

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Apellido:		Nombre:	Segundo Nombre:
Otros nombres que ha utilizado (Apodo):	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	E-Mail del estudiante:	Teléfono <i>principal</i>:
Fecha de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	Estado en el que nació:	País de nacimiento:
Dirección del Hogar:	Ciudad:	Apartado Postal:	Teléfono móvil del <i>estudiante</i>:
Dirección para recibir correo:		Ciudad:	Apartado Postal:

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/GUARDIÁN

1. Apellido del Padre/ Guardián:	Nombre:	Teléfono móvil:	Empleador:
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado	Dirección de Email:	Teléfono de trabajo:	Idioma principal de los padres:
Nivel de Educación de los Padres – indique el nivel más alto que termino: <input type="checkbox"/> Se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> No se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio o tiene Título de Asociado <input type="checkbox"/> Se graduó del Colegio <input type="checkbox"/> Tiene un título universitario			
2. Apellido del Padre/Guardián:	Nombre:	Teléfono móvil:	Empleador:
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados	Dirección de Email:	Teléfono del trabajo:	Idioma principal de los padres:
Nivel de Educación de los Padres – indique el nivel más alto que termino: <input type="checkbox"/> Se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> No se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio o tiene Título de Asociado <input type="checkbox"/> Se graduó del Colegio <input type="checkbox"/> Tiene un título universitario			
Titular del derecho educativo: (Padre, Madre, Tutor o designado por el tribunal): _____			
¿Uno de los Padres/Guardianes está en Servicio Militar activo? Circule: Sí o No Si la respuesta es sí, indique la rama: Ejercito Naval Fuerzas Aéreas Corps Marino Guarda Costa			
¿Hay uno de los padres biológicos que <u>no</u> viven en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí (Llene la información abajo) <input type="checkbox"/> No			
Apellido del Padre / Guardián:	Primer nombre:	Teléfono Móvil:	Teléfono del Trabajo:
Dirección del hogar:	Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre ¿Hay algún acuerdo de custodia legal para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor provea la copia más reciente de las ordenes de custodia			
Marque las opciones que necesite: <input type="checkbox"/> No envíe correo <input type="checkbox"/> Copia de todo el correo <input type="checkbox"/> Copia de las calificaciones solamente ¿En qué idioma desea recibir la correspondencia que enviamos a casa?			

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL ESTUDIANTE

¿Ha asistido su niño a las Escuelas del Distrito de Oakdale? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, provea el nombre de la escuela anterior _____ Año(s): _____ Ultima escuela a la que el niño asistió: _____ Dirección: _____ Estado: _____ Apartado Postal: _____ Grado: _____ Ultimo día de matrícula: _____ Fecha en la que entro a las escuelas de California: _____ Fecha de entrada a las escuelas de los EE.UU. _____ ¿Ha sido retenido su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿en qué grado? _____ ¿Alguna vez ha sido expulsado su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la escuela y del Distrito Escolar: _____	
¿Esta su niño bajo Directivos del SARB en estos momentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Etnicidad: (Seleccione uno): <input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino Raza: (Por favor seleccione uno o más, sin tomar en cuenta la Etnicidad): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Hong <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio del Asia <input type="checkbox"/> Asiático de otro sitio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Lóense <input type="checkbox"/> Tahitas <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guaranés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	
Arreglos de vivienda – ¿Dónde está viviendo su niño/familia?: (marque una) <input type="checkbox"/> Hogar permanente <input type="checkbox"/> Sin refugio <input type="checkbox"/> Hogar de grupo* <input type="checkbox"/> Refugio temporal <input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Un menor sin adulto que le acompañe <input type="checkbox"/> Se ha fugado de la casa <input type="checkbox"/> Hogar Foster * <input type="checkbox"/> Temporalmente reside con otra familia *Nombre del Trabajador Social: _____ Teléfono #: _____ *Abogado del Estudiante: _____ Teléfono#: _____ *Agencia que le encontró el Hogar Foster: _____ Teléfono#: _____	

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____	Grado: _____	Escuela: _____
Servicios que recibe el estudiante: (Marque todo lo que aplique)			
<input type="checkbox"/> Recursos (RSP)	<input type="checkbox"/> Clase de Día Especial (SDC)	<input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje (SLP)	
<input type="checkbox"/> ELD	<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Intervención de Lectura	
<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Alumno Dotado (GATE)	<input type="checkbox"/> Intervención para las matemáticas	
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS

Llene esta sección solo si aplica. Incluya todos los hermanos.

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grade:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:

POR FAVOR LEA: El padre/guardián es responsable por mantener la información al día y los cambios a la información de emergencia del estudiante. La escuela debe ser notificada por escrito, de los cambios de teléfono o de dirección dentro de 3 días en que ocurra el cambio. Si la escuela no se puede comunicar con las personas mencionadas en esta tarjeta durante una emergencia o si un estudiante se lo deja en la escuela fuera de las horas hábiles de escuela, la escuela se comunicará con las agencias de ley o la Agencia de Protección de Niños.

INFORMACIÓN DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nota: Los adultos aquí en esta lista están autorizados para recoger y cuidar del estudiante aquí nombrado.

Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD

Problemas de Salud: (marque todo lo que aplica) Si no por favor marque aquí:

<input type="checkbox"/> TDAH/TDA	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cirugía mayor _____
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre problemas emocionales _____
<input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones Tipo _____		<input type="checkbox"/> Perdida de la audición <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón Restricciones _____		<input type="checkbox"/> Usa lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
<input type="checkbox"/> Condiciones crónicas de salud _____		<input type="checkbox"/> Otro: _____

Especifique las alergias que sufre su estudiante las que han sido diagnosticadas y se sabe su estudiante es alérgico a:

Picadas de abeja: ¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? Sí No

Comidas (tipo): _____ ¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? Sí No

Otro (tipo): _____ ¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? Sí No

Por favor llame para obtener más detalles de las opciones que he demarcado:

1. _____

2. _____

¿Toma su niño algún medicamento? Sí/No. Si la respuesta es sí, especifique: _____

En el evento de una emergencia, cuando no está disponible un padre/guardián, yo autorizo al personal de escuela a hacer los arreglos necesarios para que mi niño reciba los cuidados médicos/hospital, incluyendo el transporte necesario. Yo autorizo a que este cuidado y tratamiento sea llevado a cabo por un doctor con licencia o cirujano. Yo entiendo que el padre/guardián es responsable por el costo del tratamiento de emergencia que se ha provisto.

He revisado este documento y a mi mejor conocimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. La persona que firma aquí declara bajo penalidad de perjurio que es el padre/guardián del estudiante mencionado aquí arriba.

Firma del Padre/Guardián
Pupil Services 3/2021

Fecha