

EL DORADO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

FORMA DE SOLICITUD

LA LEY DEL ESTADO REQUIERE PRUEBA DE VACUNAS.

FOR OFFICE USE ONLY

Student Number _____
Enrollment forms complete _____
SDT complete _____

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		GRADO		FECHA DE HOY	
¿USA EL ALUMNO ALGUN OTRO NOMBRE APARTE DE SU NOMBRE LEGAL? ¿CUÁL?				FECHA DE NACIMIENTO (MES - DIA - AÑO)							
DIRECCIÓN DE CASA		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
DIRECCIÓN DE CORREO (SI DIFERENTE DE LO ESCRITO ARRIBA)		CALLE / P O BOX		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
NÚMERO TELEFÓNICO		CONTACTO #1		TELEFÓNICO DE CONTACTO #1							
TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/GUARDIÁN		CONTACTO #2		TELEFÓNICO DE CONTACTO #2							
VIVIENDO CON (ESCRIBA TODOS LOS ADULTOS Y HERMANOS)		EMPLEO O ESCUELA (SI ALUMNO)		LUGER DE EMPLEO		CORREO ELECTRÓNICO		AREA / TELEFONO		NIVEL MAS ALTO DE ESTUDIOS	
										<input type="checkbox"/> No Se ha graduado <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa <input type="checkbox"/> Algunos estudios de colegio incluyendo AA, AS <input type="checkbox"/> Graduado de colegio <input type="checkbox"/> Maestría o pos-graduado	
OTRO PADRE/MADRE QUE NO VIVE CON EL ESTUDIANTE				DOMICILIO				CIUDAD / ESTADO			
ESCUELAS ANTERIORES (empieza con más reciente)											
¿ALGUNO DE PADRES/TUTORES ESTÁ EN SERVICIO MILITAR ACTIVO EN EL EJÉRCITO, LA MARINA, LA FUERZA AEREA, EL CUERPO DE MARINES, TRABAJA A TIEMPO COMPLETO EN LA GUARDIA NACIONAL O ESTÁ EN LA RESERVA DE LA GUARDIA NACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, por favor, indique la rama militar: _____											
¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? MARQUE UNA				<input type="checkbox"/> NO DE ORIGEN HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> INDIOS AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO/ASIÁTICO AMERICANO: <input type="checkbox"/> Indio de Asia <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Filipino o Filipino Americano <input type="checkbox"/> Coreano				<input type="checkbox"/> Otro Asiático (especificar): _____			
¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? MARQUE TODAS LAS CATEGORÍAS QUE SE APLICAN				<input type="checkbox"/> NEGRO O AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> ISLEÑO DEL PACÍFICO: <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> De Samoa <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro Grupo de las Islas del Pacífico (especificar): _____				<input type="checkbox"/> BLANCO (No de Origen Hispano)			
¿Ha participado el alumno en programas especiales?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó, si ¿cuál? <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> GATE <input type="checkbox"/> Otro/s: _____							
¿Tiene el alumno algún IEP de educación especial?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó, si ¿cuál? <input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> SDC <input type="checkbox"/> ED ¿Dónde? _____							
¿Tiene el alumno problemas de salud?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó, por favor escriba los detalles: _____							
¿Vacunas / record de vacunas?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí							

Información Para Inscripción Nuevos Alumnos

El distrito escolar es requerido conseguir cierta información acerca de nuevos alumnos inscritos para cumplir con los requisitos legales y colocar apropiadamente para aquellos alumnos. Favor de contestar las preguntas abajo.

Nombre del Alumno: _____

(Tache Uno)

Sí No

¿Está su hijo al presente (o ha estado anteriormente su hijo) bajo un orden de expulsión o una transferencia involuntaria del Distrito Escolar El Dorado Union High u otro distrito escolar? Si contestó sí, favor de proveer el nombre de la escuela y el distrito en lo cual ocurrió.

¿Ha sido suspendido su hijo de la escuela durante este año escolar? Si contestó sí, favor de escribir el nombre de la escuela anterior y el distrito de asistencia.

¿Recibe su hijo (o ha recibido anteriormente) servicios de educación especial (por ejemplo: Programa Especialista de Recursos, Clases Especiales de Día, Oratoria, Educación Física Adaptada) por medio de un Plan Activo de Educación Individual (IEP) de la escuela anterior o del distrito de asistencia? Si contestó sí, favor de indicar el programa de educación especial y proveer el nombre de la escuela anterior y el distrito de escuelas de asistencia.

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico o está tomando medicamentos? Si contestó sí, favor de escribir el nombre del médico y del medicamento.

¿Está su hijo bajo un orden de la corte de lo cual debe saber la escuela, por ejemplo, un orden de custodia o acceso restringido a individuos específicos (como un orden de restricción)? Si contestó sí, favor de proveer una copia de los documentos de la corte.

¿Tienen el padre y la madre biológicos derechos paternales/maternales? Si no, favor de proveer una copia de los documentos de la corte.

¿Es usted el padre natural o adoptivo del joven? Si no, indique su parentesco al joven.

Residencia: ¿Dónde vive el alumno? Favor de tachar uno:

- Casa permanente
- Lugar de emergencia o casa de transición
- Con amigos o parientes en un apartamento (otros pagan la renta o son los dueños)
- En un hotel, vehículo o campamento
- Otro: _____

Nombre de la persona llenando esta forma:

Nombre

X

Firma

Parentesco al Alumno

Fecha

DISTRITO DE ESCUELAS EL DORADO UNION HIGH
Estudio Del Idioma Del Hogar

Escuela: _____ Fecha: _____

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. **Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.**

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo devuelva esta forma a su maestro. Gracias por su ayuda.

APELLIDO	PRIMERO	SEGUNDO	GRADO	EDAD

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿Cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

Quando el idioma primordial del alumno no es el inglés, el alumno será requerido presentar el Examen de Desarrollo del Lenguaje Inglés dentro de 30 días de su inscripción.

INFORMACIÓN ADICIONAL POR PROPOSITOS DE EXÁMENES Y REPORTES MANDADOS POR EL ESTADO:

¿Nación su hijo/hija en los Estados Unidos? ___ NO ___ SÍ

Si no, escriba la fecha de entrada a los Estados Unidos: _____
(mes / día / año)

Si no, escriba el país de origen: _____

Si no, escriba la fecha en la cual su hijo/hija primero asistió a una escuela en los Estados Unidos: _____
(mes / día / año)

Si, no, escriba la fecha en la cual su hijo/hija primero asistió una escuela en California: _____
(mes / día / año)

X _____
Firma del Padre o Guardián

Aviso de Vacunas Necesarias Para la Escuela

Estimado Padre / Guardián de: _____

Nuestros records de la escuela muestran que su hijo necesita las siguientes vacunas para cumplir con los requisitos de la Ley de Salud y Vacunas de la Escuela de California y el Código de Seguridad Secciones 120325–120375:

VACUNA	EL DOSIS QUE LE FALTA MARCADO ABAJO		
Polio	#1	#2	#3
DTP/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3
MMR	#1	#2	<i>(los dos tienen que estar en o después del primer cumpleaños)</i>
Hepatitis B	#1	#2	#3
Varicela	#1	#2	<i>o forma de verificación</i>

NECESITA HACER UNO DE LO SIGUIENTE INMEDIATAMENTE:

1. Llevar esta forma con el Record de Vacunas de California amarillo a su doctor o al departamento de salud local para recibir vacunas necesitadas. Luego tráiganos el reporte concurrente de las vacunas de su hijo.
2. Si el record de vacunas de su hijo muestra que él o ella ya ha recibido estas vacunas, tráiganos el record para archivar la información. El record de su hijo tiene que incluir una fecha para las vacunas marcadas arriba y una firma y sello del doctor.
3. Si las vacunas están en contra de sus creyencias personales, favor de venir a la escuela para firmar algo escrito de exención.
4. Si su hijo no recibió alguna vacuna por razones médicas, favor de traernos la carta firmada por el doctor.

Según la ley del estado, no podemos dejar a su hijo asistir a la escuela A MENOS que recibamos evidencia que los requisitos de arriba han sido cumplidos para esta fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o requiere más información, favor de llamar:

Atte.,

Enfermera de la Escuela