

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HISTORIAL ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

(Formulario para estudiantes que se inscriben al 2º grado en adelante cuyo idioma principal en casa no es el inglés)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Grado: _____ Escuela: _____
 Fecha de inscripción escolar en los Estados Unidos: _____

¿El estudiante asistió a alguna escuela fuera de los Estados Unidos?

- No** - Si contestó que No, entonces no necesita llenar este formulario.
- Sí** - Si contestó que Sí, indique la siguiente información.

Historial escolar del estudiante

Año escolar	Grado	País o estado en Estados Unidos	Tiempo que estuvo inscrito en total	Número de meses que asistió a la escuela si no terminó el año escolar	<i>For Office Use</i> Document TELPAS Reading rating if available/Yrs in U.S. Schools
	Kínder		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	1º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	2º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	3º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	4º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	5º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	6º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	7º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	8º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	9º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	10º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	11º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		
	12º		<input type="checkbox"/> Todo el año <input type="checkbox"/> No asistió a la escuela <input type="checkbox"/> Parte del año (especifique)		

Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

Firma de padre: _____ Fecha: _____

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 HISSD _____
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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vive en un albergue | <input type="checkbox"/> Vive en un hotel o motel |
| <input type="checkbox"/> Vive con más de una familia en una casa o departamento (compartidos) | |
| Desamparado | |
| <input type="checkbox"/> Se muda de un lado a otro | <input type="checkbox"/> Vive en una estructura que no se usa por lo general para vivienda |
| <input type="checkbox"/> Vive en un auto, parque, campamento o al aire libre sin agua corriente y/o electricidad | |
| <input type="checkbox"/> Vive en un camper | <input type="checkbox"/> 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 marcó alguna Situación de Vivienda de Transición (2) arriba – por favor marque CUALQUIERA de las de abajo que aplique)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad | <input type="checkbox"/> Desastre Natural / evacuación |
| <input type="checkbox"/> Nuevo en la ciudad | <input type="checkbox"/> Problema doméstico |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo | <input type="checkbox"/> Trabajo de migrante en pesca o agricultura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad económica/bajos ingresos | <input type="checkbox"/> En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de CPS |
| <input type="checkbox"/> Desalojado/expulsado | <input type="checkbox"/> Padre(s) en despliegue militar |
| <input type="checkbox"/> Incendio u otra destrucción | <input type="checkbox"/> 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)

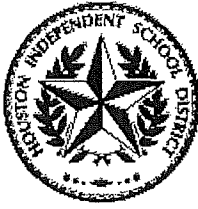
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para inscripción | <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Uniformes, ropa de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil) | <input type="checkbox"/> Artículos escolares | <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Ayuda de Medicaid/CHIP | <input type="checkbox"/> Ayuda con cupones de alimentos (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

A mi 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.

Este documento permanecerá en el Folder Cumulativo Estudiantil



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 ALERGIYA 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 _____

Agencia de Educación de Texas
Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

Hispano/Latino – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.

No Hispano/Latino

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.

Asiático – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o Africano-Americano – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.

Nativo de Hawai u otras islas del pacífico – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

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 por 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 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 se habla en la casa del estudiante **la mayor parte del tiempo**? _____

2. ¿Qué idioma habla el estudiante **la mayor parte del tiempo**? _____

Firma del padre o tutor

Fecha

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

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.

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		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Grado		
Apellido legal del estudiante		Primer nombre		Segundo nombre		Generación (Jr., III, etc.)		Número de Seguro Social del alumno		
Lugar de nacimiento del alumno Ciudad Estado País			Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos		El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ambos Padres					
Etnia del alumno (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		Raza (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco								
Domicilio del alumno		Número de la calle		Nombre de la calle		Apartamento		Estado Código Postal País		Teléfono del hogar
Teléfono celular del estudiante					Correo electrónico del estudiante					
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).										
Primer contacto (Apellido, Nombre)			Relación		Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal					
Empleador		Ocupación			Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico del primer contacto			
Segundo contacto (Apellido, Nombre)			Relación		Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal					
Empleador		Ocupación			Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico del segundo contacto			
Tercer contacto (Apellido, Nombre)			Relación		Número de la calle Nombre de la calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal					
Empleador		Ocupación			Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Correo electrónico del tercer contacto			
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo? <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HCHD <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno					Médico de la familia			Teléfono del médico		
Anote 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	Grado	Dirección de este niño(a)				
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					

IMMUNIZATION REQUIREMENTS

2023-2024

DPT	All grades	5 or 4 doses Last dose must be on or after 4 th birthday
Polio	All grades	3 or 4 doses Last dose must be on or after 4 th birthday
MMR	All grades	2 doses First dose must be on or after 1 st birthday
Varicella	K- 5th	2 doses First dose must be on or after 1 st birthday
Hepatitis A	K - 3 rd	2 doses First dose must be on or after the first Birthday
Hepatitis B	All grades	3 doses

***YOUR RECORD MUST HAVE EITHER A PHYSICIAN'S NAME OR BE ON CLINIC LETTERHEAD.**