

Distrito Escolar Independiente de Houston

Formulario de Inscripción

2019 - 2020

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"/> Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacifico		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Negro o afro-americano		
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		
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		
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				

Nombre del Estudiante _____

Plan Para Situaciones de Emergencia/Mal Tiempo

Lo siguiente es para informar a la escuela que en situaciones de mal tiempo mi hijo/a:

_____ será recogido(a) de la escuela por _____
Nombre de la persona Relación

_____ ira a la casa a pie.
_____ tomara el autobús escolar de HISD
_____ tomara el autobús privado. Nombre de autobús privado _____
_____ tomara el autobús "Metro"
_____ otro: _____

Firma de la madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor firma los dos lados.

Entrega de estudiantes durante horas escolares

Los estudiantes pueden ser recogidos por:

- los padres o tutor legal
- personas anotadas en la parte de abajo
- personas autorizadas deberán presentar nota firmada por los padres

Una identificación valida con foto deberá ser presentada antes de que el estudiante sea entregado.

Mi niño/a puede ser recogido por las siguientes personas durante horas escolares:

Nombre	Relación	Numero de teléfono

Por favor avise inmediatamente a la escuela de cambios de telefonos o personas autorizadas.

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(Home Language Survey applicable ONLY if administered
for students enrolling in prekindergarten through grade 12)

PARA LOS ESTUDIANTES DE PREKÍNDER A OCTAVO, ESTE CUESTIONARIO DEBE LLENARLO EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR. LOS ESTUDIANTES DE 9 A 12 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. Una vez finalizada la evaluación de su hijo, no se permitirá hacer cambios a las respuestas dadas en este cuestionario.

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>.

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 su hijo la mayor parte del tiempo?

Firma del padre de familia o tutor

Fecha

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

Fecha

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

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

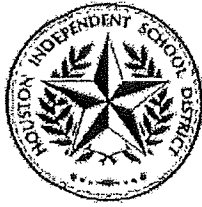
Favor de visitar a la enfermera (o director(a)) si su hijo(a) es:

- 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: _____