

## ESCUELAS DE LA REGIÓN 15

## FORMULARIO DE REGISTRO

Escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA con tinta azul o negra.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: **Femenino Masculino No binario**Segundo nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(DD/MM/AAAA)

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha estado inscrito anteriormente en la Región 15? **Sí No** Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_¿Este estudiante tiene un hermano que asiste actualmente a una escuela de la Región 15 o está siendo registrado al mismo tiempo? **Sí No****Indique los nombres de todos los hermanos:**

| Nombre | Género | FDN | Nombre | Género | FDN |
|--------|--------|-----|--------|--------|-----|
| 1.     |        |     | 2.     |        |     |
| 3.     |        |     | 4.     |        |     |

1. **Condición militar:** ¿El padre/la madre/el tutor es un miembro activo de las Fuerzas Armadas o sirve a tiempo completo en la Guardia Nacional? **Sí No**

2. Escuela anterior a la que asistió el estudiante: \_\_\_\_\_

Último grado escolar completado: **PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**

## ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

3. Independientemente del idioma que habla el estudiante, ¿cuál es el idioma principal que se usa en el hogar? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el idioma más hablado por el estudiante? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el primer idioma que aprendió el estudiante? \_\_\_\_\_

6. ¿Necesitará que se traduzcan los documentos? **Sí No** Si es así, ¿a qué idioma? \_\_\_\_\_7. ¿Necesitará un intérprete en las reuniones? **Sí No** Si es así, ¿a qué idioma? \_\_\_\_\_

IDIOMA PRINCIPAL: (SOLO PARA USO DE LA OFICINA) \_\_\_\_\_

## ORIGEN ÉTNICO/RAZA

8. Origen étnico: ¿El estudiante es hispano o latino? **Sí No**9. Raza: **Puede marcar más de una raza**

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

## LUGAR DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

| <u>Calle</u>  |               | <u>Vive con</u>      |
|---------------|---------------|----------------------|
| <u>Ciudad</u> | <u>Estado</u> | <u>Código postal</u> |

| INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| PADRE/MADRE/TUTOR N.º 1  |  | PADRE/MADRE/TUTOR N.º 2  |  |
| Nombre:  |  | Nombre:  |  |
| Relación:  |  | Relación:  |  |
| Dirección:   |  | Dirección:   |  |
| N.º de teléfono fijo:  |  | N.º de teléfono fijo:  |  |
| N.º de teléfono móvil:   |  | N.º de teléfono móvil:   |  |
| N.º de teléfono de trabajo:  |  | N.º de teléfono de trabajo:  |  |
| Dirección de correo electrónico:   |  | Dirección de correo electrónico:   |  |
| Empleador:   |  | Empleador:   |  |
| ¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? <b>Sí No</b>  |  | ¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? <b>Sí No</b>  |  |
| <b>Marque todas las que correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Puede recogerlo   |  | <b>Marque todas las que correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Puede recogerlo |  |
| HISTORIAL ACADÉMICO  |  |  |  |
| 10. Encierre en un círculo el grado anticipado al que ingresará el estudiante: <b>PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</b>  |  |  |  |
| 11. ¿Puede brindar registros académicos? <b>Sí No</b>  |  |  |  |
| 12. ¿El estudiante tiene un Plan 504? <b>Sí No</b>   |  |  |  |
| 13. ¿El estudiante recibe actualmente servicios de educación especial? <b>Sí No</b>  |  |  |  |
| 14. Si recibe educación especial, ¿tiene actualmente un plan del programa de enseñanza individual (IEP, por sus siglas en inglés)? <b>Sí No</b>  |  |  |  |
| 15. Información sobre la última escuela a la que asistió el estudiante (incluido el preescolar):   |  |  |  |
| _____  |  |  |  |
| 16. ¿Su hijo recibe actualmente apoyo de inglés como segundo idioma (ESL, por sus siglas en inglés)/inglés para personas que hablan otro idioma (ESOL, por sus siglas en inglés)? <b>Sí No</b> |  |  |  |
| 17. ¿Su hijo ha recibido anteriormente apoyo de ESL/ESOL? <b>Sí No</b>   |  |  |  |

**PADRE/MADRE/TUTOR N.º 3- (con otra dirección)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono fijo: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

¿Existe un acuerdo de custodia o tutela? **Sí No**Segundo envío Y N **Puede recogerlo Y N**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE**

Indique hasta tres contactos de emergencia a los que se pueda llamar para que recojan al estudiante en caso de que no podamos comunicarnos con el padre/la madre/el tutor 1 o 2. **Los contactos deben indicarse individualmente**; no junte los nombres (p. ej., el Sr./la Sra. Smith). **NOTA: Los contactos de emergencia NO deben incluir al padre/a la madre/al tutor mencionado/a en la página anterior.**

| Contacto de emergencia N.º 1        |  | Contacto de emergencia N.º 2        |  |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Nombre                              |  | Nombre                              |  |
| Relación:                           |  | Relación:                           |  |
| N.º de teléfono fijo:               |  | N.º de teléfono fijo:               |  |
| N.º de teléfono móvil:              |  | N.º de teléfono móvil:              |  |
| N.º de teléfono para llamar de día: |  | N.º de teléfono para llamar de día: |  |
| Contacto de emergencia N.º 3        |  |                                     |  |
| Nombre:                             |  |                                     |  |
| Relación:                           |  |                                     |  |
| N.º de teléfono fijo:               |  |                                     |  |
| N.º de teléfono móvil:              |  |                                     |  |
| N.º de teléfono para llamar de día: |  |                                     |  |

**CONTACTOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE**

Brinde la información de contacto médico del estudiante a continuación.

| Médico del estudiante |  | Dentista del estudiante |  |
|-----------------------|--|-------------------------|--|
| Nombre:               |  | Nombre:                 |  |
| Número de teléfono:   |  | Número de teléfono:     |  |

18. ¿Este estudiante tiene alguna alergia? **Sí No** Si es así, indique cuál:

---



---



---

*Al firmar este formulario, usted da permiso para que cualquiera de los contactos de emergencia designados recoja al estudiante en caso de cierre de emergencia de la escuela, enfermedad o perder el autobús.*

Firma del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha:     /     /

Apellido en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

\*\*\* La información de este formulario es privada y solo personas autorizadas deben acceder a ella y protegerla.

Esto es necesario para garantizar el cumplimiento de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés) y los derechos individuales a la privacidad.