

Parte II: Formulario Información Suplementaria del Estudiante

A pesar de que el formulario de inscripción debe llenarse, la información del formulario de la información suplementaria **no se requiere** para el propósito de inscribir a su hijo en el distrito. Sin embargo, al someter la información suplementaria ayuda al distrito en proporcionar el apoyo académico y el acceso a programas específicos para los estudiantes. Por favor proporciónenos información adicional para apoyar la asignación y los servicios de su estudiante.

ELEGIBILIDAD PARTICIPACIÓN PROGRAMA EDUCATIVO

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a?

- Ninguno Acomodación 504 GATE Educación especial del desarrollo del idioma inglés (ELD) Bilingüe
- Solicitud educación inmigrante Número de identificación educación inmigrante: _____

¿Tiene usted estado de refugiado? Sí No ¿Tiene usted una visa especial de inmigrante? Sí No

¿Cuál de los siguientes describe mejor el lugar donde este niño vive actualmente, si aplica? (requerido por ley federal)

- Sin hogar (si es sí, favor de identificar la categoría de residencia) Sí No
- Albergue temporal Hotel/Motel Ocupante doble temporalmente Temporalmente sin albergue
- Residencia primaria joven de crianza (si es sí, por favor identifique el tipo de vivienda): Sí No
- Familia de crianza o de parentesco familiar Institución con licencia cuidado de niños (Grupo de hogar)

ESCUELA PREESCOLAR

¿Asistió su hijo a un preescolar? Sí No

Si es sí ¿qué tipo de preescolar? Preescolar de EGUSD Otro público Privado

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ADICIONAL

Lugar de nacimiento.: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Fecha de admisión escolar en E.E.U.U. ___/___/___ Ciudad _____ Estado _____

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NAC.	ESCUELA ASISTENCIA ESCOLAR	VIVE EN EL HOGAR

INSCRIPCIÓN PREVIA

Escuela de Asistencia Escolar Previa _____ Último día de asistencia escolar _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono _____ Fax _____

Nombre del Previo Distrito Escolar _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Personas que se pueden contactar en caso de emergencia cuando el padre/tutor no está disponible.

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir información Sí No

Tel. del hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir información Sí No

Tel. del hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir información Sí No

Tel. del hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Proveedor de cuidado infantil _____

Nombre Dirección Ciudad Zona postal

Tel. del hogar _____ Empleo _____ Celular _____ Compartir información Sí No

CONTACTOS ADICIONALES

Nombre del doctor _____ Tel. _____ Ext. _____ Hospital _____

Proveedor de póliza _____ Póliza de seguro # _____

Trabajador social (Agencia) _____ Correo electrónico _____ Tel. _____

Trabajador social (Condado) _____ Correo electrónico _____ Tel. _____

Oficial libertad condicional _____ Correo electrónico _____ Tel. _____

HISTORIAL DE SALUD Por favor marque aquí si el estudiante no tiene problemas conocidos de salud.

Por favor marque cualquier y todas las condiciones en el historial del estudiante. Use el área enseguida para agregar una explicación/recomendación.

Alerta Médica (condición no enumerada – describa enseguida)

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza-migraña | <input type="checkbox"/> Alerta de inmunización | <input type="checkbox"/> Procedimiento especializado de salud |
| <input type="checkbox"/> Alergia – no alimento | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Plan de salud | <input type="checkbox"/> Desorden intestinal | <input type="checkbox"/> Discapacidad de habla |
| <input type="checkbox"/> Alergia – alimento | <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Ortopédico/escoliosis | <input type="checkbox"/> Otro síndrome |
| <input type="checkbox"/> Alergia – nuez | <input type="checkbox"/> Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia – cacahuete | <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"/> Desorden de ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Anemia célula falciforme | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> IEP-servicios de enfermería | <input type="checkbox"/> Otra condición de la piel | <input type="checkbox"/> Desorden de peso |

Explicación/recomendaciones de lo previo arriba: _____

¿Toma el estudiante medicamento actualmente? Sí No ¿Se requiere la medicina durante las horas escolares Sí No

NO SE PUEDE ADMINISTRAR LA MEDICINA EN LA ESCUELA SIN LA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN DOCTOR Y EL PADRE. LAS SOLICITUDES PARA ADMINISTRAR LA MEDICINA SE ENCUENTRAN EN LA OFICINA ESCOLAR.

YO COMPRENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO EL TUTOR O EL CONTACTO DE EMERGENCIA NO SE PUEDA LOCALIZAR, LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA PARA LLEVAR A MI ESTUDIANTE AL DOCTOR DE CABECERA, UN DOCTOR CON LICENCIA O AL HOSPITAL MÁS CERCANO CON LOS GASTOS A SER CUBIERTOS POR EL PADRE/TUTOR.

Nombre de la persona completando este formulario (letra impresa por favor): _____ Parentesco: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

(certificando que la información proporcionada es correcta)

Favor de completar ambas páginas

2 de 2



PART III: NEW STUDENT WELCOME PACKET

Information for Families

The final section of the “New Student Welcome Packet” is for parents/guardians to keep. The information here covers the following required district-wide topics:

- Immunization Requirement Sheet
- Health Care Coverage Options
- Information Regarding Protections for Immigrant Students (AB 699)
- EGUSD Non-discrimination and Title IX Guidance

Additional parent notifications can be found online in the EGUSD Parent and Student Handbook at <http://www.egusd.net/students-families/district-handbook/>.

Schools may include school-specific information in this section to welcome you and your child.



Parte III: Paquete de Bienvenida a Estudiantes Nuevos

Información para las Familias

La última sección del “paquete de bienvenida a estudiantes nuevos” es para que los padres/tutores la guarden. La información cubre los siguientes temas requeridos a lo largo del distrito:

- Formulario de los requisitos de inmunizaciones
- Opciones de la cobertura de póliza de seguros de salud
- Información sobre la protección para estudiantes inmigrantes (AB 699)
- Guías no discriminatorias y del programa Título IX

Avisos adicionales para los padres se pueden encontrar en línea en la sección del Manual de Padres y Estudiantes de EGUSD en el sitio web: <http://www.egusd.net/students-families/district-handbook/>.

Las escuelas puedan incluir información escolar específica en esta sección para darle la bienvenida a usted y a su hijo.

