



**KINDERGARTENERS Y NUEVOS ENROLADOS AL DISTRITO
INFORMACION DE INSCRIPCION DEL ALUMNO**

Es responsabilidad del padre/guardian mantener esta información actualizada periódicamente

Apellido de Estudiante: _____ Nombre: _____ MI: _____

Grado: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

(Debe ser la dirección física real no un PO Box)

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

(Si es diferente a la dirección de casa)

Teléfono de Casa#: _____ Padre / Tutor: _____

Etnicidad y Raza Federales

Etnicidad de los estudiantes: Es el estudiante Hispano o Latino? () Si () No

Raza de estudiantes (círculo uno): (C) Blanco (B) Negro (A) Asiático
(I) Indio de Alaska (P) Nativo de Hawái / Otro Islas del Pacifico

Apellido del Padre: _____ **Nombre:** _____

Teléfono principal del padre: _____ Teléfono de trabajo del padre: _____

Lugar de empleo del Padre: _____

Correo electrónico de Padre: _____

Nombre del Guardian (si no es el padre): _____

Dirección del Guardian: _____

Teléfono del Guardian: _____ Teléfono de trabajo de Guardian: _____

Correo electrónico del Guardian: _____

Apellido de la Madre: _____ **Nombre:** _____

Teléfono principal de la madre: _____ Teléfono de trabajo de la madre: _____

Lugar de empleo del Madre: _____

Correo electrónico del Madre: _____

¿Con quién vive el estudiante?

Madre: _____ Padre: _____ Madrastra: _____ Padrastro: _____

Abuela: _____ Abuelo: _____ Padre adoptivo: _____ Guardian legal: _____

Padres adoptivos: _____ Inicio del grupo: _____ Otro (describa la relación): _____

¿Es un hogar de padres solteros? () Si () No

Contactos de emergencia

Persona de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Persona de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Persona de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Otros adultos que viven en el hogar con el estudiante:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

¿Cuántos hermanos totales tiene el estudiante? _____ ¿Cuántos viven en casa? _____

Por favor, anótelos abajo:

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>ESCUELAS/OCUPACION</u>	<u>GRADO</u>	<u>¿En casa?</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIA ESCOLAR

En el pasado, su hijo ha encontrado algún problema en la escuela (por favor marque las áreas apropiadas):

Asistencia _____ Comportamiento _____ Grados _____ Retención _____
 Suspensión _____ Expulsión _____ Académico _____ Logro _____

¿Ha estado su hijo en programas especiales como Título I, Educación Especial, lectura correctiva, superdotado, etc.?
 Por favor, explique.

Enumere todas las escuelas (incluyendo BCS) que este estudiante ha asistido, incluyendo guardería, preescolar y Kindergarten:

NOMBRE de la ESCUELA	DOMACILLO	CIUDAD / ESTADO	GRADO	FECHAS ATENDIDAS
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Al firmar este formulario, verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

ENCUESTA MILITAR

¿Es el padre o guardian actual un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? () Si () No

En caso afirmativo: () Servicio activo () Guardia () Reservas

Las Escuelas Públicas De Belén **Salud Autorización Forma**

PROPÓSITO: para permitir que los padres o tutores para autorizar tratamiento de emergencia para un niño que se convierte en enfermo o lesionado y bajo autoridad de la escuela, cuando sus padres no se puede llegar. Al finalizar, este formulario debe devolverse a la escuela. La forma original y cualquier copia de los mismos pueden ser utilizadas para identificar las opciones médicas de los padres abajo firmantes. **POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE TRES!**

Apellido:	Primer Nombre:	Medio Inicial:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
-----------	----------------	----------------	---	------

NOMBRE DE LA ESCUELA ASISTIERON EL ULTIMO AÑO ESCOLAR:

SECCIÓN UNO – ESTUDIANTE INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de que su hijo se convierte en enfermo o lesionado y tiene que ser enviado a casa o a la sala de emergencia, la oficina de salud escolar siempre intentará llegar a los padres primero a continuación. Si los padres no se logra, se llamará contactos secundarios. **GUARDE ESTOS NÚMEROS ACTUALES.**

Nombre de Padre/Guadrián: Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Vive Con <input type="checkbox"/> Guadrián legal	Dirección: Dirección: Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Vive Con <input type="checkbox"/> Guadrián legal	Teléfono #1 Teléfono #2 Teléfono #3
Nombre de Padre/Guadrián: Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Vive Con <input type="checkbox"/> Guadrián legal	Dirección: Dirección: Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Vive Con <input type="checkbox"/> Guadrián legal	Teléfono #1 Teléfono #2 Teléfono #3

Los requisitos de inmunización para asistir a la escuela se rigen por la ley de salud pública, las regulaciones estatales y las políticas escolares. Su hijo está registrado condicionalmente dependiendo de la revisión de sus registros de inmunización. Los registros de inmunización presentados para el registro deben estar actualizados. La enfermera revisará todos los registros de inmunización antes del primer día de escuela y le informará si todos están actualizados. Si todas las inmunizaciones son actuales, el registro de su hijo se estará completo y podrá asistir a la escuela. Al inicializar en la caja, confirmo que he leído y entiendo que mi hijo está registrado condicionalmente dependiendo de la revisión de sus registros de vacunación. Inicial aquí

Hermanos En Otras Escuelas

Nombre	Escuela	Grado	Fecha de Nacimiento
1.			
2.			
3.			

SECCIÓN DOS – HISTORIA DE SALUD – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

Mi niño/a no tiene condiciones de salud, incluyendo los enumerados a continuación.

<input type="checkbox"/> Alergias: <input type="checkbox"/> Temporada	<input type="checkbox"/> Alimentos (lista):	<input type="checkbox"/> Otras Alergias (lista):	<input type="checkbox"/> EpiPen tiene Prescripción
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Congenital/Genética	<input type="checkbox"/> Oídos/ Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/> Pulmonar (Excepto Asma)
<input type="checkbox"/> Asma Necesita el inhalador: S N	<input type="checkbox"/> Ojo/Visión Usa lentes/contactos: S N	<input type="checkbox"/> Diabetes (círculo uno) Tipo 1 Tipo 2	<input type="checkbox"/> Cardiovascular (Lista) _____ Hipertensión Arterial: S N
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dermatológico/piel	<input type="checkbox"/> Estómago/GI	<input type="checkbox"/> Musculoesqueléticos
Largo plazo medicamentos (Lista):	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	<input type="checkbox"/> vejiga/GU	<input type="checkbox"/> Dental/Oral
	<input type="checkbox"/> Endocrina que no sea Diabetes	<input type="checkbox"/> Hematología/hemorragia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica (Lista de medicamentos):
<input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud:		<input type="checkbox"/> Migrañas	

SECCIÓN TRES – INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE SALUD

Seguro del Estudiante:	Nombre del Suscriptor:	ID#
------------------------	------------------------	-----

CONCEDER CONSENTIMIENTO

En el caso de una emergencia relacionada con mi hijo/a y no puedo llegar, entiendo que se llamará a los servicios médicos de emergencia y mi hijo/a puede ser transportado al siguiente proveedor/hospital para atención médica de emergencia:

Médico De Salud:	Teléfono:
Dentista:	Teléfono:
Hospital:	Teléfono:

Si, por cualquier motivo, ni I ni el sobre aparece médicos atención proveedores o HOSPITAL no se puede llegar, entiendo que transporte apropiado y médicos cuidado de mi hijo serán arreglados para cualquier proveedor de cuidado médico adecuado, hospital o centro médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que uno otro médico o dentista concurre a la necesidad. Nada en esta sección se interpretará para imponer responsabilidad en alguna escuela oficial o empleado de la escuela, que de buena fe, intenta cumplir con esta sección. Se entiende que seré financieramente responsable de toda atención de emergencia. Autorizo al personal del consultorio de salud de escuela en contacto con los proveedores de mi hijo mencionados con respecto a la gerencia médica de mi hijo. Entiendo que información sobre esta tarjeta será compartido con el personal adecuado sobre una base como-necesaria solamente. Yo, también, entiendo salud proyecciones (incluyendo visión, audición, altura, peso, presión arterial e IMC) pueden realizarse por el personal de salud escolar a menos que proporcione la oficina de salud escolar con notificación por escrito solicitando la exclusión de estos exámenes.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Forma de Cuestionario de Residencia del Estado de Nuevo Mexico

Escuela _____

Su hijo (a) puede ser elegible para recibir servicios educativos adicionales por medio de Title I Parte A, Title I Parte C-Migrante, y Title X, Parte C, McKinney-Vento Decreto de Asistencia Federal. La elegibilidad puede ser determinada por medio de este cuestionario.

1. Actualmente, donde se hospedan usted y su familia? Marque un recuadro

Sección A

Renta/ es dueño de su propia casa.

ALTO: Si usted, renta, es dueño de su propia casa, firme debajo la pregunta 5y entregue esta forma.

Sección B

Temporalmente estamos con otro familiar porque no podemos pagar o encontrar vivienda de nuestro presupuesto

Con un adulto que no es padre o tutor, ó solo sin un adulto.

Es un motel, hotel, parquer o conjunto de casas móviles sin agua potable/electricidad.

En un vehiculo de cualquier tipo, edificio abandonado, o vivienda deficiente

En un albergue de emergencias/de tránsito.

Otro

CONTINUA: Si usted marcó uno de los recuadros en la sección B, complete el restante de esta forma.

2. Se ha cambiado de casa en los últimos 3 años para buscar trabajo como empleado remunerado en agricultura (pasto, lácteos, aves, vegetales, cítricos, y otros) o pesca? (Marque Uno) Si ____ No ____

3. Si marcó un recuadro en la sección B, su hijo (a) puede ser elegible para recibir servicios adicionales por medio de Title I Parte A, Title I Parte C- Migrante, y Title X, Parte C, McKinney-Vento Decreto de Asistencia Federal.

Nombre del estudiante			S.S. #	M/F	Fecha Nacimiento	Grado	Nombre de la Escuela
Primer	Segundo	Apellido					

4. Le gustaría ser contactado por un miembro del Sistema Escolar de Education para niños y jóvenes sin hogar?

Si No

5. La firma certifica que la información proporcionada en la parte superior, es exacta.

Letra molde del Padre o Tutor que cuida el estudiante

Firma

Fecha

(Codigo área) Teléfono Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Sólo Para Uso Escolar

Forma de almuerzo gratis o costo reducido ha sido entregada/firmada

Forma de recomendación ha sido completa y entregada.

Letra Molde Contacto Escolar

Título

Firma

Fecha

Sólo para uso del distrito:	District:	School:
-----------------------------	-----------	---------



ENCUESTA DEL USO DEL IDIOMA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE NUEVO MÉXICO

~ padres o tutores deben llenar~

El propósito de esta encuesta es asegurar que su hijo/hija reciba una educación de la más alta calidad y los servicios que tiene el derecho de recibir. La información que usted proporcione será utilizada solamente para ayudar a la escuela a tomar decisiones programáticas. Responderá a este formulario solamente una vez en la trayectoria de educación de su hijo/hija.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Nivel/Grado:
------------------------	----------------------	--------------

Responda a cada pregunta marcando la casilla bajo **SÍ** o **NO**

	SÍ	NO
1. ¿Usa el/a estudiante otro idioma(s) además del inglés con su familia o sus amigos?		
2. ¿Usa usted otro idioma(s) además del inglés con el estudiante?		
3. ¿Comprende el estudiante cuando alguien se comunica con él o ella en un idioma además del inglés?		
4. ¿Lee el/a estudiante en otro idioma(s) además del inglés?		
5. ¿Escribe el estudiante en otro idioma(s) además del inglés?		
6. ¿Le interpreta o traduce el estudiante a usted o a alguna otra persona en otro idioma(s) además del inglés?		

7. ¿Si respondió **SÍ** a una o más de las preguntas 1-6, ¿cuál(es) idiomas además del inglés usa el estudiante con más frecuencia en casa? Escoja hasta tres:

<input type="checkbox"/> árabe	<input type="checkbox"/> jicarilla apache	<input type="checkbox"/> tewa
<input type="checkbox"/> cantonés	<input type="checkbox"/> keres	<input type="checkbox"/> tiwa
<input type="checkbox"/> diné	<input type="checkbox"/> coreano	<input type="checkbox"/> towa
<input type="checkbox"/> español	<input type="checkbox"/> lengua de señas americana (ASL)	<input type="checkbox"/> vietnamés
<input type="checkbox"/> francés	<input type="checkbox"/> mandarín	<input type="checkbox"/> zuni
<input type="checkbox"/> griego	<input type="checkbox"/> mescalero apache	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> hmong	<input type="checkbox"/> portugués	
<input type="checkbox"/> italiano	<input type="checkbox"/> ruso	
<input type="checkbox"/> jemer	<input type="checkbox"/> somali	

OTRAS PREGUNTAS

8. ¿Se traslada el estudiante de otro estado, distrito o escuela?
Si este es su caso, favor de proveer la ubicación y el nombre de la escuela:

9. ¿Ha recibido el estudiante instrucción escolar en otro(s) idioma(s) además del inglés? ¿Si la respuesta es sí, cuál idioma(s)?

10. ¿En cuál idioma prefiere recibir información de la escuela?

11. ¿En cuál idioma prefiere comunicarse con los empleados de la escuela?

12. ¿Hay algo más que deberíamos saber para servir mejor a su hija/hijo?

Firma del padre o tutor:

Fecha:

Traductor/intérprete:

Idioma:

Fecha:

Lawrence A. Sanchez
Superintendente

Annette A. Torrez
Asistente del Superintendente de Finanzas

E. Renee Sanchez
Asistente del Superintendente Académico



Administration Office
520 North Main, Belen NM 87002
Phone (505) 966-1000 Fax (505) 966-1005
www.beleneagles.org

Antonio Sedillo
Director de Servicios de Apoyo

Tomasita Murphy
Directora de Servicios Humanos

Jennifer Herschberger
Directora de Cuentas y Evaluación

Valeryia Gauthier
Directora de Programas Federales

Formulario de Verificación del Examen Dental del Estudiante

Tras la inscripción inicial en un distrito o escuela autónoma, el Código Administrativo de Nuevo México (NMAC) 6.12.13 requiere que las escuelas verifiquen los registros de los exámenes dentales de los estudiantes. Esta regla también permite un proceso de exclusión voluntaria basado en la comprensión de los padres o tutores de los riesgos asociados con no someterse a un examen dental.

Belen Consolidated Schools se dedica a promover la salud de nuestros estudiantes. Reconocemos que el cuidado de la salud bucal es esencial para el bienestar general y puede tener un impacto significativo en la salud general. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), las caries dentales es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia en los Estados Unidos. Si no se trata, puede causar dolor e infecciones que puedan ocasionar problemas con las actividades como comer, hablar, jugar y aprender. El cuidado de la salud bucal de rutina, como las visitas al dentista, la higiene bucal diaria, la alimentación saludable y el consumo de agua, pueden ayudar a prevenir las caries dentales y otras afecciones de la salud bucal.

Nombre del Estudiante: _____

ID del Estudiante: _____

Marque la respuesta correspondiente a continuación:

- Confirmando que mi hijo recibió un examen dental en el último año calendario.
- Mi hijo no ha recibido un examen dental durante el año pasado. Entiendo los riesgos asociados con que mi hijo no reciba un examen dental y solicito una exención que permita inscribir a mi hijo. Si está marcado, este documento firmado puede servir como la exención de examen dental del estudiante según lo define NMAC 6.12.13.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

¿Está interesado en aprender más sobre los recursos de salud bucal para su hijo? Comuníquese con la enfermera de su escuela o con la Oficina de Salud Bucal del Departamento de Salud de Nuevo México al 505-827-0837.