

|  |
| --- |
| **Registration Center Enrollment Application for New Students** |
| 949 Dexter Street Central Falls, RI 02863 (Entry on Hunt St., Lower Level) |
| **Telephone**: 727-7700 2019# **Fax**: 401-727-6184 **Web**: [www.cfschools.net](http://www.cfschools.net)  |
|  ***Solo uso de oficina*** *Registration Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_* CFSD Re-Entry**:***□ No* *□ Yes****District Recommended Grade*** *\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
| ***□ Retention in Past Years:*** *□ No □ Yes in Grade/s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  | ***□ Retention in Current School Year****: □ No □ Yes in Grade \_\_\_\_\_* |
| ***Application was reviewed with Family for accuracy and completion by Staff (Initials)*** *\_\_\_\_\_\_ on \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| **PASO INICIAL: PERSONA COMPLETANDO LA SOLICITUD: MARQUE UNO** |
| **IMPORTANTE: Primero, complete esta solicitud por completo. Luego, un miembro del personal revisará la solicitud con usted para ayudarlo.** |
| **Solicitud completada por:**  □ Madre □ Padre □ Estudiante de 18 años o mayor viviendo sólo |
| □ Adulto Responsable que está relacionado al niño/a como un: □ Abuela □ Abuelo □ Tía □ Tío  □ Hermano □ Hermana □ Amigo □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: ESCRIBA INFORMACIÓN** |
| **Nombré del Estudiante:**  \_\_ \_\_\_ (APELLIDO/S) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)**Fecha de nacimiento:** (Mes) \_\_\_\_\_\_\_\_ / (Día)\_\_\_\_\_\_\_\_ / (Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Género:** □ Femenina □ Masculino **País de Nacimiento** □ **Estados Unidos: Ciudad en EE.UU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial del Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **o****País de Nacimiento □ Fuera de los EE. UU., en el País** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Primera fecha de ingreso a las escuelas de EE. UU.:** (Mes) \_\_\_\_ /(Día)\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **PASO 2: RAZA DEL ESTUDIANTE Y ORIGEN ÉTNICO: Las leyes federales y estatales requieren que los departamentos escolares actualicen los registros de etnia / raza del estudiante.** |
| •Lea las definiciones abajo y marque en la caja que indica la etnicidad y raza del estudiante.•Debe completar tanto la Parte A como la Parte B.• Si no completa la Parte A y/o B, el personal escolar identificará la etnia y raza del niño a través de observación visual, de acuerdo Con los lineamentos del Departamento de Educación de los EE. UU.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE A**  | **Etnicidad: ¿El estudiante es hispano / latino? Marque sólo una**  |
| □ Si | **Hispano o latino: Una persona que es cubana, dominicana, puertorriqueña, mexicana, sudamericana, centroamericana,****u otra cultura u origen español, independientemente de la raza.** |
| □ No | **No Hispano o latino:** |
| **PARTE B**  | **Raza: ¿Cuál es / son la raza o las razas del estudiante? MARQUE UNO O MÁS** |
|  □ | **Indio Americano o Nativo de Alaska** | Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas de Norte y Sur América (incluyendo América Central), y quienes mantienen afiliaciones indígenas o conectados con la comunidad  |
|  □ | **Asiático** | Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas del Lejano Este, Sureste de Asia, o el Subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam  |
|  □ | **Negro o** **Africano Americano** | Una persona teniendo orígenes en alguno de los grupos de raza negra de África |
|  □ | **Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico** | Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas de Hawái, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacifico.  |
|  □ | **Blanco** | Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas de Europa, el Medio este, o Norte de África |
| **PARTE C**  | **Negar identificar raza y / o etnia** |
|  □ | He firmado a continuación para indicar que me niego a identificar la raza o etnia del alumno como padre / tutor del alumno. |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Firma: padre/ tutor/estudiante mayor de 18 años** |  **Mes Día** *Revised: 2/16/19* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **PASO 3A: GUARDIAN / S: HOGAR PRIMARIO DONDE VIVE EL ESTUDIANTE. NO ESCRIBA CONTACTOS DE EMERGENCIA AQUÍ.** |

 **El niño/a vive con:** □ Madre y Padre Custodio (Padres), 1 Residencia □ Solo madre (padre), custodia única, 1 residencia  □ Solo padre (padre), custodia única, 1 residencia □ Custodia conjunta, madre y padre (padres), 2 residencias □ Otro  |
| **PASO 3B: GUARDIAN / S: HOGAR PRIMARIO DONDE VIVE EL ESTUDIANTE.** |
| **Adulto Guardian # 1:**  □ Madre □ Padre □ Otra Relacion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre del guardián adulto # 1**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ (APELLIDO(S) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (Mes) (Día) (Año)**Dirección (SOLAMENTE si es diferente del estudiante):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)**Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Nombre del empleador** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**País de nacimiento:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **País principal de educación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Último Grado Completado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tiene: custodia legal:** □ Si □ No **Permiso para salir de la escuela**: □ Si □ No **Autorización para tratamiento médico:** □ Yes □ No **Adulto Guardian # 2:** □ Madre □ Padre □ Otra Relacion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre del guardián #2**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento**:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ (APPELLIDO(S) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (MES) (DIA) (ANO)**Dirección (SOLAMENTE si es diferente del estudiante)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL) **Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Nombre del empleador** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**País de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País principal de educación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Último Grado Completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_****Tiene: custodia legal: □ Si □ No Permiso para salir de la escuela: □ Si □ No Autorización para tratamiento médico: □ Yes □ No**  |

**PASO 4: INFORMACIÓN DE PADRES / GUARDIANES DE LA CUSTODIA LEGAL CONJUNTA**

Los padres / tutores que comparten la custodia legal conjunta tienen el derecho de consultar con los funcionarios escolares sobre el estado de bienestar y educación de los niños, y para inspeccionar y recibir los registros de los estudiantes. Si necesita denegar el acceso a un padre / tutor, deberá completar el formulario a continuación:

PARA PADRES CON CUSTODIA RESTRICTIVA O PERIODOS DENEGADOS DE COLOCACIÓN FÍSICA.

* No se aplica a mi hijo (por favor firme y coloque la fecha en la parte inferior de la página)
* He completado el formulario PADRE CON CUSTODIA RESTRICTIVA O NEGADO DE COLOCACIÓN FÍSICA

(Por favor firme y ponga la fecha en la parte inferior de la página y complete el formulario)

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa y precisa.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Firma: Padre / Guardián legal** |  **Mes Día Año**  |

|  |
| --- |
| **PASO 5: NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR QUE EL ESTUDIANTE: HERMANOS, FAMILIARES, AMIGOS** |
|  | **Appellido/s**  | **Nombre** | **Segundo****Nombre** | **Fecha de Nacimiento**(Mes/Dia/ Año) | **Relacion** | **Edad** | **Grado** | **Escuela** | **Nombre del Maestro** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PASO 6A: ESCUELA GENERAL ESTUDIANTIL: MARCAR Y ESCRIBIR TANTAS COMO SEA APLICABLE** |

|  |
| --- |
| 1. Última escuela atendida (Nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en Estados Unidos (Inicial del Estado): \_\_\_\_\_ en otro País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Último grado completado
 | \_\_\_ | **Grado completado:** | □ completo |  □ Parte **por \_\_\_\_ Meses** **Razón:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 1. 3. Grados en general en la escuela □ Excelente □ Bueno □ Justo □ Principalmente tiene dificultades
 |
| 1. ¿Ausente a menudo?
 | □ No  | □ Si: Nivel de grado / s \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| 1. Grado/s Repetidos?
 | □ No  | □ Si: Nivel de grado / s \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. 6. Dejó de asistir por meses / años a la vez?
 | □ No  | □ Si: Nivel de grado / s \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PASO 6B: SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA ESTUDIANTES: MARQUE Y ESCRIBA TANTO COMO APLIQUE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * ¿Tuvo el/la niño(a) una evaluación con la oficina de *Child Outreach* a la edad de 3 o 4 años?
 | □  | No | □  | Si |
| * ¿Actualmente tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)?
 | □  | No | □  | **Si** |
| * ¿Tiene una copia del PEI que he proporcionado en este momento a la Oficina de registro?
 | □  | No | □  | **Si** |
| * ¿Tiene un plan de Sección 504?
 | □  | No | □  | **Si**  |
| * Recibe cualquier otro servicio que no se haya mencionado anteriormente (Habla, Consejería, RTI, etc.)?
 | □  | No | □  | **Si**  |
| Anote otros Servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * El/La niño(a) está o estuvo aprendiendo Inglés con alguna ayuda en el aula (Discurso, orientación, RTI, etc.)).? \_\_\_ No \_\_\_ Si
 |
| * Ambos, Ingles y otro lenguaje \_\_\_ No \_\_\_ Si
 |
| * Mencione otros servicios\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PASO 6C: Encuesta lingüística. Para todos los estudiantes: ya sea que usted y / o su hijo conozcan solo el inglés o conozcan otros idiomas además del inglés o junto con él. En cualquier momento desde su nacimiento, complete a continuación, según lo requerido por el Departamento de Educación de RI** |

La información solicitada en esta sección es necesaria para la ubicación más adecuada para su hijo, es requerida por la Ley de RI (RIGL § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidad Educativa (20 USC §1703 (f) y no será utilizada para cualquier otro propósito.

 **Qué idioma hizo / hace: Inglés Español Portugués Creole Otro**

1. El niño aprendió a hablar primero □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. El padre usa más a menudo cuando **le habla al niño** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. El niño usa más a menudo cuando **habla con sus padres** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. El niño usa con más frecuencia cuando habla con otros **adultos** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **en el hogar o donde lo cuidan**

1. El niño usa con más frecuencia cuando **habla con sus hermanos** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **u otros niños en el hogar**

1. El niño usa con más frecuencia cuando **habla con amigos** □ □ □ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **o vecinos fuera de casa**

|  |
| --- |
|  |
| PASO 6D: HISTORIA ESCOLAR: ESCRIBA LA HISTORIA ESCOLAR LO MEJOR QUE USTED y/o SU HIJO(A) RECUERDA. |
| *Nombre de escuela más reciente, lugar y último grado que atendió.* | ***Fecha que asistió*** | ***Promoción del Estudiante***  | ***Programa y otros******Servicios*** | ***Lenguaje***  |
| *Nombre de la escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** ***hasta******\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Retenido***
 | * ***Inglés como Segundo Idioma***
* ***Bilingüe***
* ***Educación especial***
* ***Otro:***
 | * ***Inglés***
* ***Español***
* ***Portugués***
* ***Otro:***
 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Solo para estudiantes de secundaria y preparatoria: indique la escuela que completó el alumno de primaria e intermedia**si es aplicable.* |  |  |  |  |
| *Nombre de escuela más reciente, lugar y último grado que atendió.* | ***Fecha que asistió*** | ***Promoción del Estudiante***  | ***Programa y otros******Servicios*** | ***Lenguaje***  |  |  |  |  |
| *Escuela Elemental:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Country\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** ***hasta******\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Retenido***
 | * ***Inglés como Segundo Idioma***
* ***Bilingüe***
* ***Educación especial***
* ***Otro:***
 | * ***Inglés***
* ***Español***
* ***Portugués***
* ***Otro:***
 |  |  |  |  |
|  | ***Fecha que asistió*** | ***Promoción del Estudiante***  | ***Programa y otros******Servicios*** | ***Lenguaje***  |  |  |  |  |
| *Escuela Intermedia :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ***\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** ***hasta******\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_*** | * ***Promovido***
* ***Retenido***
 | * ***Inglés como Segundo Idioma***
* ***Bilingüe***
* ***Educación especial***
* ***Otro:***
 | * ***Inglés***
* ***Español***
* ***Portugués***
* ***Otro:***
 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PASO 7: GARANTÍAS: FIRMA Y FECHA** |

|  |
| --- |
| Certifico que la información que proporcioné en este documento es precisa y que el niño mencionado arriba residirá permanentemente en la dirección indicada. Es mi responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio de información. Estoy obligado a mostrar una identificación con foto actual. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Firma: padre / tutor / estudiante mayor de 18 años** |  **Mes Día Año**  |

|  |
| --- |
| **STEP 8: STUDENT RECORDS RELEASE FORM** **PASO 8: Permiso de liberación de records** |

**Student Name:**  \_\_ \_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante:** (APELLIDOS) (PRIMERO) (Según Nombre) Fecha de nacimiento (Mes) (Día) (Año)

**FROM LAST SCHOOL ATTENDED: PLEASE PRINT (DESDE LA ULTIMA ESCUELA ASISTIDA: FAVOR IMPRIMIR)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRICT NAME (Nombre del Distrito) SCHOOL NAME (Nombre de Escuela)

DISTRICT/SCHOOL STREET # STREET NAME CITY/TOWN STATE/PROVINCE ZIP CODE COUNTRY

Distrito/ Escuela Calle # Nombre de la Calle Ciudad Estado/ Provincia Código postal País

DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER

Números de teléfono del Distrito/ Escuela Número de Fax del Distrito/ Escuela

===========================================================================================

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST YOU TO RELEASE **TO NEW, CURRENT SCHOOL DISTRICT/SCHOOL: PRINT**

POR LA PRESENTE, AUTORIZO Y SLOICITO SU **PUBLICACION AL NUEVO DISTRITO ESCOLAR ACTUAL/ ESCUELA**: IMPRIMIR

**Central Falls School District**

DISTRICT NAME SCHOOL NAME

 **949 Dexter Street Central Falls Rhode Island 02860 USA**

DISTRICT/STREET # STREET NAME CITY/TOWN STATE/PROVINCE ZIP CODE COUNTRY

 **(401) 727-7700 (401) 727-6184**

DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER

THE **COMPLETE SCHOOL/CONFIDENTIAL RECORDS** IN YOUR POSSESSION PERTAINING TO MY CHILD, *INCLUDING BUT NOT LIMITED TO:*

*A ESCOLA COMPLETARÁ/ REGISTROS CONFIDÊNCIAIS EM SUA POSSE RELATIVA À MINHA CRIANÇA, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A:*

□ ATTENDANCE/TARDINESS □ LANGUAGE PROFICIENCY DATA (W-Apt, Screener, ACCESS, MODEL, CELLA, Other)

 (ASISTENCIA/ TARDANZAS) DATOS DE COMPETENCIA DEL IDIOMA

□ TRANSCRIPTS/SUBJECT GRADES □ IEP / SPECIAL EDUCATION RECORDS / EVALUATIONS

 CALIFICACIONES DE TRANCRIPCION/ ASIGNATURA IEP/ EDUCACION ESPECIAL REGISTROS/ EVALUACIONES

□ PORTFOLIO ASSESSMENTS □ RESPONSE TO INTERVENTION (RTI or MULTI-TIERED SERVICES)

 EVALUACIONES DE LA CARTERA RESPUESTA A LA INTERVENCION

□ STANDARDIZED STATE TESTS □ PSYCHOLOGICAL

 PRUEBAS ESTANDARIZADAS DEL ESTADO PSICOLOGO

□ 504 PLAN □ MEDICAL RECORDS/VACCINATION

 PLAN 504 REGISTROS MÉDICOS/VACUNACIONES

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Signature (Firma)** |  **Mes Día Año** |

**PASO 9: FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE PADRE / TUTOR / ESTUDIANTE DE 18 AÑOS O MAYOR**

*PADRES, COMPLETE* ***TODA*** *LA INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO.*

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 (APELLIDO) (PRIMERO) (MEDIO) (MES) (DÍA) (AÑO)

**Dirección:** \_\_\_

 (# DE CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# APT, PISO, UNIDAD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

**Teléfono de casa**: **Teléfono del trabajo:** **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA / NOMBRE DE LA CLÍNICA:**  \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_

 (# DE CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# APT, PISO, UNIDAD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

**Teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO** (marque una respuesta para cada una de las siguientes enfermedades o afecciones)

Varicela \_\_SI \_\_No Tuberculosis \_\_Si \_\_No Dolores de Cabeza \_\_Si \_\_No

Rubeola \_\_SI \_\_No Tosferina \_\_Si \_\_No Diabetes \_\_Si \_\_No

Sarampión \_\_Si \_\_No Problemas de la Visión \_\_Si \_\_No Frecuente dolor de garganta \_\_Si \_\_No

Paperas \_\_Si \_\_No Problemas de la Audición \_\_Si \_\_No Problemas de Riñones \_\_Si \_\_No

Neumonía \_\_Si \_\_No Asma \_\_Si \_\_No Problemas del Corazón \_\_Si \_\_No

Fiebre Reumática \_\_Si \_\_No Eczema \_\_Si \_\_No Problemas del Habla \_\_Si \_\_No

Escarlatina \_\_Si \_\_No Convulsiones \_\_Si \_\_No Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Si \_\_No

**AlergiAs***: \_*\_Si \_\_No Si es así, por favor ***marque todo lo que aplique***:

\_\_\_ ABEJAS / INSECTOS \_\_\_\_\_\_\_ MANI/ MANTEQUILLA DE MANI\_\_\_\_\_\_\_\_\_LATEX \_\_\_\_\_\_\_\_AMBIENTAL

\_\_\_ NUECES: \_\_\_\_\_\_ FRUTAS: OTRA COMIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de reacción tiene su hijo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Epipen****:* \_\_Si \_\_No

**CIRUGÍAS O ENFERMEDADES GRAVES:** *Año:* \_\_\_\_\_\_

 *Año:* \_\_ \_\_\_\_\_\_

 *Año:* \_\_\_ \_\_\_\_

**ACCIDENTES O HERIDAS:** *Año:* \_\_\_\_\_ \_\_\_

 *Año:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

**OTRAS CONDICIONES**

* ¿Se le hizo una prueba de **plomo** a su hijo? \_\_Si \_\_No Si es si, por favor provea la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Su hijo tiene **asma**? \_\_Si \_\_No Si es si, liste que lo motiva:

**Medicamento(s)** recetados: Medicina requerida durante el **día escolar**? \_\_Si \_\_No

**Tiempo** del año en que el episodio del asma ocurre:

* ¿Tiene su hijo diabetes? \_\_Si \_\_No Si es si, edad que fue diagnosticado: \_\_\_\_ marque uno: □ **Tipo 1** o □ **Tipo 2**

¿Depende de la **Insulina**? \_\_Si \_\_No Si es si, Marque uno: □ **Pompa** o □ **Inyección**

* ¿Tiene su hijo(a) algún **problema con la visión**? \_\_Si \_\_No Si es si, por favor especifique: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Si hijo usa lentes de contacto? \_\_Si \_\_No **Gafas**? \_\_Si \_\_No

¿Es necesario que su hijo(a) se siente cerca del tablero? \_\_Si \_\_No

* ¿Tiene su hijo(a) algún problema con la audición? \_\_Si \_\_No Si es si, por favor especifique:

¿Su hijo(a) usa audífonos? \_\_Si \_\_No Usa un equipo **FM**? \_\_Si \_\_No

¿Es necesario que su hijo se siente Adelante de la clase? \_\_Si \_\_No Si es si, ¿preferiblemente al lado izquierdo o al lado derecho? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (POR FAVOR IMPRIMA)**

¿El estudiante está actualmente tomando algún medicamento? \_\_Si \_\_No Si es si, por favor provea abajo el nombre(s) de los medicamentos:

1. **Dosis:**  ¿Cuántas **veces al día?**

**Doctor que la receto:** **Razón para el medicamento**:

1. **Dosis:**  ¿**Cuántas veces al día?**

**Doctor que la receto:** **Razón para el medicamento**:

1. **Dosis:**  ¿**Cuántas veces al día?**

**Doctor que la receto:** **Razón para el medicamento**:

**EN EL ESPACIO ABAJO, POR FAVOR PROVEA ALGUNA INFORMACION DE SALUD ADICIONAL,**

**LA CUAL USTED CONCIDERE QUE PUEDE SER IMPORTANTE PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA:**

**ULTIMA ESCUELA QUE SU HIJO ASISTIO (POR FAVOR IMPRIMA)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Distrito Escolar Nombre de la Escuela

DISTRITO / ESCUELA CALLE # NOMBRE DE LA CALLE CIUDAD ESTADO / PROVINCIA CÓDIGO POSTAL PAÍS

□ ESCUELA EN LOS EE. UU. O □ ESCUELA FUERA DE EE. UU. NOMBRE DEL PAÍS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE FAX

**CONSENTIMIENTO**

COMPRENDO QUE ESTA INFORMACION PUEDE SER COMPARTIDA Y DISCUTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR SI ES NECESARIO. AUTORIZO AL PERSONAL ESCOLAR APROPIADO A COMUNICARSE CON EL MEDICO DE MI HIJO(A), SI ES NECESARIO.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_  |
| **Firma: padre / tutor / estudiante mayor de 18 años** |  **Mes Día Año**  |