

# ESCUELAS DEL CONDADO ROCKINGHAM

NÚMERO DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
 AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_  
 MAESTRO REGULAR: \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE  
 (Revisado- 2/3/2017)

TRANSPORTE: \_\_\_\_AM \_\_\_\_PM  
 (B=Bus, C=Coche, Y=YMCA, D=Guardián)  
 BUS # \_\_\_\_\_AM \_\_\_\_PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ APODO: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

SEXO: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD (INDIQUE UNO):**      Hispánico/Latino      Non-Hispánico

**RAZA (INDIQUE UNO O MAS):**    Black      White      Asiática      Hawaiano/Isleño pacifico      Nativo Americano      Indígena/Alaska

*\* Nota #1 Hispano hace referencia a un Grupo Étnico y no una Raza; por lo tanto se deberá seleccionar uno o más razas entra las opciones dadas para los estudiantes que seleccionen el grupo étnico Hispano/ Latino.*

*\* Nota #2 "Multé-Racial" ya no se considera una categoría de raza; por lo tanto, se deberá seleccionar una, o más, categorías de raza entre las opciones dadas.*

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
(NÚMERO DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (# DE APARTAMENTO)

\_\_\_\_\_ (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

*Suministrar documentación incorrecta o falsa sobre su lugar de residencia hará que el estudiante sea inmediato excluido de la escuela.*

**INDIQUE SOLO SI LA SITUACIÓN APLICA A USTED O SU HIJO/A:**

\_\_\_\_ Mi hijo/a y yo vivimos con un amigo/a, o pariente porque perdimos nuestro hogar o no podemos proporcionar un hogar.

\_\_\_\_ Mi hijo/a y yo vivimos en un motel, o terreno de campamento debido a la falta de no tener un alternativo adecuado.

\_\_\_\_ Mi hijo/a y yo vivimos en un refugio de emergencia, refugio de transición, o refugio de violencia doméstica.

\_\_\_\_ La residencia primaria de mi hijo/a y yo, por la noche es en un lugar público o privado que no es diseñado o usualmente usado como un alojamiento de dormir para un humano.

\_\_\_\_ Mi hijo/a está en custodia del departamento de servicios sociales.

Si indico unas de las opciones puede calificar por servicios por parte del McKinney-Vento 2001 Reauthorization Act.

**IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR:** \_\_\_\_\_

**EL ESTUDIANTE VIVE CON (NOMBRE):** \_\_\_\_\_

Indique la relación de la persona del nombre anterior al estudiante:

Padres \_\_\_\_ Solo la Madre \_\_\_\_ Solo el Padre \_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_ Papa/Padrastro \_\_\_\_ Mama/Madrastra \_\_\_\_ Otro/a \_\_\_\_

**¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE?** \_\_\_\_\_  
(PADRES, ABUELOS, GUARDIÁN, ETC)

\*\* Si usted NO es el padre/madre del alumno, tiene CUSTODIA LEGAL del niño/a?    Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\*\* Si su respuesta es Sí, tiene la documentación legal disponible?            Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(INDIQUE UNO)  
**MADRE/MADRASTRA/GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE)

# DE TELÉFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO CELLULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
(# DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

**IDIOMA QUE PREFERE:** \_\_\_\_\_ **EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO TERMINADO)** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE EMPLEO:** \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

(INDIQUE UNO)  
**PADRE/PADRASTRO/ GUARDIÁN:** \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE)

# DE TELÉFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO CELLULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
(# DE CASA) (NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

**IDIOMA QUE PREFERE:** \_\_\_\_\_ **EDUCACIÓN (ÚLTIMO GRADO TERMINADO)** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE EMPLEO:** \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

\*\* **ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:** CASADOS \_\_\_\_ DIVORCIADOS \_\_\_\_ SEPARADOS \_\_\_\_ SOLTEROS \_\_\_\_ VIUDO/A \_\_\_\_  
 ¿Si hay asuntos sobre la CUSTODIA, ha entregado los documentos actualizados de la corte para nuestros archivos?    Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CUANDO LOS ALUMNOS DEBEN DE SALIR DE LA ESCUELA TEMPRANO DEBIDO AL TIEMPO MALO U OTRAS CIRCUNSTANCIAS, QUÉ FORMA DE TRANSPORTE DESEA PARA SU HIJO/A? VIAJARÁ EN AUTO FAMILIAR, EN AUTOBUS, IRÁ A LA GUARDERÍA, AL YMCA?**

POR FAVOR DESCRIBA DIRECCIONES A SU HOGAR SALIENDO DE LA ESCUELA:

POR FAVOR NOMBRE TRES PERSONAS EN ORDEN DE PREFERENCIA A QUIENES PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y QUE USTED AUTORIZA QUE RECOGEN AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA SI NO PODEMOS CONTACTAR A SUS PADRES EN CASO DE UN EVENTO DE EMERGENCIA COMO UN ACCIDENTE, TIEMPO MALO, ENFERMEDAD, ETC. ASUMIREMOS QUE ESTAS PERSONAS PUEDEN RECOGER A SU HIJO/A DE LA ESCUELA DURANTE LOS HORARIOS REGULARES O SI VAN EN AUTO POR LA TARDE. ES POLIZA RCS QUE LA PERSONA RECOGIENDO AL ESTUDIANTE TENGA UNA FORMA DE IDENTIFICACIÓN VALIDA PARA SACAR AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL NIÑO/A: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

.....  
**INFORMACIÓN MEDICAL**

NOMBRE DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL PREFERIDO: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ # DE POLIZA: \_\_\_\_\_

LISTA DE ALERGIAS O PROBLEMAS DE SALUD QUE TIENE SU HIJO/A: \_\_\_\_\_

¿SU HIJO/A TOMA MEDICINAS REGULARES? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ MEDICINAS: \_\_\_\_\_

¿SU HIJO/A TENDRÁ QUE TOMAR MEDICACIONES DURANTE LA ESCUELA? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Si indico SÍ, por favor pida y llene un formulario dando permiso para administrar medicina)

¿LA ACTIVIDAD FISICA DE SU HIJO/A ESTÁ RESTRINGIDA POR ALGUNA RAZON? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI INDICO SÍ, POR FAVOR, EXPLIQUE:

¿HA SUFRIDO SU HIJO/A DE UNA CONCUSIÓN EN EL ULTIMO AÑO? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Si indico SÍ, por favor describa cuando pasó y si hay algunos síntomas actuales)

.....  
POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS OTROS NIÑOS/AS QUE VIVEN EN EL HOGAR: # DE HERMANOS: \_\_\_\_\_ # DE HERMANAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

¿COMO VENDRÁ EL NIÑO/A A LA ESCUELA? AUTO \_\_\_\_\_ AUTOBUS \_\_\_\_\_

SI VA A USAR EL AUTOBUS, INDIQUE:

LA DIRECCIÓN DE DONDE SERÁ RECOGIDO POR LAS MAÑANAS: \_\_\_\_\_

LA DIRECCIÓN DE DONDE SERÁ DESCARGADO POR LA TARDE: \_\_\_\_\_

.....  
¿SE HA MOVIDO O REUBICADO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS PARA OBTENER TRABAJO TEMPORAL? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿SU HIJO/A SE ESTÁ TRANSFIRIENDO DE OTRA ESCUELA? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI INDICO SÍ, DÉ LA RAZON: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿HA SU HIJO/A ESTADO INSCRIBIDO EN UNA ESCUELA PUBLICA DEL ESTADO DE NORTE CAROLINA? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Si su repuesta es NO, por favor pide un formulario de EVALUACIÓN DE SALUD- OBLIGATORIO por todas nuevas inscripciones a una escuela del estado)

¿SU HIJO/A SE HA MATRICULADO EN UNA ESCUELA DEL CONDADO DE ROCKINGHAM ANTES? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI SU REPUESTA FUE SÍ, DÉ EL NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ AÑO QUE SE MATRICULO: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO QUE LA ESCUELA BRINDA SERVICIOS DE EMERGENCIA A MI HIJO/A SI ES NECESARIO.**

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_