



Student ID# \_\_\_\_\_

Student Start Date \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Información del estudiante**

<b>Primer nombre legal</b>		<b>Segundo nombre legal (o ninguno)</b>		<b>Apellidos legales</b>		<b>Fecha de nacimiento (mes/día/año)</b>	
<b>Sexo</b>		<b>Grado actual</b>		<b>La etnicidad está basada en su nacionalidad, religión y lenguaje. ¿Se considera hispano(a)?</b>			
<b>M F</b>				<b>Si No</b>			
<b>La raza está basada en sus características físicas que ha heredado. (Marque una o las que corresponda.)</b>						<b>Teléfono celular del estudiante</b>	
Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Blanco							
<b>¿El lenguaje principal que se habla en el hogar es el inglés?</b>				<b>Lenguaje en que los comunicados escolares se deben enviar a casa</b>			
<b>Si No</b>							
<b>País de nacimiento</b>				<b>Estado en donde nació</b>			
<b>Dirección principal o domicilio</b>				<b>Dirección postal (Si es diferente de la dirección principal o domicilio.)</b>			
<b>Número y calle</b>				<b>Número y calle o # de P.O. Box</b>			
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>		<b>Ciudad</b>	

Si su hijo(a) va a asistir a esta escuela por medio del programa Selección de Escuela ("School Choice"), y a usted le gustaría solicitar servicio de transporte, por favor pida una Solicitud de Transporte para la Escuela Seleccionada ("School of Choice Transportation Application"). Si le gustaría pedir transporte de ida y vuelta desde un lugar que no sea su domicilio, por favor pida una Solicitud de Transporte Alternativo ("Alternative Transportation Application"). En estos casos, el servicio de transporte no se garantiza, y depende de las rutas existentes y el espacio disponible.

**En la siguiente sección se pide información del padre o tutor legal únicamente.** La información sobre las personas para contactar en caso de emergencia se debe proveer en la sección "Contactos de emergencia", ubicada en la página 2.

**Información del padre o tutor legal**

¿Tiene alguna orden judicial o documentos legales que tenga que agregar al expediente del estudiante (p. ej., custodia, planes para padres, etc.)? **Si No**

**Información del padre o tutor legal #1**

Estudiante vive con él/ella		Comunicados		Responsabilidad económica		Servicio Militar Activo (Vea definiciones de términos a continuación)	
<b>Tipo de relación</b>		Padre/Madre Guardián Padrastro/Madrasta Poder legal Yo mismo					
<b>Apellidos</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Parentesco con el estudiante</b>		<b>Correo electrónico principal</b>	
<b>Número y calle</b>				<b>Teléfono del hogar</b>		<b>Teléfono celular</b>	
				<b>Teléfono del trabajo</b>			
				Números de teléfono ▶			
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>		<b>Principal (Seleccione uno)</b>	
				<b>"SMS" (texto)</b>			
La dirección postal, ¿es igual a la dirección principal o del domicilio?				<b>Si No</b>		<b>Ausencia escolar</b>	
<b>Si contestó no a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal a continuación</b>							
<b>Calle o número de P.O.Box</b>		<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	

**Información del padre o tutor legal #2**

Estudiante vive con él/ella		Comunicados		Responsabilidad económica		Servicio Militar Activo (Vea definiciones de términos a continuación)	
<b>Tipo de relación</b>		Padre/Madre Guardián Padrastro/Madrasta Poder legal Yo mismo					
<b>Apellidos</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Parentesco con el estudiante</b>		<b>Correo electrónico principal</b>	
<b>Número y calle</b>				<b>Teléfono del hogar</b>		<b>Teléfono celular</b>	
				<b>Teléfono del trabajo</b>			
				Números de teléfono ▶			
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>		<b>Principal (Seleccione uno)</b>	
				<b>"SMS" (texto)</b>			
La dirección postal, ¿es igual a la dirección principal o del domicilio?				<b>Si No</b>		<b>Ausencia escolar</b>	
<b>Si contestó no a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal a continuación</b>							
<b>Calle o número de P.O.Box</b>		<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>	

**Estudiante vive con él/ella:** El individuo vive con el estudiante en su residencia.

**Comunicados:** Puede recibir correos físicos de la escuela y/o Distrito.

**Responsabilidad económica:** Solamente para escuelas Primarias: El individuo es responsable por los pagos de matrícula de Kindergarten.

**Servicio Militar Activo:** Individuo es un miembro activo de la Fuerza Armada o en servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo.

Las personas enumeradas en la sección de padres o tutores legales recibirán acceso a la aplicación en línea ParentVUE, la cual muestra información del estudiante.

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

-Office Use Only-

Student ID# \_\_\_\_\_

**Nombre de los hermanos del estudiante (Escriba solo los hermanos que asistan a las escuelas del PSD, que incluyan kínder a 12.o grado.)**

Nombre de el/la hermano(a) del estudiante	Grado	Escuela a la que asiste	Nombre de el/la hermano(a) del estudiante	Grado	Escuela a la que asiste

**Historial de inscripción**

Última escuela a la que asistió		Ciudad		Estado	Fecha
¿Alguna vez a su hijo(a) se le ... (Si corresponde.)	adelantó un grado escolar?	Si fue así, ¿qué grado?			
	hizo repetir un grado escolar?				
Fecha en que su hijo(a) se inscribió por primera vez en una escuela de los EE. UU.		mm/dd/aa			

\*Escuela de los EE. UU. (pública [kínder a 12.o grado], privada o una escuela de una base militar de los EE. UU). NO incluya instrucción escolar en el hogar ni preescolar.

**Programas y servicios**

¿Alguna vez se ha expulsado a su hijo(a) de una escuela?	Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre y dirección de la escuela.		Si la respuesta es afirmativa, anote la fecha de expulsión.	
<b>Si No</b>				
¿Alguna vez se ha remitido a su hijo(a) a una Evaluación de Riesgo?	¿Se desarrolló un Plan de Seguridad como condición para el regreso del estudiante a la escuela?			
<b>Si No</b>	<b>Si No</b>			
¿El estudiante está inscrito en otra escuela de Colorado, incluyendo escuelas a distancia y en línea?			<b>Si No</b>	
Si la respuesta es afirmativa, provea el nombre y dirección de la escuela:				
¿Su hijo(a) ha recibido servicios de Educación Especial?	<b>Si No</b>	¿Su hijo(a) ha recibido servicios de la Sección 504?	<b>Si No</b>	
¿En qué año se hizo la última revisión del IEP de su hijo(a)?		¿El Plan de la Sección 504 está relacionado con la salud?	<b>Si No</b>	
¿Su hijo(a) ha tenido un Plan Especializado para el Cuidado de la Salud?	<b>Si No</b>	¿Su hijo(a) ha recibido servicios de la Educación para Estudiantes con Capacidades Excepcionales?	<b>Si No</b>	

**Contactos de emergencia que no sean padres/madres o tutores legales**

En los casos en que no sea posible contactar al padre o tutor legal, los individuos enumerados como contactos en caso de emergencia pueden recoger al estudiante y recibirán información pertinente sobre el estudiante.

Provea los números de teléfono de esta persona de contacto, en el orden en que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra de la siguiente manera: H – Hogar W – Trabajo C – Celular O – Otro tipo

Contacto de emergencia #1		Apellidos de la persona de contacto #1		Primer nombre de la persona de contacto #1		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Contacto de emergencia #2		Apellidos de la persona de contacto #2		Primer nombre de la persona de contacto #2		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Contacto de emergencia #3		Apellidos de la persona de contacto #3		Primer nombre de la persona de contacto #3		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

<b>Primer nombre del estudiante</b>	<b>Apellidos del estudiante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>

-Office Use Only-

Student ID# \_\_\_\_\_

### Health Information

<b>Doctor</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Número de teléfono:</b>	<b>Nombre del lugar donde trabaja el doctor:</b>

**Condiciones de salud del estudiante (marque Sí o No a continuación y explíquelo cuando sea necesario).** Por favor contactar a la Oficina de Salud de su escuela para proporcionar comentarios adicionales.

<b>ADD</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>ADHD</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Retraso en el desarrollo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>				
<b>Alergias a animales</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Diabetes: Tipo I</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Diabetes: Tipo II</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
Reacción:						<b>Lesión en la cabeza/conmoción cerebral</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>				
<b>Alergias a insectos</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	¿Cuándo sucedió?						
Reacción:						<b>Problemas cardíacos</b>	Especifique:		<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Alergias a medicamentos</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	Restricciones:						
Reacción:						<b>Problemas de riñones o urinarios</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>				
<b>Alergias relacionadas con el medio ambiente</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	Notas:						
Reacción:						<b>Dolores de cabeza</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Migrañas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Alergias a alimentos</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Problemas ortopédicos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>				
Reacción:						Notas:						
<b>Otras necesidades dietéticas</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Convulsiones</b>	Especifique:		<b>Si</b>	<b>No</b>		
Notas:						Notas:						
<b>Intolerancia a alimentos</b>	Especifique:			<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Problemas neurológicos</b>	Especifique:		<b>Si</b>	<b>No</b>		
Notas:						Notas:						
<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>		<b>Bipolar</b>		<b>Problemas estomacales</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	Notas:						
<b>Asma</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Inhalador como medicina de "rescate"</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Algún otro</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Autismo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Asperger</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	Notas:						
<b>Cáncer</b>				<b>Si</b>	<b>No</b>							
Notas:												

### Problemas de la vista y el oído del estudiante

<b>¿Su hijo(a) tiene problemas de visión?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿usa gafas o lentes de contacto para ver de cerca?</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
			<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿usa gafas o lentes de contacto para ver de lejos?</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>¿Su hijo(a) tiene problemas de audición?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿utiliza audífonos?</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
			<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿su hijo(a) tiene que sentarse en un lugar especial en el salón de clase?</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>

### Pasos a seguir en caso de una emergencia del estudiante

<b>En caso de EMERGENCIA, ¿el problema de salud de su hijo(a) requiere que se sigan pasos especiales de los cuales el/la chofer del autobús debería estar informado(a)?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.</b>		

Cada año escolar, se debe llenar y entregar al plantel educativo un **formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidades (Authorization and Release)**, para todo medicamento que se administre a un estudiante en la escuela.

### Medicamentos del estudiante (Enumere los medicamentos que el estudiante toma en la actualidad.)

<b>¿Para qué problema de salud?</b>	<b>Nombre de la medicación</b>	<b>¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?</b>
		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>¿Para qué problema de salud?</b>	<b>Nombre de la medicación</b>	<b>¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?</b>
		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>¿Para qué problema de salud?</b>	<b>Nombre de la medicación</b>	<b>¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?</b>
		<b>Si</b> <b>No</b>
<b>¿Para qué problema de salud?</b>	<b>Nombre de la medicación</b>	<b>¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?</b>
		<b>Si</b> <b>No</b>

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y precisa.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO DEL LENGUAJE EN EL HOGAR Y LUGAR DE RESIDENCIA (VIVIENDA)

*This box MUST be completed by school registrar before giving to site ELD and/or McKinney representative as appropriate.*

Intake School: \_\_\_\_\_ Intake Date: \_\_\_\_\_

Enrolling School: \_\_\_\_\_ Date Enrolled: \_\_\_\_\_

Student ID #: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Las regulaciones estatales y federales requieren que las escuelas determinen si se cumplen los requisitos para recibir servicios educativos y apoyo del programa del Desarrollo del Idioma Inglés, el programa para emigrantes, refugiados o McKinney-Vento.

Esta información se utiliza para garantizar que se satisfagan los derechos educativos de cada niño.

La **información confidencial** en mención es para uso exclusivo de la escuela.

Apellidos de el/la estudiante:	Primer nombre de el/la estudiante:	Segundo nombre de el/la estudiante:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Dirección de domicilio:
Fecha en que el/la estudiante entró a Colorado:	Fecha en que el/la estudiante entró a los Estados Unidos (si corresponde):	
Nombre de el/los padre(s)/tutor legal:	Números de teléfono:	

### Encuesta sobre el lenguaje en el hogar

¿Su niño(a) entiende un idioma que no sea el inglés? Si es así, ¿en qué otros idiomas se comunica su niño(a)?	
¿Cuál fue el primer idioma que su niño(a) aprendió?	
¿Qué idioma utiliza usted más frecuentemente para hablar con su niño(a)?	
¿Qué idioma utiliza su niño(a) con mayor frecuencia para <b>hablar</b> con usted?	
¿Su niño(a) puede <b>leer</b> y <b>escribir</b> en este idioma?	
Enumere cualquier otro idioma que se utilice en el hogar.	
¿Qué idioma prefiere para recibir comunicados de la escuela, y estar en contacto con ella?	

### Historial educativo

Por favor responder el siguiente historial educativo, de la manera más precisa posible.

Grado y fecha(s)	Nombre de la escuela	Ubicación de la escuela	Idioma en que ha recibido instrucción

Si llegó a los Estados Unidos, procedente de otro país, ¿su niño(a) asistió a la escuela en ese país? Sí No

Si es así, por favor contestar las siguientes preguntas:

¿Durante cuántos años en total asistió su niño(a) a una escuela en otro país? ¿en qué país?	
¿Su niño(a) recibió alguna instrucción especializada (por ejemplo, programación para alumnos con capacidades y talentos excepcionales, educación especial, intervenciones educativas)?	

¿Le(s) han dado documentos de “estatus de refugiado” (“Refugee Status”)? Sí No

Updated 02/2018

Spanish 02/18 – PSD TD

## Información sobre la vivienda

La ley McKinney-Vento de Asistencia protege y apoya los derechos educativos de los estudiantes que no tengan una vivienda permanente. Sus respuestas ayudan a determinar el tipo de apoyo que su estudiante pudiera recibir, si reúne los requisitos.

*Esta **información confidencial** es para uso exclusivo de la escuela.*

**A.** Por favor marcar la situación que corresponda con la situación de vivienda de el/la estudiante: (Puede indicar más de una.)

- Vive con parientes, personas que no sean de la familia o amigos.
- Motel, vehículo, campamento o parque
- Refugio (emergencia, centro de acogida) o programa de alojamiento provisional
- Vivienda inadecuada (la cocina, baños, agua o electricidad son inapropiados, y/o tiene plagas, hongos u otros peligros)
- Ninguna de las anteriores
- Alguna otra situación (Por favor explicar.)

**B.** Por favor indicar todas las razones, que se presentan a continuación, con respecto a la situación de vivienda de el/la estudiante: (Puede indicar más de una.)

- Pérdida de vivienda
- Dificultades financieras
- En espera temporal de casa o apartamento
- Al cuidado de un miembro de la familia
- Reside con su novio/novia/pareja/amigo(a)
- Pérdida de empleo
- Movilización (servicio militar) del padre de familia/tutor legal
- Ninguna de las anteriores
- Alguna otra razón (Por favor explicar.)

**C.** Soy un(a) estudiante que vive aparte de mis padres o tutores legales. Sí      No

Los estudiantes **que no tengan** un lugar de vivienda fijo, regular y adecuado, en donde pasar la noche, tienen los siguientes derechos:

### Derechos educativos

1. Asistir a la escuela, sin tener en cuenta su vivienda, o por cuanto tiempo hayan habitado allí.
2. Escoger entre la escuela que corresponda al área de la vecindad, en donde están residiendo en la actualidad, y la escuela a la que asistieron antes de perder su vivienda, o la última escuela en donde estaban matriculados.
3. Matricularse en una escuela sin comprobante de domicilio, vacunas, expedientes escolares u otros documentos.
4. Tener acceso a actividades extracurriculares.
5. Obtener transporte a la escuela en la que estaban matriculados antes de que cambiara su situación con respecto a su vivienda. (Siempre y cuando sea factible y beneficioso para su educación.)
6. Recibir todos los servicios escolares que necesiten (incluyendo desayuno/almuerzo gratuito, exención de pagos y costos).
7. No estar expuestos a ningún acoso ni aislamiento.
8. Resolución rápida de conflictos con las escuelas.

Las preguntas acerca de estos derechos se pueden dirigir a la especialista local del programa McKinney-Vento, llamando al teléfono 970-490-3242.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido los derechos mencionados anteriormente.

Firma del padre de familia, tutor legal, o del menor cuyo padre de familia o tutor legal no tenga su custodia física

Fecha

## Encuesta de Colorado MEP

Sus hijos pueden ser candidatos para recibir servicios suplementarios gratuitos, como tutoría, transporte y útiles escolares, además de otros servicios. Le agradeceríamos responder las siguientes preguntas para poder determinar su elegibilidad. Una vez contestada, envíela a la escuela o a la oficina regional de MEP que se detalla al pie de la página.

NOMBRE DEL MENOR:	APELLIDO DEL MENOR:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCUELA:		GRADO:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:		Tiene más de un hijo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

- 1) Durante los últimos tres años, su familia se ha cambiado a otro estado, ciudad, escuela, y/o condado?  
 SI  NO
  
- 2) Usted o alguien de su familia directa está trabajando o ha trabajado durante los últimos tres años, en alguna de las siguientes ocupaciones relacionadas con el trabajo agrícola o pesquero?

Marque **SI** y **CIRCULE** todo lo que corresponda, incluso si el trabajo fue por un período corto.

SI  NO



**Procesamiento & Empaquetado**  
(fruta, vegetales, huevos, carne de pollo, cerdo, res, o cualquier otro tipo de ganado, etc.)



**Agricultura o Trabajo de Campo**  
(cosecha, recolección y clasificación de cultivo, preparación del suelo, riego, fumigación, etc.)



**Lechería & Cría de Ganado**  
(alimentar, ordeñar, acorralar/arrear, etc.)



**Vivero o Invernadero**  
(cultivar, plantar, podar, regar, cosechar, etc.)



**Silvicultura**  
(preparación del suelo, cosecha y crecimiento, corte de árboles, etc.)



**Pesca & Procesamiento de Pescado**  
(capturar, clasificar, empacar, transportar pescado, etc.)

*Si contestó "sí" a las preguntas anteriores, por favor continúe. De lo contrario, su encuesta está completa.*

DOMICILIO:	FECHA:	
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO (CON CODIGO DE AREA):		
DIA Y HORA PARA COMUNICARNOS CON USTED:		IDIOMA PREFERIDO:

*Esta encuesta y los datos registrados en la misma están protegidos para mantener la confidencialidad de la familia y los menores.*

*Si tiene preguntas, comuníquese a:*

**Centennial BOCES**  
2020 Clubhouse Dr.  
Greeley, CO 80634  
970-352-7404 Ext 1116