



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

Office Use Only:

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

Fecha de inicio anticipada : _____
Grado

Masculino

Hembra

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

Dirección de residencia Ciudad Estado Cremallera

Nombre de la madre/Guardián | (_____) | (_____) # de hogar # Celular/Trabajo

Dirección postal de la madre Ciudad Estado Cremallera

Nombre del parent/ Guardián | (_____) | (_____) # de hogar # Celular/Trabajo

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

Última escuela de asistencia: _____ Ultimo 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? _____ / _____
Cuidad/Estado/País Mes/Año

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

Etnicidad: Marque la respuesta 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"/> Islánico Pacifico (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) |
|--|--|--|---|

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"/> Gradado de la Preparatoria | <input type="checkbox"/> Gradado 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) siguiente(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	hipoglucemias..... <input type="checkbox"/>	Antecedentes de hospitalización... <input type="checkbox"/>
Problema de sangrar	Sangrado de nariz frecuentes <input type="checkbox"/>	Historia de la cirugía..... <input type="checkbox"/>
Deficiencia de Vista	Escoliosis..... <input type="checkbox"/>	
Diabetes..... <input type="checkbox"/>	Desorden de Asimiento..... <input type="checkbox"/>	
Eczema/Problema de piel	Varicela..... <input type="checkbox"/>	
Historia de los oídos		
Corazón.....		
Lastimaduras de cabeza.....		
Historia de fracturas		
Historia de Hospitalizaciones.....		
Historia de cirugía.....		
Saber de pérdida de oír..... <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierdo <input checked="" type="checkbox"/>	
Saber perdida de vista.....	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/>	
Limitaciones físicas	Describa _____	
Usa lente de contacto		
Usa lentes		
		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:

Anímales <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"/>	Describa 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 grabado 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 parente/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 bajo 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 _____