



Formulario de inscripción estudiantil

-Office Use Only

Student ID# _____

Student Start Date _____

Escuela Eyestone Elementary

Año escolar _____ Fecha de hoy _____

Información del estudiante

Primer nombre legal		Segundo nombre legal (o ninguno)		Apellidos legales		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
Género		Grado actual		La etnicidad está basada en su nacionalidad, religión y lenguaje.			
M	F	No binario	Agénero	Género fluido	¿Usted se considera hispano?		
		"Genderqueer"		Intersexual	Sí No		
Apodo		Pronombres		¿Su estudiante desea completar un Plan de Apoyo de Género?			
				Sí No			
La raza está basada en sus características físicas que ha heredado. (Marque una o las que corresponda.)							Teléfono celular del estudiante
Blanco		Negro o afroamericano		Hawaiano/Isleño del Pacífico		Indígena norteamericano/Nativo de Alaska (Comunidad tribal _____)	
Asiático		Otro: _____		¿Está inscrito como miembro de una comunidad tribal?		Sí No	
¿El lenguaje principal que usted habla en el hogar es el inglés?				Lenguaje que prefiere para los comunicados que se envíen a casa.			
Sí No							
País de nacimiento				Estado en donde nació			
Dirección física principal o domicilio				Dirección postal (Si es diferente de la dirección física principal o domicilio.)			
Número y calle		# de apartamento		Número y calle o # de "P.O. Box"			
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad	
						Estado	
						Código postal	

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 ingresar 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 Parentales, etc.)? **Sí No**

Información del padre o tutor legal #1

Estudiante vive con padre o tutor legal		Se permite que reciba comunicados		Soy empleado del PSD (# ID: _____)		En servicio militar activo (Ver definición de términos más adelante.)	
Tipo de parentesco o conexión		Padre/Madre		Tutor legal		Padraastro/Madrastra	
						Persona que tiene PODER LEGAL	
						Yo mismo	
¿El idioma principal que usted habla en casa es el inglés?				Idioma preferido			
Sí No							
Apellidos		Primer nombre		Parentesco con estudiante		Correo electrónico principal	
Dirección física o domicilio		# de apartamento		Número principal		Número secundario/de trabajo	
				Números de teléfono ►			
Ciudad		Estado		Código postal		Ausencia escolar	
				"SMS" (mensaje de texto)			
¿La dirección de correo postal es igual a la dirección física o domicilio?				Sí No			
Si contestó "No" a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal en la casilla de abajo.							
Número y calle o número de "P.O. Box"		Ciudad		Estado		Código postal	

Información del padre o tutor legal #2

Estudiante vive con padre o tutor legal		Se permite que reciba comunicados		Soy empleado del PSD (# ID: _____)		En servicio militar activo (Ver definición de términos más adelante.)	
Tipo de parentesco o conexión		Padre/Madre		Tutor legal		Padraastro/Madrastra	
						Persona que tiene PODER LEGAL	
						Yo mismo	
¿El idioma principal que usted habla en casa es el inglés?				Idioma preferido			
Sí No							
Apellidos		Primer nombre		Parentesco con estudiante		Correo electrónico principal	
Dirección física o domicilio		# de apartamento		Número principal		Número secundario/de trabajo	
				Números de teléfono ►			
Ciudad		Estado		Código postal		Ausencia escolar	
				"SMS" (mensaje de texto)			
¿La dirección de correo postal es igual a la dirección física o domicilio?				Sí No			
Si contestó "No" a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal en la casilla de abajo.							
Número y calle o número de "P.O. Box"		Ciudad		Estado		Código postal	

Estudiante vive con padre o tutor legal: El estudiante vive con este individuo en su residencia.**Se permite que reciba comunicados:** Recibirá comunicados físicos provenientes de la escuela y/o del Distrito, a través del correo postal.**En servicio militar activo:** El individuo es un miembro activo de las Fuerzas Armadas o está prestando servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional.

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

Historial de inscripción					
Última escuela a la que asistió		Ciudad		Estado	Fecha
¿Alguna vez a su estudiante se le ... (Si corresponde.)	adelantó un grado escolar?	Si fue así, ¿qué grado?		¿Es su estudiante un refugiado?	Sí No
	hizo repetir un grado escolar?				
Fecha en que su estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de los EE. UU.*				Fecha en que su estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de los CO.*	

*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 estudiante de una escuela?		Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre y dirección de la escuela.	
Sí No			
¿Alguna vez se ha remitido a su estudiante a una Evaluación de Riesgo?		¿Se desarrolló un Plan de Seguridad como condición para el regreso del estudiante a la escuela?	
Sí No		Sí No	
¿El estudiante está inscrito en otra escuela de Colorado, incluyendo escuelas a distancia o en línea?			Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ingrese el nombre y dirección de la escuela:			
¿Su estudiante ha recibido servicios de Educación Especial?		Sí No	¿Su estudiante ha recibido servicios de la Sección 504?
Sí No			Sí No
¿En qué año se hizo la última revisión del IEP de su estudiante?		¿El Plan de la Sección 504 está relacionado con la salud?	
Sí No		Sí No	
¿Su estudiante ha tenido un Plan Especializado para el Cuidado de la Salud?		Sí No	¿Su estudiante ha recibido servicios educativos para estudiantes con capacidades excepcionales/Plan de Aprendizaje Avanzado (ALP)?
Sí No		Sí No	

Contactos de emergencia que no sean padres 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 recibir datos pertinentes a dicho estudiante.				Los padres, que se enumeraron en la página uno, son solo personas de contacto.	
				Ninguno (no son contactos de emergencia)	
Ingrese los números de teléfono en el orden en que se deben llamar, en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote la letra que corresponda: H – Hogar W – Trabajo C – Celular O – Otro tipo					
Contacto de emergencia #1		Apellidos del contacto de emergencia #1		Primer nombre del contacto #1	
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo
Contacto de emergencia #2		Apellidos del contacto de emergencia #2		Primer nombre del contacto #2	
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo
Contacto de emergencia #3		Apellidos del contacto de emergencia #3		Primer nombre del contacto #3	
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y correcta.	_____ Firma del padre o tutor legal	_____ Fecha
--	--	----------------

El Distrito Escolar Poudre solo divulgará los expedientes de educación del estudiante y la información personal identificable contenida en el mismo, de acuerdo con la ley federal FERPA (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR 99.31) y la norma JRA/JRC del Distrito Escolar Poudre – Registros estudiantiles / Divulgación de información sobre estudiantes.

Formulario de inscripción estudiantil

—Office Use Only—
Student ID# _____

El Distrito Escolar Poudre solo divulgará los expedientes de educación del estudiante y la información personal identificable contenida en el mismo, de acuerdo con la ley federal FERPA (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR 99.31) y la norma JRA/JRC del Distrito Escolar Poudre – Registros estudiantiles / Divulgación de información sobre

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

Información sobre la salud				
Doctor	Primer nombre:	Apellido:	Número de teléfono:	Nombre del consultorio del doctor:
Especialista	Primer nombre:	Apellido:	Número de teléfono:	Nombre del consultorio del especialista:
Especialista	Primer nombre:	Apellido:	Número de teléfono:	Nombre del consultorio del especialista:

Condiciones de salud del estudiante (A continuación, marque "Sí" o "No", y explique cuando sea necesario). Por favor contactar a la Oficina de Salud de su escuela, para proporcionar comentarios adicionales.														
TDA/DAH	Sí	No	Medicamentos	Sí	No	Retraso en el desarrollo: Explique:			Sí	No				
Alergias a animales	Explique:		Sí	No	Diabetes: Tipo I	Sí	No	¿Tipo de MCG?	¿Tipo de bomba?					
Reacción:					Lesión en la cabeza/conmoción cerebral					Sí	No			
Alergias a insectos	Explique:		Sí	No	¿Fecha(s)?		¿Síntomas actuales?							
Reacción:		¿Medicamentos de emergencia?		Sí	No	Problemas cardíacos		Explique:		Sí	No			
Alergias a medicamentos	Explique:		Sí	No	Restricciones:									
Reacción:					Problemas de riñones o urinarios					Sí	No			
Alergias relacionadas con el medio ambiente		Explique:		Sí	No	Explique:								
Reacción:		¿Medicamentos de emergencia?		Sí	No	Dolores de cabeza	¿Medicaciones diarias?	Sí	No	Migrañas	¿Medicaciones diarias?	Sí	No	
						¿Solo si se necesitan?		Sí	No	¿Solo si se necesitan?		Sí	No	
Alergias a alimentos	Explique:		Sí	No	Problemas ortopédicos					Sí	No			
Reacción:		¿Medicamentos de emergencia?		Sí	No	Explique:								
Otras necesidades dietéticas	Explique:		Sí	No	Convulsiones	Sí	No	¿Medicaciones de emergencia?	Sí	No	Fecha de la última convulsión:			
Explique:					Describa las convulsiones:									
Ansiedad		Depresión		Bipolar		Problemas neurológicos					Sí	No		
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Explique:								
Asma	Sí	No	Inhalador como medicina de "rescate"	Sí	No	Algún otro:					Sí	No		
Espectro autista	Sí	No			Explique:									
Cáncer	Sí	No	¿Tratamiento actual?	Sí	No									
Explique:														
Problemas de la vista y el oído del estudiante														
¿Su estudiante tiene problemas de visión?				Sí	No	¿Usa gafas o lentes de contacto?				Sí	No			
¿Su estudiante tiene una discapacidad auditiva?				Sí	No	Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de audífonos utiliza?								
						"BAHA"	Sí	No	Audífono	Sí	No	Implante coclear	Sí	No
Pasos a seguir en caso de una emergencia del estudiante														
¿La condición de salud de su estudiante podría justificar medidas especiales de EMERGENCIA que el conductor del autobús debería conocer?										Sí	No			
Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.														

Cada año escolar, se debe llenar y entregar al plantel educativo un formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidades (Authorization and Release), para cada medicamento que se administre a un estudiante en la escuela. https://www.psdschools.org/programs-services/medications-health-action-plans		
Medicamentos del estudiante (Enumere los medicamentos que el estudiante toma en la actualidad.)		
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Sí No

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y correcta.	_____ Firma del padre o tutor legal	_____ Fecha
--	--	----------------



This box **MUST** be completed by school registrar
Enrolling School: Eyestone Elem. Date Enrolled: _____
Student ID #: _____ Grade: _____

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

Las regulaciones estatales y federales requieren que las escuelas determinen la elegibilidad para servicios y apoyos educativos para el programa del Desarrollo del Idioma Inglés, el programa para inmigrantes, el programa para migrantes, refugiados o el programa McKinney-Vento. Esta información se utiliza para garantizar que se cumplan los derechos educativos de cada estudiante. Esta **información confidencial** es sólo 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 estudiante ingresó por primera vez a la escuela en Colorado	Fecha en que el estudiante ingresó por primera vez a la escuela en los EE.UU	
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 hablar con usted?	
¿Su niño(a) puede leer y escribir en este idioma?	
Mencione 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 conteste 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 ☐

Firma del padre de familia o tutor legal

Fecha

Información sobre la vivienda / McKinney-Vento

*La Ley de Asistencia McKinney-Vento protege y apoya los derechos educativos de los estudiantes que no tienen una vivienda permanente. Los servicios de la ley incluyen a niños y jóvenes desde el nacimiento hasta los 21 años de edad que carecen de residencia nocturna fija, regular y adecuada. Esta **información confidencial** es sólo para uso escolar.*

A. Por favor marque 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 de emergencia, albergue, o programa de alojamiento temporal
- ☐ Vivienda inadecuada (carece de cocina, instalaciones de baño, agua o electricidad, infestaciones, moho u otros peligros)
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ alguna otra situación (Por favor explique)

B. Por favor indique 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 explique)

C. Soy un(a) estudiante que vive separado 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

Un alumno puede ser considerado elegible para recibir servicios como un «Niño o Joven sin Hogar» bajo la Ley McKinney-Vento si el o ella vive actualmente:

- En un refugio, vivienda compartida temporal, o programa de vida de transición
- En un hotel/motel, campamento o situación similar debido a la falta de alternativas
- En una estación de autobuses, un parque, un coche o un edificio abandonado
- En un centro de cuidado temporal o transitorio

Según la Ley McKinney-Vento para personas sin hogar, los alumnos que reúnan los requisitos tienen derecho a:

Inscripción inmediata: La documentación y los registros de vacunación no pueden ser un obstáculo para la inscripción en la escuela. Asistir a la escuela en su escuela de origen o en la escuela en la zona de asistencia donde la familia o el joven reside actualmente

Recibir transporte a su escuela de origen

Recibir servicios comparables a los que reciben sus compañeros alojados en la misma escuela, incluidos el transporte y los servicios educativos complementarios.

Cualquier pregunta sobre estos derechos puede ser dirigida al Especialista del Programa McKinney-Vento local al 970-490-3242. Firmando abajo, reconozco que he leído y entiendo los derechos arriba mencionados.

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? ☐ SI ☐ 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, acorrallar/ 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