

|                 |               |              |                           |                                  |  |
|-----------------|---------------|--------------|---------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Escuela:</b> |               |              | <b>Estudiante:</b>        |                                  |  |
| <b>Género:</b>  | <b>Grado:</b> | <b>Aula:</b> | <b>Fecha de Registro:</b> | <b>Registación Aceptada Por:</b> |  |



## Tarjeta de Registro Del Estudiante

|                               |  |                                     |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <b>Sólo Para Uso Oficial:</b> |  | Guardián/Custodia legal verificada: |  |
| # de Identificación:          |  | En la base de datos del estudiante: |  |
| Cert. Nacimiento:             |  | Registros solicitados:              |  |
| Vacunas:                      |  | Calificaciones recibidas:           |  |

| INFORMACION DEL ESTUDIANTE |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
| Grado:                     |   | ¿Ha estado este estudiante alguna vez registrado en una escuela Pública o Chárter de Delaware? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Primer Nombre:             |   | Género:  | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino     |
| Segundo Nombre:            |   | Nacimiento:  |  |
| Apellido:                  |   | Teléfono de Casa:  | ¿No Publicado?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Generación:                | <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V |  |  |

| DESIGNACION de RAZA y ETNICIDAD  |  |
|--|--|
| ¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Selecciones una respuesta.) Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura y origen Hispano, sin importar la raza, son considerados Hispanos o Latinos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |
| Indique abajo la raza de este estudiante. Debe seleccionar por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Más de una respuesta puede ser seleccionada.<br><input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o una Isla Pacífica |  |

| DIRECCION: Por favor indique la dirección física (de casa) y de correo si son diferentes. |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Dirección Física  |  | Dirección de Correo ¿Igual a la física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Apto. #:  |  | # de Apto:  |  |
| Dirección:  |  | Dirección:  |  |
| Urbanización:   |  | Urbanización:   |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal:  |  | Ciudad, Estado, Código Postal:  |  |

| INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Primer Nombre:                             |   | Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro |   |
| Segundo Nombre:                            |   | <input type="checkbox"/> Guardián Designado por la Corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor liste):                                     |   |
| Apellido:                                  |   |   |   |
| Generación:                                | <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | Vive con el niño:   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
| Apto. #:                                   |   | Teléfono Celular:   |   |
| Dirección:                                 |   | Teléfono de Casa:   | ¿Publicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Urbanización:                              |   | Teléfono del Trabajo:   |   |
| Ciudad:                                    |   | Nacimiento:   |   |
| Estado/Código Postal:                      |   | Empleador:  |   |

| Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |   |   |   |
|-----------------------|---|---|---|
| Primer Nombre:        |   | Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro |   |
| Segundo Nombre:       |   | <input type="checkbox"/> Guardián Designado por la Corte <input type="checkbox"/> Otro (por favor liste):                                     |   |
| Apellido:             |   |   |   |
| Generación:           | <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | Vive con el niño:   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No            |
| Apto. #:              |   | Teléfono Celular:   |   |
| Dirección:            |   | Teléfono de Casa:   | ¿Publicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Urbanización:         |   | Teléfono del Trabajo:   |   |
| Ciudad:               |   | Nacimiento:   |   |
| Estado/Código Postal: |   | Empleador:  |   |

| Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Debe tener 18 años de edad o mayor.  |                                |                       |                                |
|--|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <b>Importante</b><br>En evento de una emergencia, las personas listadas aquí serán contactadas si el padre/guardián no puede ser encontrado. | Primer Nombre:                 |                       | Primer Nombre:                 |
|  | Apellido:                      |                       | Apellido:                      |
|  | Relación:                      |                       | Relación:                      |
|  | Dirección:                     |                       | Dirección:                     |
|  | Ciudad, Estado, Código Postal: |                       | Ciudad, Estado, Código Postal: |
|  | Teléfono Celular:              |                       | Teléfono Celular:              |
|  | Teléfono de Casa:              |                       | Teléfono de Casa:              |
| Teléfono del Trabajo:  |                                | Teléfono del Trabajo: |                                |

Estudiante: \_\_\_\_\_

**Actualización del Historial de Salud del Estudiante:** Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- ADD/ADHD    Sangrado    Varicela    Corazón    Convulsiones    Otro: \_\_\_\_\_  
 Alergias    Perforaciones/Tatuajes    Diabetes    Infecciones    Habla  
 Asma    Problemas Óseos    Emocional    Riñón    Cirugía  
 Conducta    Intestino/Vejiga    Audición    Discapacidad Física    Visión

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos?  Sí  No

¿A Qué?: \_\_\_\_\_ ¿Qué Pasa? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su niño una alergia a la comida?  Sí  No

¿A Qué?: \_\_\_\_\_ ¿Qué Pasa? \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

4. ¿Requiere su niño un menú individualizado y libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?

**Nota: Las Comidas hechas en casa proveen las opciones más seguras en la escuela para estudiantes con alergias a comida.**

- No. Yo tomaré toda la responsabilidad de proveer a mi niño las comidas libres de alérgenos en la escuela.  
 Sí. Yo entregaré a la enfermera escolar un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado

5. ¿Su niño ha visitado un proveedor de salud desde que la escuela terminó en junio?  Sí  No

¿Para Qué? \_\_\_\_\_

6. ¿Su niño está siendo tratado o evaluado para alguna condición de salud?  Sí  No

Liste las condiciones: \_\_\_\_\_

7. ¿Su niño está tomando alguna medicina o en algún tratamiento?  Sí  No

Nombre del medicamento o tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Necesita su niño medicamentos durante horas de escuela? **Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.**  Sí  No

8. ¿Se le ha prescrito a su niño gafas o lentes de contacto?  Sí  No

Fecha del último examen: \_\_\_\_\_ Si su niño usa gafas o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido su niño trastornos emocionales (mudanza, muerte, separación, divorcio) desde que la escuela terminó en junio?  Sí  No

Por favor liste: \_\_\_\_\_

### Información Médica

|                         |           |                |  |
|-------------------------|-----------|----------------|--|
| Médico Familiar:        |           | Teléfono       |  |
| Dentista Familiar:      |           | Teléfono       |  |
| Seguro Médico:          |           | Tipo           |  |
| Número del Certificado: | Grupo No. | # de Medicaid: |  |

Yo doy permiso para que mi niño tome Acetaminofén (Tylenol®) si es determinado por la enfermera.  Sí  No

Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) si es determinado por la enfermera.  Sí  No

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Procedimientos de Emergencia Escolar:** Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán utilizados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:

- La escuela llamará a casa. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará al 1º lugar de trabajo del padre/guardián, o al 2º lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta,
- La escuela llamará los otros números de teléfonos listados y al médico.
- Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local.
- Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local.
- La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que uno sea contactado.
- La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia.

Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Estudiante:**

| INFORMACION ESPECIAL DE CUSTODIA: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique: |  | INFORMACION ADICIONAL                           |   |
|---|--|---|---|
| Nombre:   |  | ¿Ha sido el estudiante expulsado?               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Relación:   |  | ¿Ha estado en un programa para Superdotados?    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |  | <b>Tiene su niño (documentación requerida):</b> |   |
| Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.   |  | Un PEI (Plan de Educación Individualizada)      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|   |  | Un Plan de Acomodaciones 504                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).**

|   |  |
|---|--|
| Nombre de la persona o programa:  |  |
| Dirección:  |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal:  |  |
| <input type="checkbox"/> Casa/Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Programa de Educación Temprana   |  |
| ¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Inglés como 2º Idioma <input type="checkbox"/> Otro: |  |

**INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS**

|          |        |  |       |        |  |
|----------|--------|--|-------|--------|--|
| Nombre:  |        | Nombre:  |       |        |  |
| Edad:    | Grado: | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | Edad: | Grade: | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| Escuela: |        | Escuela:   |       |        |  |
| Nombre:  |        | Nombre:  |       |        |  |
| Edad:    | Grado: | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | Edad: | Grade: | Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| Escuela: |        | Escuela:   |       |        |  |

**ARREGLOS PARA LA GUARDERIA**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Nombre:                        |  |
| Dirección:                     |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal: |  |
| Teléfono:                      |  |

**INFORMACION DE TRANSPORTE:**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Por favor marque la casilla que aplique para su niño.</b> |   | <b>Comentarios:</b> Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna. |
| <b>A la Escuela</b>  | Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la <b>casa</b>           |   |
|  | Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la <b>guardería</b>      |   |
|  | Mi hijo caminará a la escuela cada día                                |   |
|  | Mi hijo será conducido a la escuela cada día                          |   |
| <b>De la Escuela</b>   | Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la <b>casa</b>           |   |
|  | Mi hijo tomará el autobús a la <b>guardería</b> después de la escuela |   |
|  | Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día             |   |
|  | Mi hijo será recogido de la escuela cada día                          |   |

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro u oferta de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local receptora a la cual yo apliqué.

|   |       |
|---|-------|
| Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo | Fecha |
|---|-------|

**Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Colonial Comparte la Información del Estudiante**

El Distrito Escolar Colonial reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios del distrito y externos. La Lay Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información bajo circunstancias limitadas. La información del directorio es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor obtenga un formulario de consentimiento en la oficina de la escuela de su niño.



**Departamento de Educación de Delaware – Encuesta del Idioma de Casa**

Fecha \_\_\_\_\_

Colonial - Escuela \_\_\_\_\_

**El Departamento de Educación de Delaware requiere que las escuelas determinen los idiomas hablados en casa por cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas suministren una educación significativa para todos los estudiantes. Por favor de completar la siguiente sección y devolver esta encuesta a la escuela de su niño.**

**I. Información del Padre** (La Sección I es para el idioma preferido del padre/guardián. La información del estudiante está en la Sección II):

- a. ¿En qué idioma le gustaría recibir la información escrita de la escuela? \_\_\_\_\_
- b. ¿En qué idioma prefiere comunicarse oralmente con el personal de la escuela? \_\_\_\_\_

**II. Información del Estudiante:**

(Apellido/Primer/Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

A.

1. ¿Cuál idioma(s) su niño **actualmente** ...
- a. ¿entiende? \_\_\_\_\_ b. ¿habla? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál idioma su niño **utiliza** más seguido ...
- a. en casa ...
- i. \_\_\_\_\_ ¿con los padres?
- ii. \_\_\_\_\_ ¿con hermanos?
- iii. \_\_\_\_\_ ¿con miembros de la familia?
- b. ¿Fuera de la escuela (con amigos, para actividades recreacionales)? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál idioma su niño **escucha** más seguido ...
- a. en casa ...
- i. \_\_\_\_\_ ¿con los padres?
- ii. \_\_\_\_\_ ¿con hermanos?
- iii. \_\_\_\_\_ ¿con miembros de la familia?
- b. ¿Fuera de la escuela (con amigos, para actividades recreacionales)? \_\_\_\_\_

B.

1. ¿Cuál idioma habló su niño cuando primero empezó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué otros idiomas su niño utiliza/escucha regularmente? \_\_\_\_\_
3. ¿Su niño lee/escibe en inglés? \_\_\_\_\_
4. ¿Su niño lee/escibe en otro idioma o en adición al inglés?  Sí  No

**III. Servicios adicionales pueden ser suministrados a su niño basado en la fecha de su llegada e inscripción a una escuela en Estados Unidos.**

1. ¿En qué país nació su niño? \_\_\_\_\_
2. Si su niño nació en otro país, ¿ha él/ella asistido a una escuela en los Estados Unidos?  Sí  No
3. Si así es, ¿cuál fue la fecha en que su niño fue inscrito en una escuela en Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_