

Bienvenido al Distrito escolar 4J de Eugene. Estamos muy contentos de que se una a nuestra familia. El formulario de inscripción de su estudiante es un registro estudiantil oficial requerido, y es muy importante para usted y el distrito. La información que proporcione debe ser precisa y completa. Su contenido está protegido por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA).

La información de este formulario le permite a nuestras escuelas:

- Comunicarle información importante, incluidas los reportes de calificaciones y las notificaciones de asistencia.
- Ofrecer servicios apropiados a su estudiante, como servicios para aprendices del idioma o de educación especial.
- Responder adecuadamente en caso de emergencia.
- Asegurar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- Responder mejor a las identidades raciales y étnicas de los estudiantes.

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con un miembro del personal de la escuela.

**Información del estudiante Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ID permanente del distrito 4J: \_\_\_\_\_**

(Completado por la escuela)

¿Es un estudiante (un menor sin un padre/tutor legal) que se inscribe solo?  Sí  No

Apellido legal \_\_\_\_\_ Primer nombre legal \_\_\_\_\_ Segundo nombre legal \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

**Género:**  Femenino (F)  Masculino (M)  No binario (X)

(Para que el registro del estudiante refleje una identidad de género que difiere del género y el nombre legal, complete el formulario Cambio de nombre/género)

**F. de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Comprob. de edad**

(Traer uno)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento | <input type="checkbox"/> Tarjeta de matrícula consular          |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte                 | <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID tribal                   |
| <input type="checkbox"/> Papeles de adopción       | <input type="checkbox"/> Formulario de declaración              |
| <input type="checkbox"/> Orden judicial            | <input type="checkbox"/> Id del estado en nombre del estudiante |

**Grado** (que comienza en esta escuela): \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**

- Estados Unidos y Territorios (Puerto Rico, Guam, Islas Marianas del Norte, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Samoa Americana)
- Fuera de los Estados Unidos

**Raza y etnia:** el distrito está obligado por ley a recopilar información sobre la raza y la etnia para obtener informes estadísticos. Responda ambas preguntas. Si no se proporciona esta información, su hijo será informado como no hispano y multirracial.

¿Es su hijo de origen hispano o latino?  Sí  No

– y –

¿De qué raza(s) considera que es su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o las islas del Pacífico
- Nativo americano no estadounidense (incluida una persona que tenga su origen en cualquiera de los pueblos indígenas de México, Central, América del Sur, el Caribe o Canadá).
- Blanco

**Domicilio del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Dirección para correspondencia:**  Igual que el domicilio

Dirección física \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente de la dirección física) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del estudiante: \_\_\_\_\_

**Verificación de domicilio:** traer un documento actual de cada categoría para la inscripción.

**Documentos de Categoría A**

- Declaración de impuestos sobre la propiedad
- Contrato de arrendamiento o alquiler
- Documentos relacionados con la compra de una vivienda

**Documentos de correspondencia de Categoría B -matasellado en los últimos 30 días**

- Administración del Seguro Social
- Bancos/institución financiera
- Agencias gubernamentales de Oregón
- Compañía de seguros
- Compañías de servicios
- Documento de ingresos estatales o federales
- Información del sueldo

Si no puede proporcionar dos comprobantes de residencia, comuníquese con el Coordinador de asignación de alumnos y selección de escuelas al 541-790-7553.

**Programas y servicios de apoyo estudiantil**

**Servicios de educación especial: 541-790-7800**

El distrito proporciona educación especial y servicios relacionados para niños con discapacidades.

- Sí**  **No** ¿Alguna vez el estudiante ha recibido o participado en servicios de educación especial?
- Sí**  **No** ¿Alguna vez el estudiante ha estado en un proceso de evaluación o prueba de educación especial?
- Sí**  **No** ¿El estudiante participa actualmente en un IEP (Plan Educativo Individual) de otra escuela/distrito?
- Sí**  **No** ¿Está el estudiante recibiendo servicios del habla actualmente?

Si la respuesta es sí, ingrese toda la información que conoce:

Trabajador social anterior/nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Fecha del IEP anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad anterior: \_\_\_\_\_

Categoría(s) de elegibilidad: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Programa de educación para nativos norteamericanos (Título VI-A) Office: Fax yes forms to 541-790-5905**

- Sí**  **No** ¿Es el estudiante, un padre o un abuelo, un miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal de los Estados Unidos, de una tribu reconocida por el estado o de una tribu extinta, o un nativo de Alaska o de una comunidad indígena organizada?
- En caso afirmativo, nombre las tribus, grupos, pueblos o naciones: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Programa de educación para migrantes (Título I-C) Office: Fax yes forms to 541-461-8297**

- Sí**  **No** ¿Se ha mudado su familia durante los últimos tres años (incluyendo cambios a corto plazo)?
- Sí**  **No** ¿Ha trabajado en agricultura, pesca, viveros, bosque/aceraderos (molinos), haciendas/granjas, granja lechera o en fabricas de conservas/de envasar? Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Programa McKinney-Vento Fax yes forms to 541-790-4960**

Este programa apoya a los estudiantes en una situación de vivienda temporal con recursos, que pueden incluir asistencia de transporte, materiales escolares y otros recursos para ayudar a garantizar el éxito en la escuela.

**Marque la situación de vivienda que corresponde:**

- Sí**  **No** ¿Está el estudiante compartiendo la vivienda de otras personas debido a dificultades económicas u otras razones similares?
- Sí**  **No** ¿El estudiante se está quedando en un motel u hotel debido a dificultades económicas o por una razón similar?
- Sí**  **No** ¿El estudiante se está quedando en un automóvil, un vehículo recreativo, un lugar para acampar o una vivienda precaria?
- Sí**  **No** ¿El estudiante se está quedando en un lugar de refugio?

\*\*\*\*\*

**Programa de desarrollo del idioma inglés (Título III) Office: Fax yes forms to 541-790-6516**

- Sí**  **No** ¿Ha estado el estudiante en un Programa de desarrollo del idioma inglés en los Estados Unidos?

De ser así, ¿cuándo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ y ¿dónde? \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Otros programas y servicios**

- Sí**  **No** ¿Ha estado el estudiante en un Programa de personas talentosas y dotadas?
- Sí**  **No** ¿Está la estudiante embarazada y/o criando hijos?
- Sí**  **No** ¿Tiene el estudiante un Plan 504 actual?

**Uso exclusivo de la oficina:**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ ID del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

## Historial académico

Escuela anterior: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

1. ¿Este estudiante ha asistido a la escuela en algún otro país?  Sí  No \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_
  - a. Si es así, ¿cuándo comenzó este estudiante a asistir a la escuela en los Estados Unidos? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año
  - b. Si es así, ¿cuántos años de escuela (educación formal) completó su hijo? \_\_\_\_\_
2. ¿Su estudiante ha estado fuera de la escuela por dos años o más?  Sí  No
  - a. En caso afirmativo, ¿le preocupa que su estudiante no esté al nivel del grado en lectura o matemáticas?  Sí  No
3. ¿Está el estudiante actualmente suspendido o expulsado?  Sí  No \_\_\_\_\_  
Nombrar las escuelas \_\_\_\_\_

## Información del padre/tutor legal

Proporcione la siguiente información sobre los padres y tutores legales del estudiante, incluidos los padres que no viven con el estudiante. Solo los padres con custodia legal o tutores legales pueden inscribir a un estudiante, excepto lo dispuesto por la ley.

Deberá presentar una orden judicial o un poder legal emitido de conformidad con ORS 109.056 si no es un padre con custodia legal.

### Padre/tutor legal que realiza la inscripción - 1

Identificación con foto **requerida**

Licencia de conducir  Tarjeta de identificación del estado  Pasaporte/Documentación consular  ID tribal  ID militar

Apellido legal \_\_\_\_\_ Primer nombre legal \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante:  Padre  Madre  Tutor legal  Otro (explicar): \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la del estudiante) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono principal (contacto preferido):  Celular  Casa  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

¿El estudiante vive con usted?  Sí  No

¿Es usted el padre custodio o tutor legal del estudiante?  Sí  No

¿Existe una orden judicial actual con respecto a la custodia (exclusiva o conjunta) o al contacto restringido con el estudiante?

Sí  No

Si es así, debe proporcionar una copia de la orden judicial antes de que la escuela pueda limitar los derechos de los padres sin custodia con respecto al estudiante.

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano)

¿Necesita un intérprete?  Sí  No

¿Es usted un miembro activo de las fuerzas armadas o un miembro de tiempo completo de la Guardia Nacional?

Sí  No

### Otro padre/tutor legal - 2

\_\_\_\_\_  
Apellido legal

\_\_\_\_\_  
Primer nombre legal

Relación con el estudiante:  Padre  Madre  Tutor legal  Otro (explicar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente de la del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono principal (contacto preferido):  Celular  Casa  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan a este padre:

- Tiene la custodia legal  Vive con el estudiante  Contacto permitido  Ver registros  
 Permitir que el estudiante se vaya con él

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano)

¿Esta persona necesita un intérprete?  Sí  No

¿Es esta persona un miembro activo de las fuerzas armadas o un miembro de tiempo completo de la Guardia Nacional?  
 Sí  No

### Otro padre/tutor legal - 3

\_\_\_\_\_  
Apellido legal

\_\_\_\_\_  
Primer nombre legal

Relación con el estudiante:  Padre  Madre  Tutor legal  Otro (explicar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente de la del estudiante)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado,

\_\_\_\_\_  
Código postal

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono principal (contacto preferido):  Celular  Casa  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan a este padre:

- Tiene la custodia legal  Vive con el estudiante  Contacto permitido  Ver registros  
 Permitir que el estudiante se vaya con él

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano)

¿Esta persona necesita un intérprete?  Sí  No

¿Es esta persona un miembro activo de las fuerzas armadas o un miembro de tiempo completo de la Guardia Nacional?  
 Sí  No

## Otro padre/tutor legal - 4

Apellido legal \_\_\_\_\_

Primer nombre legal \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante:  Padre  Madre  Tutor legal  Otro (explicar): \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la del estudiante) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono principal (contacto preferido):  Celular  Casa  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Marque todas las opciones que correspondan a este padre:

- Tiene la custodia legal  Vive con el estudiante  Contacto permitido  Ver registros  
 Permitir que el estudiante se vaya con él

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano)

¿Esta persona necesita un intérprete?  Sí  No

¿Es esta persona un miembro activo de las fuerzas armadas o un miembro de tiempo completo de la Guardia Nacional?  
 Sí  No

**Contactos de emergencia** Enumere a las personas *que no sean los padres/tutores legal mencionados anteriormente*. Es importante enumerar al menos un contacto de emergencia que viva en el área. En caso de emergencia, se contactará a los padres/tutores en el orden en que aparecen arriba. Al incluir otro(s) nombre(s) a continuación como contactos de emergencia, usted autoriza a otra persona o personas a recoger a su estudiante en la escuela si no se puede contactar a un padre/tutor legal.

1° Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano) Teléfono alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2° Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano) Teléfono alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3° Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_  ASL (Lenguaje de señas norteamericano) Teléfono alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Contactos de servicios, si corresponde

Trabajador social \_\_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Agente de libertad condicional \_\_\_\_\_ Corte \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información médica del estudiante

Doctor del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tiene seguro:  Sí  No

Dentista del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Hermanos

Escriba todos los hermanos y hermanastros de edad escolar del estudiante

Nombre del estudiante	Relación con el estudiante	Grado	Inscrito en la escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Permisos y avisos

Para obtener avisos anuales sobre Información del directorio, Registros de estudiantes, Reclutamiento militar y Protección de los derechos de los alumnos, consulte el Manual anual del distrito o la página [www.4j.lane.edu/enrollment](http://www.4j.lane.edu/enrollment).

**Información del directorio:** La política del distrito de JOA, en cumplimiento de las leyes estatales y federales, proporciona la divulgación de la información del directorio sin el consentimiento previo de los padres. La información del directorio estudiantil es información de un registro educativo estudiantil que generalmente no se consideraría perjudicial o una invasión a la privacidad si se divulga, e incluye información como los nombres y las fotografías de los estudiantes. La información del directorio estudiantil se incluye regularmente en los anuarios, fotos de clase y programas de eventos. Para obtener una descripción detallada, consulte el Manual anual o la política de la junta escolar de JOA, disponible en línea o en su escuela. Si no desea que se divulgue información del directorio sobre su estudiante, debe enviar el Formulario de objeción a la divulgación de la información del directorio antes del 20 de septiembre de cada año escolar o al momento de la inscripción. El formulario está disponible en las oficinas de la escuela y se puede encontrar en línea.

**Google Apps:** El distrito usa Google Apps for Education, un conjunto de aplicaciones en línea que se utiliza para aumentar la colaboración entre estudiantes y maestros para la enseñanza y el aprendizaje. El correo electrónico será activado automáticamente si se otorga el permiso de Google Apps. Los padres deben enviar un formulario de permiso para que sus estudiantes puedan acceder a su cuenta de educación de Google. Puede revocar el permiso de uso de Google Apps en cualquier momento.

**Solo en la escuela secundaria:** La ley federal requiere que el distrito proporcione los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de secundaria a los reclutadores militares y universidades que soliciten esta información, excepto cuando el padre notifique al distrito por escrito que no da su consentimiento para divulgar esta información. Cuando un estudiante de escuela secundaria cumple los 18 años de edad, el derecho a optar por no participar se transfiere del padre/tutor al estudiante.

Al marcar la(s) casilla(s) a continuación, solicito que el nombre, la dirección y el número de teléfono de mi estudiante:

- No** sea compartido con reclutadores militares.
- No** sea compartido con universidades.

**Firma:** Declaro que la información en este formulario de inscripción es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que mi estudiante podría ser devuelto a la escuela de su vecindario si se determina una dirección falsa.

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
(En imprenta)

El propósito de esta encuesta es determinar si la exposición actual de su hijo al idioma y su uso podrían hacer que su hijo sea elegible para recibir apoyo en una instrucción académica de inglés.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID permanente del estudiante: \_\_\_\_\_ **(completado solo por el personal de la oficina)**

1. ¿Qué idiomas **escucha o usa** su hijo regularmente en su hogar? (es decir, en conversaciones, medios de comunicación, música, literatura, etc.) Escucha \_\_\_\_\_ Usa (es decir, Lenguaje de señas norteamericano (American Sign Language, ASL)) \_\_\_\_\_

2. Describa los idiomas que su hijo **entiende**.

- Inglés no
- Mayormente otro idioma y un poco de inglés
- Inglés y otro idioma por igual
- Mayormente inglés y un poco de otro idioma
- Idioma tribal/de herencia/nativo (es decir, idiomas hablados por indígenas norteamericanos/de Alaska, hawaianos nativos y ciudadanos de Territorios de los Estados Unidos)
- Solo inglés

3. ¿Qué idiomas **usan** los **adultos** con mayor frecuencia cuando hablan o conversan con su hijo?

Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Otros adultos en el hogar: \_\_\_\_\_ Cuidador de niños: \_\_\_\_\_

4. ¿En qué idiomas **habla o se expresa su hijo ACTUALMENTE** con mayor frecuencia **fuera de la escuela**?

\_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo participa con frecuencia en actividades culturales que están en un idioma que no sea el inglés? Mencione la actividad y la frecuencia con la que su hijo participa en la actividad (por ejemplo, una vez por semana, 2 veces por semana, una vez al mes, etc.).

\_\_\_\_\_

6. ¿Hay algo más que piense que la escuela debería saber sobre el uso del lenguaje de su hijo (por ejemplo, el idioma que su hijo hablaba o expresaba entre las edades de 0 a 4 años; si su hijo tomaba clases de habla; si su hijo asistía a una escuela preescolar bilingüe, etc.)?

\_\_\_\_\_

**Preguntas para los padres: ¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela (si está disponible)?**

Padre/tutor legal:

Oral \_\_\_\_\_ Escrita \_\_\_\_\_ Lenguaje de señas norteamericano \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal:

Oral \_\_\_\_\_ Escrita \_\_\_\_\_ Lenguaje de señas norteamericano \_\_\_\_\_

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

¿Cuál es su relación con el estudiante? \_\_\_\_\_ (por ejemplo, padre, abuelo, etc.)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



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

<b>Nombre del estudiante:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> /    /	<b>Grado:</b> _____
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------

<b>Doctor/Teléfono:</b> _____	<b>Dentista/Teléfono:</b> _____
-------------------------------	---------------------------------

<b>Cuidador principal:</b> _____	<b>Número(s) de teléfono</b> _____	
----------------------------------	------------------------------------	--

**Estado medico/ Afecciones médicas:** \_\_\_\_\_

**Historial de cirugía/lesión severa/conmoción cerebral:** \_\_\_\_\_

**Marque si su estudiante tiene alguna de las siguientes opciones:**  
*Si su estudiante tiene alguna de las condiciones con un asterisco\*, solicite al personal de la oficina el formulario para esa afección.*

<input type="checkbox"/> Alergias – comida: _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal *	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH
<input type="checkbox"/> Alergias – insectos: _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal *	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes
<input type="checkbox"/> Alergias – estacional: _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal *	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Alergias – varias: _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal *	<input type="checkbox"/> Marque si se prescribió Epinefrina
<input type="checkbox"/> Anafilaxia - Último episodio: _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal	<input type="checkbox"/> Afección de la visión
<input type="checkbox"/> Asma* _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal	<input type="checkbox"/> Usa lentes
<input type="checkbox"/> Diabetes* _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal	<input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Problema cardíaco* _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal	<input type="checkbox"/> Afección de la audición
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo* _____	<input type="checkbox"/> Marque si es mortal *	<input type="checkbox"/> Audífonos/dispositivos auditivos
<input type="checkbox"/> Otras: _____		

<input type="checkbox"/> Afección física	<input type="checkbox"/> Terapia/Intervenciones _____	<input type="checkbox"/> <b>Tiene seguro medico</b>
<input type="checkbox"/> Afección del comportamiento	<input type="checkbox"/> Terapia/Intervenciones _____	
<input type="checkbox"/> Afección del habla	<input type="checkbox"/> Terapia/Intervenciones del habla _____	

Medicación actual	Dosis	La hora que se toma:	Para que es:

**Necesidades del estudiante en la escuela:**

Mi estudiante requiere tomar medicación en la escuela (diariamente/según sea necesario/de emergencia): \_\_\_\_\_  
Se requiere llenar un Formulario de autorización de medicación por separado para cada medicamento que se administre en la escuela y para los cambios en la dosis o la hora de administración.

Mi estudiante requiere asistencia médica/de enfermería en la escuela: \_\_\_\_\_

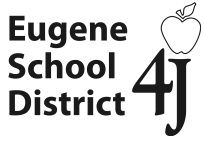
Mi estudiante tiene restricciones de comida indicadas por un médico: \_\_\_\_\_

Mi estudiante tiene restricciones de actividades indicadas por un médico: \_\_\_\_\_

No hay una enfermera con licencia en el edificio en todo momento. Dirija la correspondencia médica y los cambios en las órdenes médicas o las recetas de la escuela para su estudiante a la enfermera de la escuela de su estudiante. Mantenga actualizados los contactos de emergencia en la oficina de la escuela. El padre/tutor debe traer a la escuela cualquier medicamento que requiera su estudiante en el envase original etiquetado (junto con la receta en el caso de los medicamentos prescritos). La información en este formulario se guardará en el expediente de salud de su estudiante y se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario en aras del bienestar, la seguridad y la educación de su estudiante.

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



# Solicitud para Formulario de Registro de Estudiantes

Información del estudiante		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información sobre la última escuela a la que asistió	
Nombre de la última escuela a la que asistió:	_____
Dirección:	_____
Ciudad, Estado, Código Postal:	_____
Teléfono:	_____
Fax:	_____

Envíe la información completa sobre el estudiante remitiendo los siguientes registros a la dirección indicada a continuación en este formulario, dentro de diez (10) días de haber recibido esta solicitud.

- ✓ Carpeta acumulativa (registro de asistencia, nivel de grado, resultados de pruebas en el salón de clase y calificaciones)
  - ✓ Carpeta de registro de salud (audición, visión, vacunas, etc.)
  - ✓ Todos los registros de educación especial
- Envíe un fax con la siguiente información de inmediato a \_\_\_\_\_:**
- Programa educativo individualizado actual (IEP)
  - Declaración de elegibilidad actual
  - Resultados más recientes de los informes de evaluación/informes de valoración
- ✓ Pruebas psicológicas (información de desarrollo, social y educativa)
  - ✓ Registros de conducta
  - ✓ Otros registros de programas especiales (TAG, McKinney-Vento, Title 1, 504, etc.)

De acuerdo con la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) y la ley del estado de Oregon, autorizo la divulgación de todos los registros del estudiante mencionado anteriormente a la escuela a la que se menciona a continuación.

Tenga en cuenta: la ley federal 34 CFR 99.31(a)(2) no requiere la firma de un padre para que los registros educativos se envíen a otro distrito escolar para los propósitos de inscripción o transferencia.

\_\_\_\_\_  
*Firma del designado de la escuela/secretario*                      *Firma del padre o tutor*                      *Fecha*

Fecha de inscripción en la nueva escuela: \_\_\_\_\_

Enviar registros a: