



Douglas County School District

Censo estudiantil
Formulario de inscripción

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

Escuela: _____

ESCRIBA CON LETRA CLARA

2020-2021

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 _____

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 formales de planes (IEP, 504, ALP, READ, ELLP), inscripción y matrícula, etc.

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

ELD

¿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?
 Problemas de aprendizaje Consejería Dotados y talentosos Plan READ
 Habla/lenguaje Psicológica Nivelación de lectura (Title 1)
 Terapia física Problemas de comportamiento Servicios 504
 Terapia ocupacional Impedimentos visuales/auditivos 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

2020-2021

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 [] **Padrastra/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 [] **Padrastra/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 [] **Padrastra/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 padrastra 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

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

2020-2021

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

Nombre _____ Relación con el estudiante _____
Información adicional _____
Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre _____ Relación con el estudiante _____
Información adicional _____
Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre _____ Relación con el estudiante _____
Información adicional _____
Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

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.

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.

Escuela de su elección: Por inscribirse en una escuela de su elección, usted acepta los términos y condiciones de la política de inscripción abierta.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE SALUD – (Estudiantes NUEVOS)

*Esta información se revisará y mantendrá de manera confidencial por la
Enfermera Escolar asignada a la escuela de su estudiante.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
Nombre Segundo nombre Apellido

ESCUELA: _____ **GRADO/ NIVEL:** _____

HISTORIAL DE SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA

¿Problemas significativos durante el embarazo, trabajo de parto o parto? No Sí

En caso afirmativo, ¿es un problema actual? No Sí

En caso afirmativo, explicarlo _____

**MARQUE TODAS LAS CONDICIONES DE SALUD APLICABLES A SU ESTUDIANTE. SI UNA CONDICIÓN DE SALUD APLICABLE
AL ESTUDIANTE TIENE UN ESPACIO DE COMENTARIO, COMPLETE LA INFORMACIÓN ADICIONAL EN EL ESPACIO.**

Necesidades dietéticas - Comentario necesario

El estudiante tiene necesidades dietéticas especiales **Comentario:** _____

Alergias - Peligro a la vida - Comentario necesario

Alergia con peligro a la vida – Lácteos **Comentario:** _____

Alergia con peligro a la vida – Alimentos **Lista:** _____

Alergia con peligro a la vida – Picadura de insectos **Comentario:** _____

Alergia con peligro a la vida – Látex **Comentario:** _____

Alergia con peligro a la vida – Cacahuets **Comentario:** _____

Alergia con peligro a la vida – Nueces de árbol **Comentario:** _____

Alergia con peligro a la vida – Otros **Lista:** _____

Alergia con peligro a la vida – Desconocidos **Comentario:** _____

Alergias - Comentario necesario donde se indique

Animales

Ambiental/Estacional

Alimentos **Lista de alimentos:** _____

Picadura de insectos

Látex

Medicamentos **Lista de medicamento(s) :** _____

No específico

Otras condiciones - Comentario necesario donde se indique

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - Medicamento: _____

Alopecia

Artritis juvenil

Asma **Comentario:** _____

Espectro del autismo **Comentario:** _____

Condiciones de autoinmunidad **Comentario:** _____

Trastornos de la sangre **Comentario:** _____

INFORMACIÓN DE SALUD - (Estudiantes NUEVOS)

<input type="checkbox"/> Cáncer	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Anomalías cromosómicas	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	
<input type="checkbox"/> Diabetes	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	
<input type="checkbox"/> Trastornos emocionales	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Encopresis	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enuresis	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Síndrome de alcoholismo fetal	
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno gastrointestinal	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/conmoción cerebral	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón – Sin restricción	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón – Con restricción	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Portador de la hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Portador de la hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Historia de lesiones	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Sistema inmune comprometido	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	
<input type="checkbox"/> Síndrome de QT prolongado	
<input type="checkbox"/> Migrañas	
<input type="checkbox"/> Fibromialgia Miositis Mialgia	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno neurológico	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	
<input type="checkbox"/> Ortopédico - Limitación física	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Ortopédico - Sin restricciones	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Otro	Lista: _____
<input type="checkbox"/> Paraplejía	
<input type="checkbox"/> Cuadriplejía	
<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> Trastornos de ataques	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Derivación/Hidrocefalia	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Episodios de síncope	Comentario: _____
<input type="checkbox"/> Síndrome	Comentario: _____

INFORMACIÓN DE SALUD – (Estudiantes NUEVOS)

- Condición de la tiroides
- Síndrome de Tourette Comentario: _____
- Traqueotomía Comentario: _____
- Lesión cerebral traumática Comentario: _____
- Problema urinario Comentario: _____
- Necesita espejuelos/lentes de contacto
- Discapacidad visual Comentario: _____
- Enfermedad de Von Willebrand
- Síndrome de Wolff Parkinson White

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Liste cualquier enfermedad, hospitalización, cirugía o accidentes que su estudiante haya tenido en el pasado año. Ninguna

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____
- Liste cualquier condición emocional, social o de otro tipo que pueda afectar el rendimiento escolar de su estudiante.

Ninguna
- ¿Está su estudiante tomando *actualmente* algún medicamento, incluyendo medicamentos de venta libre? No Sí
- Si su estudiante necesitará que se le administre un medicamento en la escuela, se requiere un Formulario de autorización de medicamentos del proveedor para cada medicamento. Si su estudiante es un estudiante de escuela secundaria y va a llevar consigo un medicamento recetado, se requiere completar un Formulario de autorización para llevar medicamentos para cada medicamento. Los estudiantes de la enseñanza superior pueden llevar y administrarse un medicamento recetado para un día, en un envase etiquetado de la farmacia.
- ¿Está su estudiante actualmente recibiendo terapias alternativas (acupuntura, homeopática, herbal, biorretroalimentación, etc)? No Sí

En caso afirmativo, explicarlo _____
- ¿Hay algo más que usted quisiera que sepamos sobre su estudiante? No Sí

Nombre de padres/tutor legal (letra imprenta) _____

Firma de padres/tutor legal _____ Fecha _____