

Distrito Escolar de Hillsboro

Formulario de Inscripción

Número de Identificación del Estudiante (solo para uso de la oficina) _____

Instrucciones: Esta forma no es un registro oficial. Las preguntas hechas aquí, son una información importante que nos ayudará a ofrecerle servicios a su hijo(a). Algunas de las preguntas son explicadas abajo. Si necesita más información comuníquese con su escuela.

Por favor complete TODAS las páginas y firme donde sea necesario.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE						
Apellido		Nombre		Nombre Medio	Sobrenombre	
Grado	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Idioma Natal	Apellido de Preferencia (si es diferente)	Nombre de Preferencia		
Edad	Fecha de Nac.	Estado donde Nació	País donde Nació	Correo Electrónico del Estudiante		
Yo afirmo que el estudiante anotado arriba nació en la fecha y en el lugar indicado. Firma: _____					Fecha: _____	
Si el estudiante vive en cualquiera de las siguientes circunstancias, servicios adicionales pueden estar disponibles: Compartiendo vivienda con amigos o familiares, viviendo en un albergue o motel, o si usted es un estudiante que vive lejos de su padre o tutor legal. Por favor, pregunte en la escuela para más información.						
RAZA Y ETNICIDAD (Por favor conteste las DOS)						
ETNICIDAD: ¿Este estudiante es hispano/latino? (Elija solamente uno)						
<input type="checkbox"/> No, no es hispano/latino						
<input type="checkbox"/> Sí, es hispano/latino (es una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o centro americano, o de otra cultura española, sin contar la raza)						
La anterior la pregunta sobre el latino/hispano, está relacionada con la etnicidad, no con la raza. Por favor continúe con la siguiente pregunta , marcando una o más de las casillas que aparece debajo de la palabra RAZA .						
RAZA: ¿Cuál es la raza del estudiante? (Puede elegir más de una)						
<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska (una persona que tiene sus orígenes en los indígenas de Norte y Sur América, incluyendo Centro América y que mantiene afiliación con una tribu, o que está ligada a la comunidad indígena).						
<input type="checkbox"/> Asiático (una persona que tiene sus orígenes en el Lejano Oriente, en Asia del Sur, o en el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).						
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los grupos de raza de color del África).						
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /de Otra Isla del Pacífico (una persona que tiene sus orígenes en Hawái, Guam, Samoa o de otra isla del Pacífico).						
<input type="checkbox"/> Blanco (una persona que tiene sus orígenes en Europa, el Medio Oriente o en África del Norte).						
Domicilio (Calle, dirección y # de Apto.):			Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección para envío de correo, si es diferente (Calle, dirección y # de Apto.):			Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de Teléfono Principal: _____		¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Números de Teléfonos Adicionales: _____		¿Privado?
() _____ - _____		Tipo _____		() _____ - _____		Tipo _____
Idioma para envío de la correspondencia:		() _____ - _____		Tipo _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indique si su hijo(a) ha asistido a la escuela en los Estados Unidos por periodos que totalizan (3) años: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique si su hijo(a) ha asistido a una escuela en Oregón: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la escuela pública de Oregón a que asistió anteriormente:		
Fecha de la primera vez que su hijo(a) ingreso a una escuela de los Estados Unidos:	Nombre del último Distrito Escolar a que asistió:	Dirección de la última escuela a que asistió (dirección y ciudad)		Fechas en que asistió:		
En concordancia con la ley ORS 339.250, por favor conteste las siguientes preguntas: ¿Su hijo(a) ha sido expulsado de alguna escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la razón? _____		
				Fecha: _____ Escuela: _____		
¿Uno de los padres o de los abuelos del estudiante es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente por los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Esta información establece la elegibilidad del Distrito para una beca federal, bajo el Título IV-A del Acta de Educación Indígena. A los estudiantes que marquen "SI" como respuesta se les enviará más información). Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____						

Nombre el Estudiante:

Número de I.D. (solo para uso de la oficina):

INFORMACION DE: MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL			
PRIMERO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:		Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Domicilio (si es diferente del domicilio del estudiante): Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Le está permitido el contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el domicilio es diferente al del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	Trabajador Migrante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el hijo(a) ha debido estar viviendo con sus padres o tutor legal durante los tres (3) últimos años, dentro de los límites del distrito escolar, de la ciudad, del condado, o del estado; para obtener empleo temporal en el sector de la agricultura o de la pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del Celular:
Dirección del Correo Electrónico:		Empleador:	Título de su Trabajo:
SEGUNDO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:		Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Domicilio (si es diferente del domicilio del estudiante): Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Le está permitido el contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el domicilio es diferente al del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	Trabajador Migrante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el hijo(a) ha debido estar viviendo con sus padres o tutor legal durante los tres (3) últimos años, dentro de los límites del distrito escolar, de la ciudad, del condado, o del estado; para obtener empleo temporal en el sector de la agricultura o de la pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del Celular:
Dirección del Correo Electrónico:		Empleador:	Título de su Trabajo:
¿Existe custodia compartida para este estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:	
¿Hay uno de los padres/tutor legal sin la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
PRIMERO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL CON CUSTODIA COMPARTIDA/SIN CUSTODIA			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:		Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Domicilio (si es diferente del domicilio del estudiante): Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Le está permitido el contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el domicilio es diferente al del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	Trabajador Migrante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el hijo(a) ha debido estar viviendo con sus padres o tutor legal durante los tres (3) últimos años, dentro de los límites del distrito escolar, de la ciudad, del condado, o del estado; para obtener empleo temporal en el sector de la agricultura o de la pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del Celular:
Dirección del Correo Electrónico:		Empleador:	Título de su Trabajo:
SEGUNDO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL CON CUSTODIA COMPARTIDA/SIN CUSTODIA			
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación:		Orden para llamar en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:		Apellido:	
¿Vive con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Domicilio (si es diferente del domicilio del estudiante): Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Le está permitido el contacto con el estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene derechos educativos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene la custodia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el domicilio es diferente al del estudiante, por favor marque la casilla para recibir copias de la correspondencia <input type="checkbox"/>	¿Es responsable financieramente del estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma:	Trabajador Migrante: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el hijo(a) ha debido estar viviendo con sus padres o tutor legal durante los tres (3) últimos años, dentro de los límites del distrito escolar, de la ciudad, del condado, o del estado; para obtener empleo temporal en el sector de la agricultura o de la pesca.	
Teléfono del trabajo:		Teléfono de la casa: <input type="checkbox"/> Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número del Celular:
Dirección del Correo Electrónico:		Empleador:	Título de su Trabajo:

Según las provisiones de la ley ORS 107.154, cualquiera de los padres puede contactar a la escuela para solicitar los registros escolares.

Nombre el Estudiante:

Número de I.D. (solo para uso de la oficina):

**PERSONA(S) NO AUTORIZADA(S) PARA HACER CONTACTO CON EL ESTUDIANTE
O PARA RECIBIR INFORMACION RELACIONADA CON EL ESTUDIANTE**

¿Existe una orden de restricción/orden judicial **en curso**, pertinente a este estudiante? * Sí No
 *Si existe una orden de restricción/orden judicial **en curso**, que limita el acceso parental, al padre sin la custodia del estudiante; usted debe presentar una copia de esta orden ante la escuela para poder limitar el contacto de este padre con el estudiante. Yo he presentado una orden de restricción/orden judicial: Sí No
 Si responde sí, firme: _____ Fecha: _____

Nombre:	Relación:	¿Orden de restricción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Orden judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:	Relación:	¿Orden de restricción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Orden judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre:	Relación:	¿Orden de restricción? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Orden judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

HERMANOS/HERMANAS (Escriba los nombre de los hermanos, desde recién nacidos hasta grado 12)

Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____
Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____
Apellido:	Nombre:	Raza:	Etnicidad:
Relación:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Grado: _____ Escuela: _____

SERVICIOS INFANTILES

¿Ha recibido el estudiante Servicios Infantiles? Head Start OCDC Preescolar Cuidado infantil Otro

SERVICIOS ESTUDIANTILES

¿Está el estudiante actualmente en un IEP? Sí No
 ¿Ha estado el estudiante matriculado en un programa especial en el pasado? Sí No Si contesta que sí, indique el o los programas:
 Educación especial (IEP) Título I: lectura/matemáticas TAG Estudiante de Inglés como segundo idioma Educación migrante
 Sección 504 Otro

INFORMACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA

Complete esta información si su estudiante está en escuela primaria: kínder – 6 to grado

Nombre de la persona que lo cuida:		Relación:	
Domicilio:		Número de Teléfono: () _____	Número del Teléfono Celular: () _____
Transporte en la Mañana	Autobús <input type="checkbox"/>	Camina <input type="checkbox"/>	Le recogen <input type="checkbox"/>
Transporte en la Tarde	Autobús <input type="checkbox"/>	Camina <input type="checkbox"/>	Le recogen <input type="checkbox"/>
		Vehículo de la Guardería <input type="checkbox"/>	

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor enumere las personas distintas a padres y tutores. Es asumible que dichos contactos de emergencia, están autorizados para recoger al estudiante.

Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:	
Relación con el estudiante:	Domicilio:		
Telefónico de la Casa:	Teléfono del trabajo:	Número del Celular:	Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma :
Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:	
Relación con el estudiante:	Domicilio:		
Telefónico de la Casa:	Teléfono del trabajo:	Número del Celular:	Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma :
Orden de llamada en caso de emergencia: Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido:	Nombre:	
Relación con el estudiante:	Domicilio:		
Telefónico de la Casa:	Teléfono del trabajo:	Número del Celular:	Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma :

Si tiene personas adicionales para contactar en caso de emergencia, haga una lista en un papel por separado

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE UN CIERRE DE EMERGENCIA DE LA ESCUELA

Apellido:	Nombre:	Relación con el estudiante:
Domicilio:		
Telefónico de la Casa:	Teléfono del trabajo:	Número del Celular:
Habla inglés: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma :		

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Nombre de la persona matriculando al estudiante (Favor de escribir en letra de molde):	Relación con el estudiante:
Firma:	Fecha:

Nombre el Estudiante:

Número de I.D. (solo para uso de la oficina):

INFORMACION MEDICA	
El personal escolar necesita saber cuándo su estudiante tiene un problema de salud, que pudiera requerir asistencia durante el día escolar. Recuerde notificar a la escuela cuando ocurran cambios en la información médica.	
Nombre del Doctor:	Número Telefónico: ()
Nombre del Dentista:	Número Telefónico: ()
Seguro de Salud/Número de Medicaid:	Compañía Aseguradora (Opcional):

Hospital de Preferencia:

TRATAMIENTO MEDICO

Yo, el abajo firmante, por medio de la presente autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar de Hillsboro, a contactar directamente a las personas que he nombrado en este formulario, y autorizo a los médicos nombrados para prestar los servicios que se crean necesarios en caso de una emergencia por el bien de la salud del susodicho estudiante.

En caso de que los médicos, otras personas nombradas en este formulario, o los padres, no puedan ser contactados, los funcionarios de la escuela quedan autorizados por medio de la presente, para tomar cualquier acción que crean necesaria según su juicio, por el bien de la salud del susodicho estudiante. Yo no responsabilizaré al distrito escolar de los gastos financieros por el cuidado y el transporte de emergencia del susodicho estudiante.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Estudiante Elegible: (Por Estudiante Elegible se entiende, cualquier estudiante de 18 años de edad o mayor, o emancipado).

Firma: _____ Fecha: _____

TRANSPORTE EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA

Yo autorizo al personal escolar para hacer los arreglos de transporte en ambulancia, de ser necesario, y doy permiso al personal de emergencia y al hospital de mi elección, bajo la supervisión del médico de turno, para proporcionar tratamiento a mi estudiante en una situación de emergencia, cuando yo no me pueda ser localizado/a.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Enumere cualquier condición de la salud que afectan, o que pudieran afectar a su hijo(a) mientras está en la escuela, tales como: enfermedad del corazón, diabetes, trastornos convulsivos, problemas de la vista o el oído, asma, o cualquier otra condición crónica:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

¿Usted cree que su hijo(a) necesitará acomodaciones especiales en la escuela, relacionadas con la condición médica indicada arriba? Sí No

Si hay que administrarle medicamentos en la escuela, es necesario tener instrucciones y el permiso de los padres. La escuela tiene un formulario para este propósito, y está disponible cuando lo soliciten. Por favor escriba las medicinas que es necesario que se le den en la escuela.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Necesito una formulario para autorizar que las medicinas se le den en la escuela: Sí No

INFORMACION SOBRE LAS ALERGIAS

¿Existen alergias/condiciones de salud, o alergias a ciertos medicamentos, sobre los cuales la escuela debe estar enterada? Sí No

El Distrito Escolar de Hillsboro debe tener un formulario de autorización de medicamentos, autorizado por los padres, concediendo permiso para que el personal designado de la escuela, pueda administrar los medicamentos en caso de presentarse una situación de riesgo vital.

Alergias Severas:	Pone la vida en peligro:	¿Requiere medicación inmediata?	¿El medicamento estará en la escuela?
1 _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3 _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Por favor marque que tipo de medicamento necesita el estudiante en caso de emergencia: EpiPen Medicamento Oral