



Maxwell Unified School District
Formulario de registro/emergencia
(A completar por el padre o tutor)

Office Use Only:

Student I.D. No. _____
SSID No. _____

Fecha de inicio anticipada : _____

Grado

Masculino ☐
Hembra ☐

Nombre LEGAL del estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____
(desde el certificado de nacimiento) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Mes./Día/Año

Dirección de residencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Nombre de la madre/Guardián _____ Apellido _____ # de hogar _____ # Celular/Trabajo _____

Dirección postal de la madre _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Nombre del padre/ Guardián _____ Apellido _____ # de hogar _____ # Celular/Trabajo _____

Dirección postal del padre (SI ES DIFERENTE) _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera Última
escuela a la que asistió: _____ Último día de asistencia _____

Nombre de la escuela _____ Ciudad/Estado _____ Número de teléfono _____

Ultima escuela de asistencia: _____ Último día de asistencia _____

Nombre de Escuela _____ Ciudad/Estado _____ # teléfono. _____

Lugar de nacimiento del estudiante: _____ si no nació en los EEUU que mes/año entro su hijo/a EEUU? _____/_____
Ciudad/Estado/País Mes/Año

Fecha de Ingreso a una Escuela en EEUU? _____/_____/_____
Mes / Año Escuela de California? _____/_____
Mes / Año

Etnicidad: Marque la repuesta que se identifica: **Por favor de marcar uno:**

☐ Hispano/Latino (Persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro Americano, o otra cultura o origen Español, a pesar de raza)

☐ No Hispano/Latino **Lenguaje en el hogar:** ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro **Lenguaje Escrita:** ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro

Que raza es su hijo/a? (marque hasta 5 categorías de su raza) Las siguientes preguntas son de etnicidad, no de raza.

No importa de le selecciono arriba, continúe las respuestas marcando uno o más para indicar lo que considera su raza.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Persona con origen en cualquier origen De personas del Norte y Sur de America (incluyendo Centro America) | <input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205) <input type="checkbox"/> Laotian (206) <input type="checkbox"/> Cambodian (207) <input type="checkbox"/> Hmong (208) <input type="checkbox"/> Otro Asiático (299) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) <input type="checkbox"/> guatemalteco (302) <input type="checkbox"/> Samoano (303) <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) <input type="checkbox"/> Islándico Pacífico (399) | <input type="checkbox"/> Africano Americano or Negro (600) <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Persona de origen en cualquier origen original gente de Europa, Norte de Africa, o Medio -Oriental) |
|--|--|---|---|
- ☐ Chino (201)
☐ Japonés (202)

Nivel de educación de los Padres: Marque la respuesta que indica la educación más alta de los padres/guardianes(s):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> no gradué de la Preparatoria | <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios (incluye título AA) | <input type="checkbox"/> Escuela de Grado/Escuela de entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria | <input type="checkbox"/> Graduado universitario | |

Que servicios educativos ha recibido su hijo/a? (Marque todo lo que aplica)

Educación Especial: ☐ Recurso (RSP) ☐ Salón Especial (SE) ☐ Habla/Lenguaje ☐ 504 Plan de Acomodación
Otro: ☐ Dotado (GATE) ☐ Matemática Rehabilitador ☐ Lectura Rehabilitador ☐ Consejería ☐ Desarrollo de Ingles
☐ Plan Medico

Ha sido expulsado el estudiante o en proceso de ser expulsado? Si ☐ No ☐

Si: Nombre de escuela: _____ Lugar: _____ Fecha: _____

Residencia – Presentemente donde vive su hijo/a/Familia? (Requisito Del Federal NCLB: Marque la caja apropiada)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil) | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel |
| <input type="checkbox"/> Duplicación (compartir vivienda con otras familias/individuos debido a la dificultades, pérdidas u otras razones) | <input type="checkbox"/> Sin refugio (coche/camping) |
| <input type="checkbox"/> En un refugio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda protegida o de transición | |

CONTACTOS DE EMERGENCIA: En caso de enfermedad o suspensión, por la presente doy me consentimiento para que mi hijo sea entregado a la(s) siguientes(s) Persona(s):

| Nombre y apellido | Relación | Teléfono de casa | Teléfono del trabajo |
|-------------------|----------|------------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

OTROS NIÑOS DE LA FAMILIA:

| Primer nombre y apellido | relación | Vive en el hogar | Escuela | Grado |
|--------------------------|----------|--|---------|-------|
| | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Otros adultos en el hogar:

| Nombre | Relación | Nombre | Relación |
|--------|----------|--------|----------|
|--------|----------|--------|----------|

Problemas de salud (marque el que aplique)

| | | |
|---|--|---|
| Diagnosticado/a ADD o ADHD..... <input type="checkbox"/> | Epiléptico/a..... <input type="checkbox"/> | Hipoglucemia..... <input type="checkbox"/> |
| Asma..... <input type="checkbox"/> | Lastimadura del ojo..... <input type="checkbox"/> | Historia de fracturas..... <input type="checkbox"/> |
| Problemas de riñón..... <input type="checkbox"/> | hipoglucemia..... <input type="checkbox"/> | Antecedentes de hospitalización... <input type="checkbox"/> |
| Problema de sangrar..... <input type="checkbox"/> | Sangrado de nariz frecuentes..... <input type="checkbox"/> | Historia de la cirugía..... <input type="checkbox"/> |
| Deficiencia de Vista..... <input type="checkbox"/> | Escoliosis..... <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes..... <input type="checkbox"/> | Desorden de Asimiento..... <input type="checkbox"/> | |
| Eczema/Problema de piel..... <input type="checkbox"/> | Varicela..... <input type="checkbox"/> | |
| Historia de los oídos..... <input type="checkbox"/> | | |
| Corazón..... <input type="checkbox"/> | | |
| Lastimaduras de cabeza..... <input type="checkbox"/> | | |
| Historia de fracturas..... <input type="checkbox"/> | | |
| Historia de Hospitalizaciones..... <input type="checkbox"/> | | |
| Historia de cirugía..... <input type="checkbox"/> | | |
| Saber de pérdida de oír..... <input type="checkbox"/> | Derecha <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> | |
| Saber perdida de vista..... <input type="checkbox"/> | Derecha <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> | |
| Limitaciones físicas..... <input type="checkbox"/> | Describe..... | |
| Usa lente de contacto..... <input type="checkbox"/> | | |
| Usa lentes..... <input type="checkbox"/> | Para trabajo de cerca <input type="checkbox"/> Solamente Para distancia <input type="checkbox"/> Todo el tiempo <input type="checkbox"/> | |

Otras o más información de los de arriba:

Alergias (Marque lo que le aplica) Ningún: ☐

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| Animales <input type="checkbox"/> | Drogas <input type="checkbox"/> | Especifiqué en lo que este alérgico: _____ |
| Insectos <input type="checkbox"/> | Comida <input type="checkbox"/> | |
| Abejas <input type="checkbox"/> | Plantas <input type="checkbox"/> | Describe reacciones y/o tratamiento: _____ |
| | Otro <input type="checkbox"/> | Explique: _____ |

PERMISO DE MEDIOS PUBLICOS

Doy/Damos permiso de que mi/nuestro estudiante sea observado/a, entrevistado, fotografiado y/o gravado cuando a un representante de los medios públicos obtenga permiso estar en la escuela de el director o una persona designada. Si ☐ No ☐

PROGRAMA AMPLIADO DE OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE

Soy/somos el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente. Por la presente, autorizo a mi/nuestro hijo a inscribirse en el Programa de Aprendizaje Expandido (ELOP). Entiendo que al inscribirme en el programa, mi hijo tendrá acceso al programa antes de la escuela, al programa después de la escuela, a los campamentos de verano y a todos los días y actividades de ELOP que se ofrecen durante todo el año. Si ☐ No ☐

AUTORIZACION MEDICA DE EMERGENCIA

Yo/Nosotros los padres/guardianes del dicho estudiante. En caso de una emergencia y Yo/Nosotros no estemos al alcance le damos autorización al representante de la escuela, de acuerdo de las provisiones de la Sección 6910 de Código de Familia actuar como cualquier agente para consentir en dar atención medica, dental y hospital o cuidado quirúrgico al estudiante mencionado arriba,

Yo/Nosotros hemos revisado este documento al mejor de mi/nuestro conocimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. La firma abajo declara bajos la pena del perjurio que somos los verdaderos padres o guardián legal del estudiante nombrado arriba y concedemos su autorización.

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardian: _____

dirección de correo electrónico _____