

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Llene el formulario y entregue una copia en cada escuela donde tenga inscrito un hijo. **USE LETRA DE MOLDE.**
CONFIDENCIAL

Houston ISD debe cumplir con el requisito de reunir datos de la situación socioeconómica de cada estudiante como indicador del desempeño en relación con el rendimiento estudiantil (TEC 39, requisitos estatales de Texas, y Secciones 1111 y 1116 de ESEA, requisitos del Departamento de Educación de EE. UU.) y para usarlos en la asignación de fondos federales (ESEA, Sección 1113). **Es muy importante que las familias llenen este formulario para que las escuelas reciban fondos de Título I y del programa *State Compensatory Education*. Esos fondos benefician directamente a la escuela de su hijo. Además, se pueden usar para contratar personal, ofrecer servicios de tutoría, adquirir tecnología y brindar capacitación profesional a los maestros. Queremos continuar brindando estos apoyos tan necesarios para el aprendizaje, pero, sin su ayuda, podría no ser posible.**

SECCIÓN A—Lista de todos los estudiantes de Houston ISD que viven en el hogar

Núm. de ID de HISD	Nombre	Apellido	I	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Grado que cursa

SECCIÓN B

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? Sí ☐ NO ☐

¿Recibe usted beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí ☐ NO ☐

Si contestó *Sí* a alguna de las preguntas anteriores, puede saltar la SECCIÓN C y pasar a la SECCIÓN D.

SECCIÓN C (Llene esta sección solamente si contestó **NO** a las dos preguntas de la SECCIÓN B).

¿Cuántas personas hay en su hogar? (Incluya a todos los adultos y a los niños). _____

INGRESO ANUAL TOTAL DE **TODOS** LOS ADULTOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) _____
Incluya sueldos, salarios, prestaciones sociales, pensión alimenticia, manutención, pensiones, Seguro Social, indemnización laboral, desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (antes de todo tipo de deducciones).

SECCIÓN D (Marque una de las dos casillas siguientes según corresponda y firme al pie).

En conformidad con lo dispuesto en la Enmienda de Protección de Derechos del Estudiante (PPRA) no se le requerirá a ningún estudiante, como parte de un programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE. UU., que participe en una encuesta, análisis o evaluación que revele información relativa a los ingresos (aparte de lo requerido por ley para determinar que el estudiante puede participar en un programa, o para recibir ayuda financiera de ese programa), sin el consentimiento previo escrito del estudiante adulto o del padre o tutor.

- ☐ Certifico que toda la información brindada en este formulario es verdadera. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será calificada en el sistema de rendición de cuentas con base en la información que yo proporcione.
- ☐ Elijo no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de fondos federales para la escuela y la calificación de la escuela en el sistema pueden ser afectados por mi elección.

Firma del padre o tutor (letra de molde)

Firma del padre o tutor

Fecha

Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción:

20 - 20

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Última escuela o guardería que asistió	
Identificación del estudiante HISD		Fecha de inscripción		Fecha de nacimiento	
Apellido legal del estudiante		Primer nombre		Segundo nombre	
Lugar de nacimiento del alumno		Ciudad Estado País		Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos	
Etnia del alumno		Raza		Sexo	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Domicilio del alumno		Número de la calle		Nombre de la calle	
Teléfono celular del estudiante		Estado		Código Postal	
Teléfono del hogar		País		Teléfono del hogar	
El estudiante vive con:		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre		<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ambos Padres	
El Código §25.002(i) de Educación de Texas requiere que el distrito escolar cuente con un expediente con el nombre, el domicilio y la fecha de nacimiento de la persona que inscribe al niño(a).		Primer contacto (Apellido, Nombre)		Relación	
Empleado		Ocupación		Número de la calle	
Lenguaje preferido		¿Necesita intérprete?		Correo electrónico del primer contacto	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Segundo contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle	
Empleado		Ocupación		Nombre de la calle	
Lenguaje preferido		¿Necesita intérprete?		Correo electrónico del segundo contacto	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tercer contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle	
Empleado		Ocupación		Nombre de la calle	
Lenguaje preferido		¿Necesita intérprete?		Correo electrónico del tercer contacto	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo?		Médico de la familia		Teléfono del médico	
<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					
Anotar los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)					
Apellido, Nombre y segundo nombre		Sexo		Fecha de nacimiento	
La firma a continuación certifica que toda la información anterior es correcta y verídica.					
Si se inscribe a un niño con documentación falsa, se exigirá el pago de matrícula o costos bajo el Código §25.001(h) de Educación de					
Firma de la madre o tutora legal		Número de licencia de conducir de Texas		Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)	
Firma del padre o tutor legal		Número de licencia de conducir de Texas		Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)	
Ingresos totales mensuales de familia		Cantidad total de personas en el hogar			



ACUERDO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DE CONSEJERIA EN LA ESCUELA

La asesoria en la escuela es un servicio proporcionado por la Secundaria Disciplinaria Alternativa Educativo Programa (DAEP) como parte de su compromiso de eliminar las barreras que interfieren con el aprendizaje en el desarrollo de mejorar de la forma de decisiones y habilidades de gestion emocional en nuestro academicos. Los consejeros de la escuela son profesionales certificados y profesionales de la agencias de asesoramiento estan disponibles para satisfacer con los academicos individualmente o en grupo.

Las sesiones de consejeria son confidenciales excepto cuando surgen ciertas restricciones legales y no se puede mantener la confidencialidad. Aunque la informacion compartida durante una sesion de consejeria es confidencial, los padres o tutores tienen el derecho a ser informados del progreso general de su estudiante.

Si esta de acuerdo que la escuela proporcione servicios de consejeria, compléter, firmar y devolver este formulario.

_____ Si, doy permiso a mi Hijo(a) a recibir servicios de consejeria en el DAEP Secundaria para el ano 2018-2019.

_____ No, no doy permiso a mi hijo(a) a recibir servicios de consejeria.

Nombre Padre/Tutor

Firma Del Padre/Tutor

Fecha

Nombre Del Estudiante

Firma Del Estudiante

Fecha

Fecha De Nacimiento Del Estudiante

Grado

Perfil de la Familia 2018-2019

Nombre de escuela _____

Código de escuela _____



**Communities
In Schools**

Houston

Nombre de Estudiante (primer) _____

(apellido) _____

Grado: _____

Información estudiantil

Genero _____ 1 Masc. _____ 7 Fem.

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Idioma en casa (favor de elegir solo uno)

_____ 1 Inglés _____ 5 Vietnamita
_____ 3 Español _____ 9 Otro: _____

Etnicidad (necesario)

_____ 1 Hispano/Latino
_____ 2 NO Hispano/Latino

Raza (favor de elegir los que aplican)

_____ 1 Indígena de América/Alaska
_____ 2 Asiático
_____ 3 Negro/Afro-Americano
_____ 5 Indígena de Hawái/de Islas Pacíficas
_____ 6 Blanco

Información familiar

El estudiante vive con: (favor de elegir los que aplican)

_____ 1 Madre _____ 3 Padre
_____ 7 Abuela _____ 12 Otro familiar
_____ 9 Abuelo _____ 16 Encargado legal
_____ 14 Padres de crianza _____ 31 Independiente
_____ 18 Padrasto/Madrasta _____ 33 Otra persona

Es estudiante vive adonde: (favor de elegir solo uno)

_____ 1 Casa de familia _____ 10 Refugio de emergencia
_____ 3 Casa de otra familiar _____ 13 Otro hogar
_____ 5 Motel _____ 15 Facilidad de detención
_____ 7 Hogar de probación _____ 17 Fomento hogar
_____ 9 Hogar residencial _____ 21 Casa de otra persona
_____ 23 Sin hogar

_____ Si _____ No

Mujer Cabeza del Hogar (Mujer soltera que paga más del 50% de sus gastos y los de sus dependientes)

Número de personas viviendo en casa: _____

Asistencia pública

(favor de marcar TODO que recibe la familia)

_____ 99 Nada
_____ 2 Almuerzo gratis/reducido _____ 13 WIC
_____ 4 Hogar público _____ 17 TANF elegible
_____ 6 Seguro social (SSI) _____ 19 TANF recipiente
_____ 8 Estampillas de alimentos _____ 24 WIA
_____ 11 Medicaid _____ 25 SCHIP

Características especiales

(favor de marcar TODAS que aplican)

_____ 11 Dotados y Talentosos
_____ 12 Educación especial
_____ 14 Educación alternativa**
_____ 2 Padre(s) encarcelado _____ 16 JJAEP
_____ 4 Familia migratoria _____ 23 Inglés limitado**
_____ 6 Familia militar _____ 25 Embarazadas/padres**
_____ 8 Sin hogar** _____ 28 Desastre Natural
_____ 9 Cuidado de crianza** _____ 30 Nada
_____ 10 Impedimento físico _____ 51 Analfabeto, Asilado ó Refugiado
_____ 50 Inmigrante

País de origen del estudiante _____

CIS Staff Use Only - The asterisks (**) indicate that the selection must also be selected on the Eligibility Criteria Checklist.



**CIS FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE Y/O TUTOR/
ACCESO A LA INFORMACIÓN/ DATOS PERSONALES**
Año escolar 2018-2019

CI19-2

Campus Name & Code: _____

No. Estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Permiso para participar:

1. Autorizo a mi hijo (nombre): _____ para participar en el programa "Comunidades en las Escuelas" (CIS) para el año escolar 2018-2019. Los servicios que mi hijo podrá recibir incluyen, pero no están limitados a la guía de apoyo/consejo, apoyo educativo, facilitación de tutores, mentores, actividades de enriquecimiento, referencias a otras agencias, y otros: _____.
2. Autorizo que mi hijo complete los cuestionarios y/o trabajos administrados por CIS para guiar la planeación del servicio y determinar avances.
3. Reconozco que el presente convenio se da de forma voluntaria y puede ser revocado en cualquier momento mediante notificación por escrito al personal de CIS, con la excepción de convenio previo aún hasta el alcance en que las agencias hayan acordado.
4. Autorizo que mi hijo participe en excursiones y otras actividades patrocinadas por CIS, y reconozco que el transporte privado podrá ser utilizado en estas y otras actividades.
5. Autorizo que a mi hijo se le otorgue tratamiento médico o dental, ya sea de rutina o emergencia, por un doctor con licencia médica, en caso de enfermedad o accidente, de no ser posible lo anterior se pondrán en contacto conmigo.

Consentimiento para compartir información:

6. Autorizo a CIS para proveer y obtener la siguiente información sobre mi hijo (nombre): _____ de la escuela, distrito escolar, Texas Education Agency y/o la Oficina Nacional de CIS: calificaciones, reportes de asistencia, calificaciones de los exámenes, información disciplinaria, horario de clases, número de identificación, tarifa de almuerzo, información relacionada con la salud, información de educación especial, intervenciones y servicios otorgados y otros: _____.
7. Reconozco que la información otorgada y obtenida pudiera ser utilizada para planear y ajustar los servicios que pudieran ser de apoyo para mi hijo, por cuanto hace al seguimiento e informe de objetivos, así como para evaluar y determinar la efectividad del programa CIS.
8. Reconozco que los archivos e información compartida bajo mi consentimiento tendrán el carácter de confidencial hasta lo estipulado por la ley y será utilizado únicamente con los propósitos referidos.
9. Reconozco que los archivos compartidos bajo este convenio están sujetos a cualquier limitación establecida tanto por las leyes federales como estatales.
10. Reconozco que bajo el presente convenio está permitido compartir información para el ciclo escolar referido anteriormente. La información del presente año deberá ser retenida hasta por siete años y podrá ser compartida durante dicho periodo para la evaluación de propósitos o para proveer servicios que pudieran ayudar a mi hijo.
11. Entiendo que los archivos publicitados concernientes al estudiante pudieran contener referencias de otras personas (miembros de la familia del estudiante).
12. Reconozco que los datos e información recopilados sobre mi hijo, incluyendo documentación de servicios otorgados a éste, son almacenados en una base de datos mediante un expediente determinado y asegurado.
13. Reconozco que tengo el derecho para investigar y obtener una copia de cualquier archivo susceptible a ser público por el presente convenio, previa solicitud por escrito a la agencia de liberación, mismo que pudiera ser sujeto a determinados costos por copiado y con la limitación que establezca la ley correspondiente.

14. Finalmente, otorgo mi consentimiento para que la CIS comparta y/u obtenga la información referida anteriormente, así como otra información señalada en los siguientes párrafos de los siguientes personas y organizaciones

Sujeto/ Organización _____

Sujeto/ Organización _____

15. He recibido los derechos de los participantes de CIS (CIS Participant Rights)

CIS puede utilizar la imagen de mi hijo. Entiendo que CIS puede tomar y usar fotografías, y grabaciones digitales o de otro tipo, u otras imágenes de mi hijo participando en el programa como parte de alguna recaudación de fondos y con fines publicitarios. Otorgo mi consentimiento para que CIS use la imagen de mi hijo para este y similares propósitos, ya sea en material impreso, internet, o en cualquier otro medio, sin ninguna limitación. Por tanto, manifiesto que CIS no está obligada en compensarme a mí o mi hijo por el referido uso de imagen. ☐ YES ☐ NO ☐

La presente firma/rúbrica otorga consentimiento para que el menor participe en el programa CIS. Mi firma autoriza a CIS para obtener la información anteriormente referida relativa al estudiante bajo mi custodia y para otorgar la información correspondiente a la información a la escuela, distrito escolar, Texas Education Agency, CIS Oficina Nacional y/o agentes identificados anteriormente.

Libero a Comunidad en las Escuelas (CIS), así como a sus empleados, voluntarios u agentes de cualquier responsabilidad por accidentes, lesiones o enfermedades que pudieran ocurrir al menor durante su participación en el programa. Tanto mi hijo como yo reconocemos que estamos participando de manera voluntaria en el programa de comunidades en las escuelas.

Nombre de padre o tutor (Favor de imprimir): _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** TX **Código Postal:** _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____

(Trabajo) _____ **Correo electrónico** _____

Firma de padre o tutor: _____ *(favor de firmar con pluma)*

CIS Staff Signature: _____ **Staff Code:** _____ **Date Received:** _____



Secondary DAEP

Discipline Alternative Education Program

David Barragato, Principal
1510 Jensen Dr. • Houston, TX 77020 • 713-556-4988

Hoja De Informacion De Transporte

Por favor escoja Como el estudiante estara yendo y viniendo de la Escuela:

- ☐ Recojer en Carro
- ☐ Caminante
- ☐ Autobus Escolar
- ☐ Autobus Publico (Metro)

Grado: _____ ID: _____ DÓB: _____ Male/Female

Nombre del Estudiante: _____

Direccion del estudiante: _____

Ciudad: _____ Codigo: _____

Guardian/Padre: _____

Number Telefonico: _____

Si el estudiante viajara en un autobus de HISD, complete la siguiente seccion.

Numero de Ruta: _____

Recoger/Dejar la Ubicacion: _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO DE AYUDA PARA EL ESTUDIANTE (SAQ)

Es necesario que los padres, el personal escolar o el coordinador de enlace de la comunidad proporcione toda la información a continuación.

Escuela _____ Fecha _____
Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. Id. de HISD _____
Domicilio actual _____ Grado _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Tutor o familiar sin derechos legales de custodia ☐ Otro _____ relación _____

¿El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? ☐ Sí ☐ No

Si marcó sí, proporcione el nombre del administrador del caso DFPS _____ Teléfono: _____

¿El estudiante estuvo anteriormente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? ☐ Sí ☐ No

A fin de determinar su elegibilidad para para obtener los beneficios que establece el Acta McKinney Vento, proporcione la siguiente información.

Parte A: SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA: Marque, ya sea que el estudiante esté en (1) una casa estable o (2) en transición

1. **ESTABLE:** ☐ El estudiante vive en una casa/departamento propia o alquilada por su padre o tutor legal. (Si marca "estable" no marque ninguna otra situación en el #2.) ¿La casa o departamento tienen electricidad y agua corriente? ☐ Sí ☐ No

2. SITUACIONES DE VIVIENDAS DE TRANSICIÓN

☐ Vive en un albergue ☐ Vive en un hotel o motel

☐ Vive con más de una familia en una casa o departamento (compartidos)

Desamparado

☐ Se muda de un lado a otro

☐ Vive en una estructura que no se usa por lo general para vivienda

☐ Vive en un auto, parque, campamento o al aire libre sin agua corriente y/o electricidad

☐ Vive en un camper

☐ Está en una vivienda privada (Apéndice del HUD)

VIVE SOLO? ☐ Sí ☐ No (Un joven que vive solo es un estudiante que no está bajo la custodia física de un padre o tutor legal. Esto incluye a estudiantes que viven con familiares sin custodia o amigos sin custodia legal.)

Parte B: ANTECEDENTES (Si marco alguna Situación de Vivienda de Transición (2) arriba, por favor marque CUALQUIERA de las de abajo que aplique)

☐ Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad

☐ Desastre Natural / evacuación

☐ Nuevo en la ciudad

☐ Problema doméstico

☐ Pérdida del empleo

☐ Trabajo de migrante en pesca o agricultura

☐ Dificultad económica/bajos ingresos

☐ En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de CPS

☐ Desalojado/expulsado

☐ Padre(s) en despliegue militar

☐ Incendio u otra destrucción

☐ Padre encarcelado / Recién liberado de la cárcel

Parte C: SERVICIOS QUE NECESITA basados en disponibilidad (Marque el servicio que necesita y llame al 713-556-7237 para hablar con un trabajador social)

☐ Ayuda para Inscripción

☐ Transportación

☐ Uniformes, ropa de emergencia

☐ Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil)

☐ Artículos escolares

☐ Artículos de higiene personal

☐ Inmunizaciones

☐ Ayuda de Medicaid/CHIP

☐ Ayuda con cupones de alimentos (SNAP)

☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

☐ Otros _____

A mí leal entender esta información es verdadera y correcta.

Nombre (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): _____

Firma _____

Tfno _____

School Personnel: This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11435. If any "Transitional Housing Situation" is checked under "Current Housing Situation" AND the family has indicated one of the "Background Situations" (1) Immediately add PEIMS Coding on the At-risk Chancery panel for At-risk reason code 12, (2) code all of the McKinney-Vento Panels on that screen (the start date should be the date the form was completed and also add the end date, and (3) Email forms to HomelessEducation@houstonisd.org. If information is missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.



PETICIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Estimados padres:

Este formulario permite revelar si su hijo(a) es alérgico a algún alimento o si tiene una alergia severa a alimentos que deba informar al distrito para tomar las precauciones necesarias para su seguridad.

“Alergia severa a alimentos” refiere a una reacción peligrosa o que pone en riesgo su vida debido a un alérgeno alimenticio introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere de atención médica inmediata.

Favor de hacer una lista de los alimentos a cuales su hijo(a) es alérgico o tiene una alergia severa, al igual que cómo reacciona su hijo(a) cuando es expuesto a los alimentos listados.

☐ No tengo información que reportar.

Alimento	Naturaleza de la reacción alérgica al alimento	¿Pone en riesgo su vida?

PARA SOLICITAR UNA DIETA ESPECIAL, MODIFICACIONES AL PLAN ALIMENTICIO O PARA PROPORCIONAR MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA ALERGIA ALIMENTICIA DE SU HIJO(A), CONTACTE A LA ENFERMERA ESCOLAR O ADMINISTRADORES DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).

El distrito mantendrá la información proporcionada arriba como confidencial y podrá revelar información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal apropiado, dentro de los límites de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares y las normas del distrito.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Fecha que la escuela recibió este documento: _____



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

INVENTARIO DE SALUD

ESCUELA _____ FECHA _____

MAESTRO(A) _____ ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ _____

Favor de completar esta forma y regresarla al maestro(a) o enfermero(a). La información de este formulario ayudará al personal de la escuela a comprender mejor las necesidades de salud de su hijo(a):

Nombre _____ Sexo _____ Fecha nac. _____ Peso al nacer _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Alguna vez el doctor le dijo que su hijo(a) tiene:

	Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?		Edad identificado	¿Está bajo cuidado médico?
Asma			Problemas de los huesos/articulación		
Alergias			Fiebre reumática		
Trastorno sanguíneo			Cirugía/fracturas		
Diabetes			Enfermedad T. B.		
Epilepsia/ataques			Pérdida de la audición		
Enfermedad del corazón			Pérdida de la visión		
Trastornos del riñón			Calambres menstruales severos		
Cáncer			Trastornos de la alimentación		

Marque si ha observado algo de lo siguiente en su hijo(a):

_____ Se cansa fácilmente _____ Dolor de oído _____ Silbido o poco aliento cuando hace ejercicio
_____ Dolor de cabeza frecuente _____ Dificultad para hacer amigos _____ Se come las uñas
_____ Desmayos _____ Tose frecuentemente por la noche _____ Inquietud

¿El doctor ha examinado a su hijo(a) por alguna causa mencionada arriba? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿Para qué condición? _____

Otro comentario _____

¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)?

CHIP ☐ Medicaid ☐ HCHD ☐ Seguro médico privado ☐ No tiene ☐

Favor de visitar a la enfermera (o director(a)) si su hijo(a) es:

- Una adolescente embarazada o con hijos

y/o

- Tiene alergia mortal a ciertos alimentos

Firma _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Este documento autoriza al Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD) a imprimir imágenes, grabar material y fotografiar a mi hijo y utilizar el material para promocionar las actividades y logros de HISD. Esta autorización comprende la inclusión de mi hijo en material didáctico para capacitar a maestros o informar al público sobre las escuelas de HISD a través de medios digitales o impresos como: periódicos, radio, TV, páginas web, blogs, redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube, etc.) DVD, letreros y folletos. Esta autorización incluye los trabajos de mi hijo, su nombre, su imagen y su voz.

- ☐ Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **SÍ le otorgo a** HISD, a sus empleados y sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar y grabar material que incluye a mi hijo y utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.
- ☐ Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **NO le otorgo a** HISD, a sus empleados ni a sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar o grabar material que incluye a mi hijo ni utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.

El Distrito Escolar Independiente de Houston, sus representantes, oficiales, empleados y agentes pasados, presentes y futuros quedan exentos de toda responsabilidad, reclamo, demanda, o litigio por el uso de este material.

Certifico que leí este documento y comprendo totalmente los términos y condiciones. Entiendo que puedo retractar mi autorización en cualquier momento solicitándolo por escrito al director de la escuela de mi hijo.

Escriba con letra de molde.

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Nombre del padre o tutor legal _____

Escuela _____

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha _____ Número de teléfono _____