

Información sobre Padres/Tutores Legales

Se requiere una identificación con fotografía de la persona realizando la inscripción:

Licencia de Manejo de OR Tarjeta de Identificación de OR Pasaporte/Consular

El estudiante vive con (marque las opciones) Relación: Padre Madre Tutor Legal Otra: _____
(Especifique)

Apellido Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Primer Nombre Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Domicilio (si es diferente al del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono Principal (preferencia de contacto): Hogar Trabajo Celular

Marque lo que aplique a este padre: Contacto Permitido Acceso a Registros Con Custodia Persona que Inscribe Puede Recoger Estudiante

Idioma Principal: _____ Correo Electrónico: _____

¿Necesita un intérprete?: Sí No Empleador: _____

El estudiante vive con (marque las opciones) Relación: Padre Madre Tutor Legal Otra: _____
(Especifique)

Apellido Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Primer Nombre Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Domicilio (si es diferente al del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono Principal (preferencia de contacto): Hogar Trabajo Celular

Marque lo que aplique a este padre: Contacto Permitido Acceso a Registros Con Custodia Persona que Inscribe Puede Recoger Estudiante

Idioma Principal: _____ Correo Electrónico: _____

¿Necesita un intérprete?: Sí No Empleador: _____

El estudiante vive con (marque las opciones) Relación: Padre Madre Tutor Legal Otra: _____
(Especifique)

Apellido Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Primer Nombre Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Domicilio (si es diferente al del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono Principal (preferencia de contacto): Hogar Trabajo Celular

Marque lo que aplique a este padre: Contacto Permitido Acceso a Registros Con Custodia Persona que Inscribe Puede Recoger Estudiante

Idioma Principal: _____ Correo Electrónico: _____

¿Necesita un intérprete?: Sí No Empleador: _____

El estudiante vive con (marque las opciones) Relación: Padre Madre Tutor Legal Otra: _____
(Especifique)

Apellido Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Primer Nombre Legal del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Domicilio (si es diferente al del estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono Principal (preferencia de contacto): Hogar Trabajo Celular

Marque lo que aplique a este padre: Contacto Permitido Acceso a Registros Con Custodia Persona que Inscribe Puede Recoger Estudiante

Idioma Principal: _____ Correo Electrónico: _____

¿Necesita un intérprete?: Sí No Empleador: _____

Contactos de Emergencia *(Por favor, no incluya otra vez a los padres/tutores legales)*

Incluya solamente a aquellas personas autorizadas para recoger a su estudiante cuando los padres/tutores legales no puedan contactarse.

1ro _____ (____) _____ Hogar
Nombre Relación con el Estudiante Teléfono Celular

2do _____ (____) _____ Hogar
Nombre Relación con el Estudiante Teléfono Celular

3ro _____ (____) _____ Hogar
Nombre Relación con el Estudiante Teléfono Celular

4to _____ (____) _____ Hogar
Nombre Relación con el Estudiante Teléfono Celular

(Si corresponde, información de contacto de servicios que recibe el estudiante)

_____ (____) _____
Trabajador(a) Social Supervisor Teléfono
_____ (____) _____
Oficial de Libertad Condicional Tribunal Teléfono

Doctor del Estudiante: _____ **Teléfono:** (____) _____

¿Tiene seguro médico? Sí No

Dentista del Estudiante: _____ **Teléfono:** (____) _____

Hermanos *(Incluya a todos los hermanos/hermanas, medios hermanos/hermanas y hermanastros/hermanastras que están en edad escolar y que viven en la zona escolar de 4J)*

Nombre del Estudiante Relación con el Estudiante Grado Escuela de Inscripción

Nombre del Estudiante Relación con el Estudiante Grado Escuela de Inscripción

Nombre del Estudiante Relación con el Estudiante Grado Escuela de Inscripción

Nombre del Estudiante Relación con el Estudiante Grado Escuela de Inscripción

Otra Información

Escuela Más Reciente: _____ **Teléfono:** (____) _____

Domicilio Ciudad Estado C.P.

Permisos: *(Válido en esta escuela hasta que sea cambiado por el padre/tutor legal – Si no se marca, se asume que la respuesta es Sí)*

Viajes de Excursión: Mi estudiante puede participar en todos los viajes de excursión escolar. Sí No

Directorio Escolar: La información de mi estudiante puede publicarse en el directorio escolar. Sí No

Sitio Web Escolar: El nombre y foto de mi estudiante pueden mostrarse en el sitio web escolar. Sí No

Medios Informativos: Mi estudiante puede ser visto, entrevistado o citado en TV, radio o periódicos. Sí No

Fotografías: Fotografías de mi estudiante puede ser tomadas durante actividades de la clase. Sí No

Video: Mi estudiante puede ser videograbado durante actividades de la clase. Sí No

Instrucción VIH/SIDA: Mi estudiante puede estar presente durante la instrucción sobre VIH/SIDA. Sí No

Email: Mi estudiante puede usar una cuenta de email de 4J para los trabajos escolares. Sí No

Aplicaciones Google: Mi estudiante puede usar Aplicaciones Google para los trabajos escolares. Sí No

Sólo Escuelas de Secundaria y Preparatoria:

Anuario Escolar: El nombre y foto de mi estudiante pueden publicarse en el Anuario Escolar. Sí No

Películas PG-13: Mi estudiante puede ver las películas clasificadas PG-13. Sí No

Sólo Escuelas de Preparatoria: *(Por ley, el distrito debe divulgar a los reclutadores militares el nombre, domicilio y teléfono de los estudiantes de preparatoria, a menos que el estudiante, padre o tutor legal notifique al distrito que no desea la divulgación de esta información)*

Yo solicito que el nombre/información de contacto de mi estudiante se divulgue a los Reclutadores Militares. Sí No

Yo solicito que el nombre/información de contacto de mi estudiante se divulgue a los Reclutadores Universitarios. Sí No

Servicios Especiales

Servicios Especiales: *Por favor, marque todos los servicios que su estudiante necesita.*

- Servicios de EL/LEP Plan de IEP/Educación Especial Programa para Adolescentes Padres y Embarazadas
 Plan de Sección 504 Programa para Dotados y Talentosos Programa de Educación para Nativo Americanos de Título VII
 Terapia de Lenguaje

IDEA: Elegibilidad para Educación Especial/Plan de Educación Individualizado (IEP)

Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA): Esta es una ley que garantiza los servicios para niños con discapacidades. IDEA determina cómo los estados y agencias públicas proveen intervención temprana, educación especial y servicios relacionados.

¿Cuenta su estudiante con un Plan de Educación Individualizado (IEP) de otra escuela/distrito? Sí No

* Si responde sí, anote lo que conozca: Nombre/información de contacto del trabajador social _____

Fecha del IEP más reciente: _____ Fecha de elegibilidad más reciente: _____

Categoría de elegibilidad: _____

Título VII: Programa de Educación para Nativo Americanos **Oficina:** Envíe un fax a: 541-790-5905 con las formas que marquen sí.

Título VII - Programa de Educación para Nativo Americanos: Este programa sirve a los estudiantes que pertenecen a una de las tribus nativo americanas reconocidas por el gobierno federal de los EE.UU. Por medio de este programa, los estudiantes pueden participar en múltiples actividades educativas sin costo alguno.

¿Pertenece su estudiante, los padres o abuelos a una de las tribus nativo americanas reconocidas por el gobierno Federal de los EE.UU.? Sí No

*Si responde sí, por favor indique el nombre de la tribu: _____

Título I-C: Programa de Educación para Migrantes **Oficina:** Envíe un fax a 541-461-8297 (o por mensajería a LESD) con las formas que marquen sí.

Título I-C: Programa de Educación para Migrantes: Este programa brinda asistencia a los jóvenes de 0-21 años de edad que se mudan con frecuencia porque sus padres/tutores legales buscan o consiguen trabajos temporales o estacionales en los sectores agrícola, forestal o de pesca. Los servicios gratuitos podrían incluir la escuela de verano, apoyo para preescolar, seguro de accidentes y referencias a los recursos comunitarios.

¿Se ha mudado su familia durante los últimos tres años? (incluyendo mudanzas por periodos cortos) Sí No

¿Alguien en su familia ha trabajado o planeado trabajar en los sectores agrícola, forestal o de pesca? Sí No

Programa McKinney-Vento

Oficina: Envíe un fax de las formas con casillas marcadas a: 541-790-7217

Programa McKinney-Vento: Este programa garantiza que los estudiantes tengan acceso a la educación pública, sin importar su situación de vivienda. Los recursos del programa podrían incluir asistencia de transporte, útiles escolares u otros servicios que ayuden a alcanzar el éxito en la escuela.

Por favor, marque la casilla correspondiente:

- Ustedes viven en el hogar de otras personas debido a problemas económicos o por otras razones similares.
 Ustedes se hospedan en un hotel o motel debido a problemas económicos o por otras razones similares.
 Ustedes viven en un carro, RV, campamento o en una vivienda precaria.
 Ustedes se hospedan en un albergue.

Circunstancias Especiales

¿Se encuentra su estudiante actualmente suspendido? No Sí _____

Escuela y Domicilio

¿Se encuentra su estudiante actualmente expulsado? No Sí _____

Escuela y Domicilio

Firma: Yo declaro que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que cometo el delito de falso testimonio si hago una declaración falsa, sabiendo que es falsa. (ORS 162.075). Asimismo, entiendo que mi estudiante podría ser devuelto a la escuela de nuestra vecindad si se determina un domicilio falso.

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Sólo para Uso de Oficina: Nombre del Estudiante: _____ Identificación Permanente: _____
(Con letra impresa, por favor)

Nombre de la Escuela: _____
(Con letra impresa, por favor)

Perfil médico general *(Complete para el personal de salud y para la carpeta de salud)*

Nombre del estudiante: _____		Fecha de nacimiento: / /		Grado: _____																
Médico/teléfono: _____		Dentista/teléfono: _____																		
Cuidador primario: _____		Teléfono(s) _____		_____																
Condiciones médicas: _____																				
Antecedentes de cirugía/lesión grave/contusión: _____																				
<p>Marque si su estudiante padece de alguna de las siguientes condiciones <i>Si su estudiante parece de alguna de las condiciones marcadas con un asterisco*, solicite al personal de la oficina el formulario para dicha condición.</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergias – alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – insectos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – temporal: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – misceláneos: _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia – último episodio: _____ <input type="checkbox"/> Asma* _____ <input type="checkbox"/> Diabetes* _____ <input type="checkbox"/> Problema cardíaco* _____ <input type="checkbox"/> Trastorno de ataques* _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si se prescribió Epi <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condición física <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del comportamiento <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del habla <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones del habla _____ </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TDA/DAH <input type="checkbox"/> Infecciones del oído frecuentes <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Condición de la visión <input type="checkbox"/> Usa anteojos <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Condición de la audición <input type="checkbox"/> Audífonos/dispositivos de audición </td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergias – alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – insectos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – temporal: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – misceláneos: _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia – último episodio: _____ <input type="checkbox"/> Asma* _____ <input type="checkbox"/> Diabetes* _____ <input type="checkbox"/> Problema cardíaco* _____ <input type="checkbox"/> Trastorno de ataques* _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si se prescribió Epi <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condición física <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del comportamiento <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del habla <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones del habla _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TDA/DAH <input type="checkbox"/> Infecciones del oído frecuentes <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Condición de la visión <input type="checkbox"/> Usa anteojos <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Condición de la audición <input type="checkbox"/> Audífonos/dispositivos de audición 												
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergias – alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – insectos: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – temporal: _____ <input type="checkbox"/> Alergias – misceláneos: _____ <input type="checkbox"/> Anafilaxia – último episodio: _____ <input type="checkbox"/> Asma* _____ <input type="checkbox"/> Diabetes* _____ <input type="checkbox"/> Problema cardíaco* _____ <input type="checkbox"/> Trastorno de ataques* _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * <input type="checkbox"/> Marque si se prescribió Epi <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida <input type="checkbox"/> Marque si pone en riesgo su vida * 																			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Condición física <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del comportamiento <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones _____ <input type="checkbox"/> Condición del habla <input type="checkbox"/> Terapia/intervenciones del habla _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TDA/DAH <input type="checkbox"/> Infecciones del oído frecuentes <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Condición de la visión <input type="checkbox"/> Usa anteojos <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto <input type="checkbox"/> Condición de la audición <input type="checkbox"/> Audífonos/dispositivos de audición 																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Medicamento(s) actual(es)</th> <th style="width: 15%;">Dosis</th> <th style="width: 15%;">Horario(s) de toma</th> <th style="width: 37%;">Para</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Medicamento(s) actual(es)	Dosis	Horario(s) de toma	Para												
Medicamento(s) actual(es)	Dosis	Horario(s) de toma	Para																	
<p>Necesidades del estudiante en la escuela:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi estudiante requiere medicamentos en la escuela (diariamente/según sea necesario/emergencias): _____ Se requiere un Formulario de autorización médica por separado para cada medicamento que se administrará en la escuela y por los cambios en las dosis o el horario de administración. <input type="checkbox"/> Mi estudiante requiere asistencia médica/de enfermería en la escuela: _____ <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene restricciones para las comidas ordenadas por el médico: _____ <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene restricciones para las actividades ordenadas por el médico: _____ 																				
<p>No hay un enfermero con licencia en el edificio en todo momento. Por favor remita al enfermero de la escuela de su estudiante cualquier correspondencia médica, cambios en las órdenes o prescripciones médicas de la escuela para su estudiante. Mantenga los contactos de emergencias actualizados en la oficina escolar. <u>El</u> padre/madre/tutor debe traer cualquier medicamento que requiera su estudiante en la escuela en el recipiente original etiquetado (con la receta, para la prescripción médica). La información en este formulario se mantendrá en el expediente de salud de su estudiante y se divulgará con el personal de la escuela de ser necesario en beneficio del bienestar, seguridad y educación de su estudiante.</p>																				
Firma del padre/madre: _____				Fecha: _____																

PETICIÓN DE REGISTROS DEL ESTUDIANTE



Escuela Más Reciente: _____
Domicilio: _____
Ciudad, Estado, CP: _____
Teléfono/Fax: _____

Nombre del Estudiante(s):	Fecha de Nacimiento	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, envíe la información completa sobre el estudiante(s), remitiendo los siguientes registros al domicilio indicado abajo en este forma, dentro de los diez (10) días de recibida esta petición.

- ✓ Carpeta de Registros Cumulativos (asistencia, grado escolar, calificaciones, resultados de evaluaciones)
- ✓ Carpeta de Registros de Salud (exámenes del oído/vista, vacunas, etc.)
- ✓ Por favor, incluya el certificado de vacunación si proviene de un estado diferente al de Oregon
- ✓ Todos los registros de educación especial

Por favor, envíe un fax inmediatamente a _____ con la siguiente información:

- **IEP más reciente**
- **Las declaraciones de elegibilidad más recientes**
- **Los resultados de exámenes/reportes de evaluación más recientes**
- ✓ Evaluaciones psicológicas (educativa, social, información sobre el desarrollo)
- ✓ Registros de comportamiento
- ✓ Otros registros sobre programas especiales (TAG, FARMS, Título I, etc.)

De acuerdo con la Ley de los Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia de 1974 y con las leyes en el Estado de Oregon, autorizo aquí para que todos los registros del estudiante(s) indicado(s) arriba se divulguen a la escuela referida en la parte de abajo.

*Por favor, tenga en cuenta que: La Ley Federal 99.31 no requiere de la firma del padre para que un registro educativo se envíe a otra agencia.

*Firma de la secretaria/persona designada por la escuela** *Firma del padre o tutor legal* *Fecha*

Fecha de inscripción en la nueva escuela: _____.

Notificación para los Padres: Bajo las leyes de Oregon, usted tiene el derecho de revisar los registros de su estudiante, con la finalidad de solicitar la enmienda de una parte específica en el contenido y de solicitar una audiencia si el distrito escolar no está de acuerdo con la enmienda del registro.

Envíe el expediente a: **Escuela** _____
Domicilio _____
Eugene, OR 9740__
(541) 790-_____