

Distrito Escolar de Hillsboro

Formulario para matricular estudiantes

ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

Instrucciones: El formulario de matrícula es un registro oficial. La información proporcionada por el padre/tutor legal debe coincidir con la documentación legal. **Por favor, complete TODAS las páginas y firme donde sea necesario.**

La información sobre la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) se encuentra en los Estándares de conducta del estudiante.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE					
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre	Suffix
Grado	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>		Nombre de preferencia		
Edad	Fecha de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
Idioma de comunicación oral hacia el hogar			Idioma de comunicación escrita hacia el hogar		
Yo afirmo que el estudiante nombrado arriba nació en la fecha y en el lugar indicado. Firma _____ Fecha _____					
ETNICIDAD Y RAZA (Por favor conteste AMBAS)					
La etnia y la raza son requeridas por el gobierno federal y se utilizan para el análisis de datos y para fines de informes. Para ver definiciones extendidas de las categorías de etnia y raza, visite: https://nces.ed.gov/ipeds/report-your-data/race-ethnicity-definitions					
Seleccione una ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No es hispano/latino		Seleccione una o más RAZAS <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Otros Isleños del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano			
Dirección residencial (calle, dirección y # de apto.)		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal, si es diferente (calle, dirección y # de apto.)		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Si el estudiante está viviendo en cualquiera de las siguientes circunstancias, podría haber servicios adicionales disponibles: compartiendo vivienda con amigos o familiares, viviendo en un albergue o motel, o si es un estudiante que está viviendo lejos de sus padres o tutor legal. Por favor, pregunte en la escuela para obtener más información.					
Número de teléfono principal (se llamará a este número si su estudiante está ausente) () _____ - _____ ¿Privado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de teléfono _____			Teléfono celular del estudiante () _____ - _____		
¿Ha asistido su estudiante a la escuela en los Estados Unidos por periodos de tiempo que suman menos de tres (3) años durante toda su vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Ha asistido su estudiante previamente a una escuela en Oregon? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la escuela pública de Oregon a la que asistió anteriormente	
Fecha de la primera vez que su estudiante ingresó a una escuela de los Estados Unidos	Último distrito escolar al que asistió	Última escuela a la que asistió (nombre y dirección)		Fechas que asistió	
De acuerdo con la ley ORS 339.250, por favor conteste las siguientes preguntas: ¿Ha sido su estudiante expulsado de alguna escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la razón? _____ Fecha _____ Escuela _____		
¿El estudiante o uno de los padres o abuelos del estudiante es miembro de una tribu indígena estadounidense reconocida federalmente por los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Esta información establece la elegibilidad del Distrito para una subvención federal bajo el Título IV-A de la Ley de Educación Indígena. A los estudiantes que marquen "Sí" como respuesta se les enviará más información). Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____					

Nombre del estudiante _____ # ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

**Consulte la sección al final de esta página para obtener información*

PADRE/TUTOR LEGAL

Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación		Orden para llamar en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre		Apellido		
Favor de marcar todas las que correspondan * Vive con el estudiante <input type="checkbox"/> Contacto permitido <input type="checkbox"/> Derechos educativos <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Correo postal permitido <input type="checkbox"/>				
Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante) Ciudad, Estado, Código postal				
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma		¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.</i>		
Teléfono de la casa		¿Privado? <input type="checkbox"/>	Teléfono celular	¿Mensaje de texto permitido? <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico		Empleador		Título de trabajo

PADRE/TUTOR LEGAL

Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación		Orden para llamar en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre		Apellido		
Favor de marcar todas las que correspondan * Vive con el estudiante <input type="checkbox"/> Contacto permitido <input type="checkbox"/> Derechos educativos <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Correo postal permitido <input type="checkbox"/>				
Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante) Ciudad, Estado, Código postal				
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma		¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.</i>		
Teléfono de la casa		¿Privado? <input type="checkbox"/>	Teléfono celular	¿Mensaje de texto permitido? <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico		Empleador		Título de trabajo

PADRE/TUTOR LEGAL

Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si marca aquí, explique la relación		Orden para llamar en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>		¿Militar de servicio activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre		Apellido		
Favor de marcar todas las que correspondan * Vive con el estudiante <input type="checkbox"/> Contacto permitido <input type="checkbox"/> Derechos educativos <input type="checkbox"/> Tiene custodia <input type="checkbox"/> Correo postal permitido <input type="checkbox"/>				
Dirección (si es diferente a la dirección del estudiante) Ciudad, Estado, Código postal				
¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde no, escriba su primer idioma		¿Es trabajador migrante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Para ser elegible a los servicios de educación migrante, el estudiante debe haberse mudado en los últimos tres (3) años fuera del Distrito, de la ciudad, del condado o de las fronteras del estado mientras sus padres o tutores legales obtienen empleo temporal en actividades agrícolas o de pesca.</i>		
Teléfono de la casa		¿Privado? <input type="checkbox"/>	Teléfono celular	¿Mensaje de texto permitido? <input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico		Empleador		Título de trabajo

***Vive con el estudiante:** Indica que el padre/tutor legal vive en el hogar con el estudiante.
Contacto permitido: Indica que al padre/tutor legal se le permite el contacto con el estudiante y se le incluirá en la comunicación entre la escuela y el estudiante.
Derechos educativos: Indica que el padre/tutor legal tiene derechos para acceder a la información del estudiante en el portal Synergy de padres.
Tiene custodia: Indica que el padre/tutor legal tiene la custodia legal del estudiante.
Correo postal permitido: Indica que el padre/tutor legal **que no vive con el estudiante** puede recibir correspondencia relacionada con el estudiante.

Nombre del estudiante _____ # ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

INFORMACIÓN DE ORDEN DE RESTRICCIÓN/CORTE

¿Existe una orden **vigente** de restricción/corte relacionada con este estudiante?* Sí No
 *Si existe una orden **vigente** de restricción/corte relacionada con este estudiante, **debe entregar una copia** de dicha orden antes de que la escuela pueda limitar el acceso a este estudiante.

HERMANOS (Escriba los nombre de los hermanos, desde recién nacidos hasta grado 12)

Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Grado	Escuela	
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Grado	Escuela	
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Grado	Escuela	

SERVICIOS DE EDUCACIÓN TEMPRANA

¿Ha recibido el estudiante Servicios de Educación Temprana? Preescolar en una localidad del Distrito Escolar de Hillsboro
 Head Start OCDC Cuidado infanti Preescolar fuera de los programas del Distrito Escolar de Hillsboro Localidad _____

SERVICIOS ESTUDIANTILES

¿Está el estudiante actualmente en un Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés)? Sí No
 ¿Está el estudiante actualmente en un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés)? Sí No
 ¿Ha estado el estudiante matriculado en un programa especial en el pasado? Sí No Si contesta que sí, indique el o los programa(s)
 Educación especial (IEP) Título I: Lectura/Matemáticas TAG Estudiante aprendiendo inglés Educación migrante Sección 504
 Otro _____

TRANSPORTE ANTES Y DESPUÉS DE CLASES

Complete esta información si su estudiante está en escuela primaria: Kínder – 6º grado

Transporte en la mañana	En autobús <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Lo llevan (vehículo privado) <input type="checkbox"/> Vehículo de guardería <input type="checkbox"/>	Persona responsable de llevarlo
Transporte en la tarde	En autobús <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Lo recogen (vehículo privado) <input type="checkbox"/> Vehículo de guardería <input type="checkbox"/>	Persona responsable de recogerlo

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Favor de agregar otras personas que no sean los padres/tutores legales. Se asume que estos contactos están autorizados para recoger al estudiante.

Orden de llamada en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido	Nombre
Relación con el estudiante		Dirección
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular

Orden de llamada en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido	Nombre
Relación con el estudiante		Dirección
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular

Orden de llamada en caso de emergencia Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/>	Apellido	Nombre
Relación con el estudiante		Dirección
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular

Puede agregar contactos de emergencia adicionales en una hoja de papel por separado

INFORMACIÓN EN CASO DE CIERRE POR EMERGENCIA

Por favor, seleccione el **Plan en caso de cierre por emergencia** para su estudiante. Puede haber ocasiones en que la escuela necesite cerrar durante el día escolar debido a hielo, nieve, averías eléctricas u otras emergencias.

Autobús escolar Caminar Lo recogen (vehículo privado)

Notas en caso de cierre por emergencia Por favor, proporcione la siguiente información: Si su estudiante va a ser recogido, **escriba el nombre y número de teléfono de la persona que tiene su permiso para recogerlo**; si su estudiante va a tomar el autobús a un lugar diferente a un día normal, indique la dirección, el nombre de la persona responsable de su cuidado y el número de teléfono; agregue otros detalles si es necesario.

Recogido por _____ Número de teléfono () ____ - _____
 Tomará el autobús hacia _____ y se quedará con _____ Número de teléfono () ____ - _____
 (dirección dentro de los límites de la escuela)
 Otros detalles _____

Nombre del estudiante _____ # ID del estudiante (solo para uso de la oficina) _____

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE SALUD

Enumere cualquier condición de salud que afectará o que podría afectar a su estudiante mientras esté en la escuela, tales como: enfermedades del corazón, diabetes, trastornos convulsivos, alergias, problemas de visión, audición, asma o cualquier otra condición crónica:

1 _____
 2 _____
 3 _____

MEDICAMENTOS

Se requiere un **Formulario de autorización de medicamentos** para otorgar permiso al personal escolar designado para administrar medicamentos. Si el estudiante va a llevar consigo y a autoadministrarse el medicamento, también se debe completar el formulario **Protocolo para la autoadministración de medicamentos**. Estos formularios firmados se deben entregar a la escuela.

Por favor, escriba cualquier medicamento que su estudiante necesita tomar durante el horario escolar.

1 _____ Diariamente o cuando sea necesario
 2 _____ Diariamente o cuando sea necesario
 3 _____ Diariamente o cuando sea necesario

MEDICAMENTOS INMEDIATOS

Por favor, escriba cualquier medicamento que requiera administración inmediata en caso de una situación que ponga en riesgo la vida:

1 _____
 2 _____
 3 _____

Por favor, marque todo tipo de medicamento que el estudiante necesite en caso de emergencia:

Oral Inhalado Inyectado Nasal Rectal

INFORMACIÓN DE NUTRICIÓN

¿Necesita su estudiante una alerta de alergia en su cuenta de comida escolar?

Huevos Pescado Leche Cacahuates Marisco Soya Nueces de árbol Trigo

(Si su estudiante tiene múltiples alergias, se requerirá documentación adicional.)

INFORMACIÓN MÉDICA

El personal escolar necesita saber si su estudiante tiene un problema de salud continuo que pudiera requerir asistencia durante el día escolar. Notifique a la escuela cuando ocurran cambios en la información médica.

Nombre del doctor	Número de teléfono ()
Nombre del dentista	Número de teléfono ()
Compañía de seguro médico (Opcional)	Número de seguro médico/Medicaid
Hospital de preferencia	

REGISTRO DE MATRÍCULA

Nombre de la persona matriculando al estudiante (Favor de usar letra de molde)	Relación con el estudiante
Firma	Fecha