

**Distrito Escolar Independiente de Houston**  
**Acuerdo de ingreso al programa Magnet temático de RICE STEM, 2022-2023**

---

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ ID del estudiante: \_\_\_\_\_

**Expectativas para el estudiante**

Los estudiantes del programa Magnet deben demostrar su compromiso al tema elegido cumpliendo con todos los trabajos y requisitos de los cursos. Contribuirán al mantenimiento de un entorno escolar que fomente el respeto mutuo y apoye el éxito de todos según lo establece el código de conducta estudiantil.

**Expectativas para la familia**

La participación y colaboración de la familia son requisitos de la experiencia educativa Magnet. Las familias deben responder oportunamente a los comunicados del progreso académico, la asistencia y la conducta enviados por la escuela.

**Requisitos de continuidad**

- Los estudiantes participarán en un mínimo de dos competencias y cursos optativos relacionados con la temática del programa; por ejemplo, ingeniería y robótica.
- Los estudiantes deben aprobar todos los cursos de Matemáticas y Ciencias y las materias de STEM optativas específicas de su escuela para mantenerse encaminados.

**Requisitos adicionales específicos para estudiantes preparatoria:**

- Todos los estudiantes de preparatoria deben cumplir con cuatro años de Matemáticas y Ciencias.

A los estudiantes que no cumplen con los requisitos para continuar en el programa se les asigna un **Plan de Crecimiento Magnet de HISD** por un mínimo de un ciclo de calificación. El objetivo del plan es ayudar a los estudiantes y sus padres a satisfacer las expectativas. Un comité compuesto por profesionales de la escuela y los padres evaluará el progreso del plan al final del periodo convenido. Mientras un plan está vigente, se evalúa en cada periodo de calificación para determinar si el estudiante debería continuar participando en el programa Magnet el año siguiente. Todas las transferencias Magnet tienen una duración de un año y solo se pueden denegar al final del año.

---

**Importante:**

- Un estudiante no puede ser asignado al programa educativo general de la escuela a la cual asiste con una transferencia Magnet.
- No se le puede conceder a un estudiante más una transferencia estudiantil por ciclo escolar.
- Si un estudiante decide retirarse del programa antes del final del ciclo escolar, será necesario que complete un formulario de retiro **voluntario** y solamente podrá inscribirse en la escuela de su zona.

**Para que este acuerdo sea válido debe tener todas las firmas requeridas. La firma del estudiante solo es necesaria si está en 6º o en un grado escolar superior.**

**Convenimos adherirnos a las expectativas del programa según se describen en este acuerdo.**

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del coordinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Director/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Houston Independent School District  
The Rice School/La Escuela Rice  
Enrollment Information  
2022 - 2023**

Homeroom Teacher (Maestro):

Has student ever attended an HISD School? ¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Last School/Daycare Attended/ Última escuela o guardería que asistió						
HISD Student ID/ Identificación del estudiante HISD		Date of Enrollment/ Fecha de inscripción		Date of Birth/ Fecha de nacimiento		Gender/ Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	Grade/ Grado			
Legal Student Last Name/ Apellido legal del estudiante		First Name/ Primer nombre		Middle Name/ Segundo nombre		Generation/ Generación Jr., III, etc.)	Student SS# / State Alt. # Número de Seguro Social del alumno			
Student Birthplace: City, State, Country Lugar de nacimiento del alumno: Ciudad Estado País			Year Started School in US/ Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos		Student Lives with/ El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father/ Padre <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____ <input type="checkbox"/> Both Parents/ Ambos Padres					
Federal Student Ethnicity (Select One) Etnia del alumno (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino/ Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino/ No hispano o latino			Student Race/ Raza (Select all that apply/ Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White							
Student Address Domicilio del alumno		Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle	Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal	County País	Home Phone Teléfono del hogar	
Student Cell Phone/ Teléfono celular del estudiante						Student e-mail Address/ Correo electrónico del estudiante				
<b>Texas Education Code §25.002(f) requires the school district to record the name, address, and birth date of the person enrolling a child.</b> El Código §25.002(f) 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).										
Contact #1 Name (Last, First) Primer contacto (Apellido, Nombre)			Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular		
Preferred Language Lenguaje preferido		<input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto				
Contact #2 Name (Last, First) Segundo contacto (Apellido, Nombre)			Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular		
Preferred Language Lenguaje preferido		<input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto				
Contact #3 Name (Last, First) Tercer contacto (Apellido, Nombre)			Relationship/ Relación	Street Number Número de la calle	Street Name Nombre de la calle		Apartment Apartamento	City Ciudad	State Estado	Zip Código Postal
Employer/ Empleador		Occupation/ Ocupación		Home Phone/ Teléfono del hogar		Work Phone/ Teléfono del trabajo		Cell Phone/ Teléfono celular		
Preferred Language Lenguaje preferido		<input type="checkbox"/> English/ Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita <input type="checkbox"/> Spanish/ Español <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____		Translator Needed? ¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		e-mail Address/ Correo electrónico del primer contacto				
What type of medical insurance do you carry for this child? ¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo? <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input type="checkbox"/> Private Insurance/ Seguro Privado <input type="checkbox"/> None/ Ninguno						Family Physician/ Médico de la familia		Physician Phone/ Teléfono del médico		
<b>List the names of all brothers and sisters under 18 years of age. (If additional room is needed, write on reverse side.)</b> <b>Anote los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)</b>										
Last, First, and Middle Names Apellido, Nombre y segundo nombre			Gender Sexo	Birthdate Fecha de nacimiento	Grade Grado	Address of This Child Dirección de este niño(a)				
<b>Signature below certifies that all the information above is true and accurate.</b> Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or costs under Texas Education Code §25.001(h). 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 Texas										
Signature of Contact 1/Legal Guardian / Firma de la madre o tutora legal				TX Driver's License Number / Número de licencia de conducir de Texas			Date of Birth (Contact 1/Legal Guardian) / Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)			
Signature of Contact 2/Legal Guardian / Firma del padre o tutor legal				TX Driver's License Number / Número de licencia de conducir de Texas			Date of Birth (Contact 2/Legal Guardian) / Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)			
Total Monthly Family Income / Ingresos totales mensuales de familia:						Total Number In Household / Cantidad total de personas en el hogar:				



## Enrollment Information Additional Contact Form 2022-2023

Student Name/ Nombre del estudiante	HISD Student ID/ Identificación del estudiante HISD
-------------------------------------	---

Individuals not listed on the Enrollment Information Form or Additional Contact Form will not be allowed to pick up your child. Please enter all persons allowed to pick up your child. If you need an additional form, please let your child's homeroom teacher know. We will send an additional form home with your child. To view or edit your child's contact list, log in to HISD Connect at <https://www.houstonisd.org/PSC>

Las personas que no estén en la lista del Formulario de Información de inscripción (Enrollment Information Form) o en el formulario de contacto adicional (Additional Contact Form) no podrán recoger a su hijo(a). Por favor incluya todas las personas autorizadas a recoger a su hijo(a). Si necesita un formulario adicional, comuníquese con el maestro de aula de su hijo(a). Enviaremos un formulario adicional a casa con su hijo. Para ver o cambiar la lista de contactos de su hijo, entre a la página de HISD Connect al <https://www.houstonisd.org/PSC>

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

Contact Name/ Nombre del contacto	Relationship/ Relación
-----------------------------------	------------------------

Home Phone/ Teléfono de casa	Work Phone/ Teléfono del trabajo	Cell Phone/ Teléfono del célula
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**Please check box(es) applicable to this contact person/ Por favor de seleccionar la caja(s) que apliquen ala persona asignada como contacto en esta forma:**

Lives with student/ Vive con el estudiante       Emergency/ Emergencia       Has permission to pick up student/ Tiene permiso para recoger al estudiante

# HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(SOLO para estudiantes que se inscriban en la escuela, prekínder a 12º grado)

**PARA LOS ESTUDIANTES DE PREKÍNDER A OCTAVO GRADO, ESTE CUESTIONARIO DEBE LLENARLO EL PADRE O TUTOR. LOS ESTUDIANTES DE 9º A 12º GRADO PUEDEN LLENARLO ELLOS MISMOS.** El estado de Texas requiere que la siguiente información se obtenga para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información requerida en las siguientes preguntas sobre el idioma de la familia.

Estimado padre o tutor:

Para determinar si su hijo podría beneficiarse de los servicios de los programas bilingües o de inglés como segundo idioma, por favor conteste las dos preguntas planteadas abajo.

Si alguna de sus respuestas indica el uso de un idioma diferente del inglés, el distrito escolar deberá realizar una evaluación para determinar hasta qué punto su hijo se comunica bien en inglés. El resultado de la evaluación se usará para determinar si es apropiado proveer a su hijo servicios de programas bilingües o de inglés como segundo idioma, y para guiar las recomendaciones sobre la instrucción y la asignación a un programa escolar adecuado. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso de este cuestionario, o si necesita ayuda para completarlo, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Para ver más información sobre el proceso requerido, por favor visite el siguiente sitio web:

<https://projects.esc20.net/upload/page/0081/docs/LPAC-TrainingFlowchartSpanish-Accessible.pdf>.

**Esta encuesta debe permanecer archivada en el expediente permanente del estudiante.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ NÚM. DE ID: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

**NOTA: INDIQUE SÓLO UN IDIOMA EN CADA RESPUESTA.**

1. ¿Qué idioma usa en la casa del estudiante **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma usa su hijo **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante, si cursa un grado entre 9º y 12º

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO:** Si cree que cometió un error cuando completó esta encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar, podrá solicitar una corrección, por escrito, solamente si:

1) todavía no se le ha administrado a su hijo la evaluación de dominio del inglés; y

2) se presenta la solicitud escrita de corrección en el lapso de las dos semanas calendario siguientes a la inscripción.



**Kimberly Hobbs, Principal**

K-2 Administrator – Jacqueline Curtis  
3-5 Administrator – Ruby Gilbert  
6-8 Administrator – Marilyn Callegari

K-5 Counselor – Crystal Thompson  
6-8 Counselor –Shaniquwa Finley Carter  
Magnet Coordinator – Vickie Matson

**REQUEST FOR STUDENT RECORDS  
(Petición de documentos del estudiante)**

To: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_

**Last School Attended  
Escuela en que asistió el estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Address**

\_\_\_\_\_  
**City, State, Zip**

**Registrar's Instructions: The following student(s) has enrolled in our school. Please send a copy of his/her complete file, including the permanent record, available test scores, year-to-date grades, any special education records and health records.**

**I hereby authorize the release of information mentioned above to The Rice School/La Escuela Rice.**

**Student's Name:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante**

**Birth Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del estudiante**

**Entering Grade:** \_\_\_\_\_

**Grado entrante**

\_\_\_\_\_  
**Parent Signature**

**Firma del padre**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Fecha**

**Please Mail Directly to:  
The Rice School/La Escuela Rice  
7550 Seuss Dr.  
Houston, TX 77025**



# 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 \_\_\_\_\_



## 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: \_\_\_\_\_