



# Douglas County School District

## Censo estudiantil Formulario de inscripción

For Office use Only

Date of Enrollment: _____	Start Date: _____
Student ID #: _____	Grade: _____ Room: _____
Teacher/Counselor: _____	Track/Team: _____
Session: AM PM	Permit Code: _____ Bus #: _____

Escuela: \_\_\_\_\_

\*\*\*ESCRIBA CON LETRA CLARA\*\*\*

2018-2019

Información del  
estudiante

Nombre legal como aparece en el certificado de nacimiento \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Sexo M  F  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Raza/etnicidad

**Aviso para padres y estudiantes:** Los padres y estudiantes deben tener presente que si deciden no responder la pregunta dividida en dos partes, los distritos escolares están obligados a identificar una etnia y una raza en nombre del estudiante, la cual se basa en varios factores, incluyendo la observación, de acuerdo a las directrices del Departamento de Educación de Colorado y del Departamento de Educación de EE.UU.

**Parte A.** ¿Es el estudiante hispano o latino? (Escoja sólo una)

**No, NO es hispano**

**Sí, es hispano o latino:** Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, o de otra cultura hispana sin tener en cuenta la raza.

La primera parte de la pregunta es sobre etnicidad, no sobre raza. **Sin importar lo que haya seleccionado en la Parte A de más arriba, por favor proporcione una respuesta para la Parte B** marcando una o más casillas de verificación indicando lo que usted considera es la raza de su hijo(a).

**Parte B.** ¿Cuál de los siguientes grupos describe la raza del estudiante? (Escoja una o más)

**Indio americano o nativo de Alaska:** una persona que tiene orígenes en los pueblos originarios de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene afiliaciones tribales o conexiones con la comunidad.

**Negro a afroamericano:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

**Asiático:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sureste Asiático, o del Subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

**Blanco:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.

Escuela anterior

¿Ha asistido el estudiante a otra escuela del Distrito Escolar del Condado de Douglas? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

**La última escuela a la que asistió fuera del Distrito Escolar del Condado de Douglas:**

Escuela \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) actualmente bajo una orden de expulsión en cualquier otro distrito? Sí  No

¿Está su hijo(a) actualmente bajo consideración de expulsión? Sí  No  ¿Está su hijo(a) actualmente involucrado con el sistema judicial juvenil? Sí  No

ESL

¿Qué idioma aprendió el estudiante cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma(s) habla o entiende el estudiante? \_\_\_\_\_

¿Hablan regularmente los padres o tutores del estudiante un idioma diferente al inglés? Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique qué idioma: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma hablan principalmente los padres o el tutor del estudiante en casa? \_\_\_\_\_

Fecha más recientemente inscrito en EE. UU. \_\_\_\_\_ (Esta pregunta sólo se utiliza para determinar si su niño podría estar exento de la administración de alguna evaluación del Estado en lectura o artes del lenguaje y no se utiliza para ningún otro propósito).

Servicios Especiales

¿Esta su hijo(a) actualmente en un Plan Educativo Individual para Servicios Especiales? Sí  No

¿Ha recibido su hijo(a) alguna prueba, evaluación o servicio en alguna de las siguientes áreas?

<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Dotados y talentosos	<input type="checkbox"/> Plan READ
<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/> Nivelación de lectura (Title 1)	
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Servicios 504	
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Impedimentos visuales/auditivos	<input type="checkbox"/> Otro	

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



Douglas County School District
Información sobre el hogar
Formulario de inscripción

Student Name: \_\_\_\_\_
School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID #: \_\_\_\_\_
Teacher/Counselor: \_\_\_\_\_ Room: \_\_\_\_\_

\*\*\*ESCRIBA CON LETRA CLARA\*\*\*

2018-2019

Información sobre el hogar

Dirección \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ ¿Número no listado? Sí [ ] No [ ]

Información sobre los padres o el tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
(Si es diferente de la anterior)
Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Beeper \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Recibe correo Sí [ ] No [ ]
El estudiante reside con: Padres Sí [ ] No [ ] Tutor legal Sí [ ] No [ ] \*\*Padrastro/madrastra Sí [ ] No [ ]

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
(Si es diferente de la anterior)
Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Beeper \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Recibe correo Sí [ ] No [ ]
El estudiante reside con: Padres Sí [ ] No [ ] Tutor legal Sí [ ] No [ ] \*\*Padrastro/madrastra Sí [ ] No [ ]
(Documentos del Tribunal)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
(Si es diferente de la anterior)
Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Beeper \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Recibe correo Sí [ ] No [ ]
El estudiante reside con: Padres Sí [ ] No [ ] Tutor legal Sí [ ] No [ ] \*\*Padrastro/madrastra Sí [ ] No [ ]

Nota: Cuando un estudiante no reside con los dos padres, se debe solicitar más información para el expediente para que la escuela pueda determinar quién es responsable del estudiante. Si hay documentos legales que correspondan, tal como documentos de la custodia, se debe proporcionar una copia a la escuela.

Nota: \*\*El padrastro o la madrastra no son considerados tutores legales a no ser que tengan papeles legales que acrediten dicha tutoría y se debe proporcionar una copia a la escuela.

Table with 7 columns: Nombre(s), Apellidos, Fecha de nacimiento, Sexo, Relación con el estudiante, Escuela a la que asiste, Condado. Title: Otros niños menores de 18 en la casa: Los nombres DEBEN aparecer como en el Acta de Nacimiento

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



Douglas County School District

Información en caso de emergencia
Formulario de inscripción

\*\*\*ESCRIBA CON LETRA CLARA\*\*\*

For Office use Only

Student Name:
School: Grade: Student ID #:
Teacher/Counselor: Room:

2018-2019

Los contactos de emergencia no pueden ser los padres ni el tutor y deben vivir en Colorado

Proporcione por lo menos un (1) contacto de emergencia local.

Información sobre contactos en caso de emergencia

Form with three rows for emergency contacts, each containing fields for Name, Relationship, Additional Information, and Phone numbers (Casa, Trabajo, Celular).

Doctor

Form for doctor information with fields for Name, Specialty, Phone, Address, City, State, and Zip Code.

Firma del padre o tutor Fecha



# Douglas County School District

## Información médica Formulario de inscripción

For Office use Only

Student Name: _____			
_____	_____	_____	_____
School: _____		Grade: _____	Student ID #: _____
Teacher/Counselor: _____		Room: _____	

\*\*\*ESCRIBA CON LETRA CLARA\*\*\*

### 2018-2019

Información médica

¿Está su hijo(a) tomando algún medicamento en casa o en la escuela?

Sí  No

Haga una lista \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) necesita tomar medicamento en la escuela, la oficina de la escuela cuenta con los formularios "Provider Medication Authorization Form" (Formulaire d'autorisation de médicaments fournisseur) o "Permission to Carry" (Autorización para transportar). Estos formularios deben ser llenados para cualquier medicamento que el estudiante necesite tomar durante las horas de escuela. También se encuentran disponibles en [www.dcsdk12.org](http://www.dcsdk12.org) - busque "medication form" (formulario de medicamentos) que se encuentra disponible en la página Web de Servicios de Salud.

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia?

- |  |                |                                       |                |
|--|----------------|---------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> De temporada        | Reacción _____ | <input type="checkbox"/> Comida _____ | Reacción _____ |
| <input type="checkbox"/> Picadura de insecto | Reacción _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____   | Reacción _____ |
| <input type="checkbox"/> Látex               | Reacción _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____   | Reacción _____ |

¿Su hijo(a) (Marque todas las casillas de verificación que correspondan):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ¿usa anteojos o lentes de contacto?                             | <input type="checkbox"/> ¿tiene problemas del corazón?  | <input type="checkbox"/> ¿tiene problemas de audición? |
| <input type="checkbox"/> ¿tiene asma o problemas respiratorios?                          | <input type="checkbox"/> ¿tiene convulsiones o ataques? | <input type="checkbox"/> ¿tiene diabetes?              |
| <input type="checkbox"/> ¿ha tenido una lesión o un golpe de consideración en la cabeza? | <input type="checkbox"/> ¿tiene limitaciones físicas?   |  |

Explique cualquiera de los problemas que haya marcado: \_\_\_\_\_

Otros problemas médicos que la escuela debiera conocer \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta: La información va a ser compartida con el personal de la escuela para poder atender la salud y seguridad del estudiante. Al firmar aquí abajo, usted indica que está de acuerdo en compartir esta información.*

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

Liberación de Tylenol

#### \*\*\*Liberación de Tylenol SÓLO PARA LAS ESCUELAS PRIMARIAS\*\*\*

Yo solicito y doy autorización al Distrito Escolar Re. 1 del Condado de Douglas para proporcionar *acetaminophen* (Tylenol (paracetamol) a mi hijo(a) para los siguientes problemas de salud: dolores de cabeza, dolores de muela, dismenorrea (calambres), dolores óseo-musculares, y fiebre sobre 100F). Reconozco que la provisión de este medicamento por parte del personal de la escuela es un servicio que se va a prestar solamente porque yo lo solicito. En consideración a la aceptación de esta solicitud, yo eximo y renuncio a cualquier reclamo que tengo en este momento o que pueda tener en el futuro en contra del Distrito Escolar Re. 1 del Condado de Douglas y sus empleados que pudieran surgir al proveer o al no proveer el medicamento al estudiante, o a cualquier reacción adversa que el estudiante pudiera sufrir con el medicamento.

Sí  No

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

Medicaid

Yo doy mi consentimiento y autorizo al Distrito Escolar Re. 1 del Condado de Douglas a liberar información a Health Care Policy and Financing (Políticas y financiamiento de los Servicios de Salud, HCPF por sus siglas en inglés), relacionada a la prestación de servicios de Medicaid a mi hijo(a), eso siempre y cuando mi hijo(a) esté inscrito para recibir servicios del programa de Medicaid. Yo entiendo que el distrito escolar tiene derecho a recibir un reembolso parcial por servicios de Medicaid que se le hayan prestado a mi hijo(a) incluyendo pero no limitándose a: audiología, consejería, enfermería, terapia física u ocupacional, orientación y movilidad, ayuda psicológica, de trabajo social, de habla y servicios específicos de administración de casos.

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

Reconocimiento

La información proporcionada en el formulario de inscripción del estudiante es verdadera y correcta. De acuerdo a las Leyes Revisadas del Estado de Colorado, Secciones 22-33-104 y 22-33-107, reconozco mi obligación de asegurarme de que todos los niños entre 6 y 17 años de edad bajo mi cuidado y supervisión deben asistir a la escuela. Las únicas excepciones son por enfermedad y otras ausencias excusadas por el director.

Necesidad de intérpretes

¿Necesita un intérprete para las reuniones y eventos de la escuela? Esto incluye los eventos familiares, conferencias de padres y maestros, reuniones oficiales de planes (IEP, 504, ALP, READ, ELLP), inscripción y matrículas, etc

Sí  No

Aviso

**Aviso para padres y estudiantes:** Todos los estudiantes nuevos en el distrito van a ser inscritos de forma condicional hasta que sus expedientes, incluyendo el expediente de disciplina de la escuela a la que asistió previamente, sean recibidos en el distrito. En el caso en que los expedientes del estudiante indicaran una razón para denegar su admisión, el estado condicional de la inscripción del estudiante va a ser revocado.

La ley estatal requiere que los registros de inmunización sean presentados al momento de la inscripción.

**ESTA PÁGINA DEBE SER FIRMADA CADA AÑO ESCOLAR.**

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