

Student ID# _____

Student Start Date _____

Escuela _____ Año escolar _____ Fecha de hoy _____

Información del estudiante

Primer nombre legal		Segundo nombre legal (o ninguno)		Apellidos legales		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	
Sexo		Grado actual		La etnicidad está basada en su nacionalidad, religión y lenguaje. ¿Se considera hispano(a)?			
M F				Si No			
La raza está basada en sus características físicas que ha heredado. (Marque una o las que corresponda.)						Teléfono celular del estudiante	
Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Blanco							
¿El lenguaje principal que se habla en el hogar es el inglés?				Lenguaje en que los comunicados escolares se deben enviar a casa			
Si No							
País de nacimiento				Estado en donde nació			
Dirección principal o domicilio				Dirección postal (Si es diferente de la dirección principal o domicilio.)			
Número y calle				Número y calle o # de P.O. Box			
Ciudad		Estado		Código postal		Ciudad	

Early College of Arvada es una escuela autónoma de elección y actualmente no ofrece transporte de estudiantes hacia y desde la escuela. Los estudiantes que califican para servicios de almuerzo gratis o reducido puedan ser elegibles para recibir servicios de transporte gratuitos o con descuento a través del servicio de tren ligero y autobús de RTD. Para obtener más información, comuníquese con la administración de Early College of Arvada después de recibir la decisión de la solicitud de servicios de almuerzo.

En la siguiente sección se pide información del padre o tutor legal únicamente. La información sobre las personas para contactar en caso de emergencia se debe proveer en la sección "Contactos de emergencia", ubicada en la página 2.

Información del padre o tutor legal

¿Tiene alguna orden judicial o documentos legales que tenga que agregar al expediente del estudiante (p. ej., custodia, planes para padres, etc.)? **Si No**

Información del padre o tutor legal #1

Estudiante vive con él/ella		Comunicados		Responsabilidad económica		Servicio Militar Activo (Vea definiciones de términos a continuación)	
Tipo de relación		Padre/Madre Guardián		Padrastra/Madrasta Poder legal		Yo mismo	
Apellidos		Primer nombre		Parentesco con el estudiante		Correo electrónico principal	
Número y calle				Teléfono del hogar		Teléfono celular	
				Teléfono del trabajo			
				Números de teléfono ▶			
Ciudad		Estado		Código postal		Principal (Seleccione uno)	
						"SMS" (texto)	
						Ausencia escolar	
La dirección postal, ¿es igual a la dirección principal o del domicilio?				Si No			
Si contestó no a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal a continuación							
Calle o número de P.O.Box				Ciudad		Estado	
						Código postal	

Información del padre o tutor legal #2

Estudiante vive con él/ella		Comunicados		Responsabilidad económica		Servicio Militar Activo (Vea definiciones de términos a continuación)	
Tipo de relación		Padre/Madre Guardián		Padrastra/Madrasta Poder legal		Yo mismo	
Apellidos		Primer nombre		Parentesco con el estudiante		Correo electrónico principal	
Número y calle				Teléfono del hogar		Teléfono celular	
				Teléfono del trabajo			
				Números de teléfono ▶			
Ciudad		Estado		Código postal		Principal (Seleccione uno)	
						"SMS" (texto)	
						Ausencia escolar	
La dirección postal, ¿es igual a la dirección principal o del domicilio?				Si No			
Si contestó no a la pregunta anterior, ingrese la dirección postal a continuación							
Calle o número de P.O.Box				Ciudad		Estado	
						Código postal	

Estudiante vive con él/ella: El individuo vive con el estudiante en su residencia.

Comunicados: Puede recibir correos físicos de la escuela y/o Distrito.

Responsabilidad económica: Solamente para escuelas Primarias: El individuo es responsable por los pagos de matrícula de Kindergarten.

Servicio Militar Activo: Individuo es un miembro activo de la Fuerza Armada o en servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo.

Las personas enumeradas en la sección de padres o tutores legales recibirán acceso a la aplicación en línea ParentVUE, la cual muestra información del estudiante.

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

-Office Use Only-

Student ID# _____

Nombre de los hermanos del estudiante (Escriba solo los hermanos que asistan a las escuelas del PSD, que incluyan kínder a 12.o grado.)

Nombre de el/la hermano(a) del estudiante	Grado	Escuela a la que asiste	Nombre de el/la hermano(a) del estudiante	Grado	Escuela a la que asiste

Historial de inscripción

Última escuela a la que asistió		Ciudad		Estado	Fecha
¿Alguna vez a su hijo(a) se le ... (Si corresponde.)	adelantó un grado escolar?	Si fue así, ¿qué grado?			
	hizo repetir un grado escolar?				
Fecha en que su hijo(a) se inscribió por primera vez en una escuela de los EE. UU.		mm/dd/aa			

*Escuela de los EE. UU. (pública [kínder a 12.o grado], privada o una escuela de una base militar de los EE. UU). NO incluya instrucción escolar en el hogar ni preescolar.

Programas y servicios

¿Alguna vez se ha expulsado a su hijo(a) de una escuela?	Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre y dirección de la escuela.		Si la respuesta es afirmativa, anote la fecha de expulsión.	
Si No				
¿Alguna vez se ha remitido a su hijo(a) a una Evaluación de Riesgo?	¿Se desarrolló un Plan de Seguridad como condición para el regreso del estudiante a la escuela?			
Si No	Si No			
¿El estudiante está inscrito en otra escuela de Colorado, incluyendo escuelas a distancia y en línea?			Si No	
Si la respuesta es afirmativa, provea el nombre y dirección de la escuela:				
¿Su hijo(a) ha recibido servicios de Educación Especial?	Si No	¿Su hijo(a) ha recibido servicios de la Sección 504?	Si No	
¿En qué año se hizo la última revisión del IEP de su hijo(a)?		¿El Plan de la Sección 504 está relacionado con la salud?	Si No	
¿Su hijo(a) ha tenido un Plan Especializado para el Cuidado de la Salud?	Si No	¿Su hijo(a) ha recibido servicios de la Educación para Estudiantes con Capacidades Excepcionales?	Si No	

Contactos de emergencia que no sean padres/madres o tutores legales

En los casos en que no sea posible contactar al padre o tutor legal, los individuos enumerados como contactos en caso de emergencia pueden recoger al estudiante y recibirán información pertinente sobre el estudiante.

Provea los números de teléfono de esta persona de contacto, en el orden en que se deben llamar en caso de emergencia. Debajo de "Tipo" (de teléfono), anote una letra de la siguiente manera: H – Hogar W – Trabajo C – Celular O – Otro tipo

Contacto de emergencia #1		Apellidos de la persona de contacto #1		Primer nombre de la persona de contacto #1		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Contacto de emergencia #2		Apellidos de la persona de contacto #2		Primer nombre de la persona de contacto #2		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Contacto de emergencia #3		Apellidos de la persona de contacto #3		Primer nombre de la persona de contacto #3		Parentesco con el estudiante
Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	Teléfono	Tipo	

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y precisa.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Primer nombre del estudiante	Apellidos del estudiante	Fecha de nacimiento

-Office Use Only-

Student ID# _____

Health Information

Doctor	Primer nombre:	Apellido:	Número de teléfono:	Nombre del lugar donde trabaja el doctor:

Condiciones de salud del estudiante (marque Sí o No a continuación y explíquelo cuando sea necesario). Por favor contactar a la Oficina de Salud de su escuela para proporcionar comentarios adicionales.

ADD	Si	No	ADHD	Si	No	Retraso en el desarrollo	Si	No		
Alergias a animales	Especifique:		Si	No	Diabetes: Tipo I	Si	No	Diabetes: Tipo II	Si	No
Reacción:					Lesión en la cabeza/conmoción cerebral			Si	No	
Alergias a insectos	Especifique:		Si	No	¿Cuándo sucedió?					
Reacción:					Problemas cardíacos		Especifique:		Si	No
Alergias a medicamentos	Especifique:		Si	No	Restricciones:					
Reacción:					Problemas de riñones o urinarios			Si	No	
Alergias relacionadas con el medio ambiente	Especifique:		Si	No	Notas:					
Reacción:					Dolores de cabeza	Si	No	Migrañas	Si	No
Alergias a alimentos	Especifique:		Si	No	Problemas ortopédicos			Si	No	
Reacción:					Notas:					
Otras necesidades dietéticas	Especifique:		Si	No	Convulsiones		Especifique:		Si	No
Notas:					Notas:					
Intolerancia a alimentos	Especifique:		Si	No	Problemas neurológicos		Especifique:		Si	No
Notas:					Notas:					
Ansiedad	Depresión		Bipolar		Problemas estomacales			Si	No	
Si	No	Si	No	Si	No	Notas:				
Asma	Si	No	Inhalador como medicina de "rescate"	Si	No	Algún otro			Si	No
Autismo	Si	No	Asperger	Si	No	Notas:				
Cáncer			Si	No						
Notas:										

Problemas de la vista y el oído del estudiante

¿Su hijo(a) tiene problemas de visión?	Si	No	Si la respuesta es afirmativa, ¿usa gafas o lentes de contacto para ver de cerca?	Si	No
			Si la respuesta es afirmativa, ¿usa gafas o lentes de contacto para ver de lejos?	Si	No
¿Su hijo(a) tiene problemas de audición?	Si	No	Si la respuesta es afirmativa, ¿utiliza audífonos?	Si	No
			Si la respuesta es afirmativa, ¿su hijo(a) tiene que sentarse en un lugar especial en el salón de clase?	Si	No

Pasos a seguir en caso de una emergencia del estudiante

En caso de EMERGENCIA, ¿el problema de salud de su hijo(a) requiere que se sigan pasos especiales de los cuales el/la chofer del autobús debería estar informado(a)?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.		

Cada año escolar, se debe llenar y entregar al plantel educativo un **formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidades (Authorization and Release)**, para todo medicamento que se administre a un estudiante en la escuela.

Medicamentos del estudiante (Enumere los medicamentos que el estudiante toma en la actualidad.)

¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Si No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Si No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Si No
¿Para qué problema de salud?	Nombre de la medicación	¿Se tiene que administrar esta medicación en la escuela?
		Si No

Verifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y precisa.

Firma del padre o tutor legal

Fecha