido Primer Inicial Nombre del Sufijo (Jr. III. IV)

*Grado _____ #SSID del Estudiante (si lo sabe) _____ *Género: Masculino Femenino

Apodo (AKA) También Conocido Como Apellido (AKA) También Conocido Como Primer Nombre (AKA) Segundo Nombre (AKA) Nombre del Sufijo

*Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____ *Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad Estado País

Correo Electrónico del Estudiante: _____

RAZA / ETNICIDAD

*1) Etnicidad hispana o latina (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sud/Centro América u otra cultura u origen española) No hispana o latina

*2) Raza – Por favor escoja una o más categorías de razas

- Caucáseo Africano americano Indio americano
 Chino Japonés Coreano
 Vietnamés Indio asiático Laosiano
 Camboyano Hmong Otro asiático
 Nativo de Hawái Guameño Samoano
 Tahitiano Otro isleño del Pacífico Filipino

DEMOGRAFÍA

*Dirección de Residencia: _____
(Número & Calle – Apto.) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Dirección Envío de Correo: _____
(Si es diferente a la dirección de residencia) (Número & Calle – Apto. O buzón #) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Teléfono Primario: _____ *Tipo: Hogar Celular Personal Empleo

*ENCUESTA IDIOMA DEL HOGAR (Para estudiantes “nuevos” solamente registrándose por primera vez en el distrito escolar.)

*1. ¿Cuál idioma su hijo aprendió cuando él/ella empezó hablar por primera vez? _____

*2. ¿Cuál idioma su hijo habla más frecuentemente en el hogar? _____

*3. ¿Cuál idioma usted usa más frecuentemente en el hogar cuando usted habla con su hijo? _____

*4. ¿Cuál es el idioma que los adultos hablan más a menudo en el hogar? _____
(padres, guardianes, abuelos, o cualquier otro adulto)

FOR OFFICE USE ONLY

School Name _____ Enrollment Date _____ Birth Date Verified Birthplace Verified
Birth Verification Method _____ Address Verification Method (1) _____ (2) _____
Immunizations Complete? YES NO Student Notifications? YES NO Permit Type _____ Permit Date _____
Track _____ Enrolled by _____ Date entered in Synergy _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación actual de la vida actual de su hijo, si aplica? (*Federalmente Requerida*)

Sin hogar (Si es así, identifique la categoría de la residencia) Albergue temporal Hotel/motel Temporalmente doble Sin albergue temporalmente

Residencia de Crianza Primaria (Si es así, identifique el tipo de vivienda) Hogar Familiar de Crianza o Plan Familiar Institución con Licencia de Niños (grupo del hogar)

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo? Acomodación 504 GATE Programa Educación Especial ESL/Bilingüe Ninguno

Petición para Servicios Educación Migrante # de Identificación Migrante del Estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

*Padre/Guardián: _____ * Tutor Legal * Otro

*Parentesco: _____ ¿Vive esta persona con el estudiante?: Sí NO Compartir la información: Sí NO

*Dirección Envío del

Correo: _____
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

*Teléfono primario _____ ¿Contacto? _____ ¿No en el directorio? _____

Teléfono del Hogar: _____

Celular Personal: _____

Teléfono del Empleo: _____ # de Extensión _____

*Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

*Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o título de asociado Graduado del colegio/post graduado
 Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

Padre/Guardián: _____ * Tutor Legal * Otro * Difunto Sí

*Parentesco: _____ ¿Vive esta persona con el estudiante?: Sí NO Compartir la información: Sí NO

Dirección Envío del
Correo: _____
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Teléfono primario: _____ ¿Contacto? _____ ¿No en el directorio? _____

Teléfono del Hogar: _____

Celular Personal: _____ # de Extensión _____

Teléfono del Empleo: _____ # de Extensión _____

* Correo Electrónico: _____ Idioma Preferido: _____

* Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o título de asociado Graduado del colegio/post graduado
 Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

MATRICULACIÓN

Previa Escuela de Asistencia: _____
(Nombre de la Escuela) (Dirección) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (#s de Teléfonos / Fax)

Previo Distrito Escolar: _____ Última Fecha de Asistencia Escolar: _____

* ¿Qué mes, día, y año su hijo entró (se matriculó) a una Escuela Pública de California? Mes/Día/Año: _____

* Fecha de Entrada a una Escuela en los Estados Unidos (U.S.) – Mes/Día/Año: _____ ¿Matriculado en U.S. menos de tres años?

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE TODOS/OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA ASISTENCIA ESCOLAR	VIVEN EN EL HOGAR
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Contactos de Emergencia:

Individuos que puedan ser contactados en caso de una emergencia cuando el padre o guardián no pueda ser localizado. (Identificación válida debe ser proporcionadas para entregar el estudiante)

*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	
*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	
*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	

Nombre del Cuidado/Guardería de Niños:	Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Dirección:	Ciudad:	Zona Postal:
Oficial de Libertad Condicional	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:
Trabajador Social (Agencia):	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:
Trabajador Social (Condado):	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:

Nombre del Doctor:	Teléfono:	Ext.:	Hospital:
Compañía de Póliza de Seguro:	Teléfono:	Ext.:	Póliza de Seguro #:

Información Adicional:

*HISTORIAL DE SALUD FAVOR DE MARCAR AQUÍ SI EL ESTUDIANTE HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

Marque cualquier o todas las condiciones médicas del estudiante. Use la siguiente sección para explicar/recomendar.

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALERTA MÉDICA (condición no enumerada – describa enseguida) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza- migraña | <input type="checkbox"/> Alerta de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Procedimientos especializados de salud |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Plan de salud | <input type="checkbox"/> Desorden intestinal | <input type="checkbox"/> Incapacidad del habla |
| <input type="checkbox"/> Alergia – no alimenticia | <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Incapacidad de escuchar | <input type="checkbox"/> Ortopédico / escoliosis | <input type="checkbox"/> Síndrome – otro |
| <input type="checkbox"/> Alergia – alimentos | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición del corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia - nueces | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones | <input type="checkbox"/> Desorden urinario |
| <input type="checkbox"/> Alergia – cacahuates | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Incapacidad de la visión |
| <input type="checkbox"/> Desorden de ansiedad | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> IEP Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> Condición de la piel-otra | <input type="checkbox"/> Desorden de peso |
| <input type="checkbox"/> Artritis | | | | | |

Explicación/Recomendaciones sobre lo anterior:

¿Toma el estudiante medicamentos actualmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Se requiere la medicina durante el día escolar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

EL MEDICAMENTO NO PUEDE SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN MÉDICO Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTÁN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.

ENTIENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR NINGÚN PADRE/GUARDIÁN O CONTACTO DE EMERGENCIA, LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA PARA LLEVAR A MI ESTUDIANTE AL MÉDICO DE CABECERA O MÉDICO LICENCIADO, O AL HOSPITAL MÁS CERCANO HACIENDO RESPONSABLE AL PADRE/GUARDIÁN DEL COSTO.

*Nombre de la persona llenando la forma (letra de molde): _____ *Parentesco: _____

*Firma del Padre/Guardián (certificando que la información es correcta): _____ Fecha: _____

Favor de llenar **TODAS** las páginas de esta forma

¡Gracias!

Rev .5/3/17