

SCHOOL YEAR	GRADE	CAMPUS
-------------	-------	--------

STUDENT ENROLLMENT FORM

Houston Independent School District
 4400 West 18th St - Houston, Texas 77092-8501
 Phone: 713-556-6000

FOR OFFICE USE ONLY	
ENROLLMENT DOCUMENTATION	
DATE OF ENTRY	
DISTRICT ID NO.	
STUDENT LOCAL ID NO.	
DISTRICT OF RESIDENCE	

STUDENT INFORMATION / USAR LETRA DE MOLDE

SOCIAL SECURITY NO. / NUMERO SOCIAL		STUDENT NAME / NOMBRE DE ESTUDIANTE		
		LAST / APELLIDO	FIRST / PRIMER NOMBRE	MIDDLE INITIAL / SEGUNDO (INICIAL)
				GENERATION / GENERACIÓN
GENDER / EL GÉNERO		DOB / FECHA DE NACIMIENTO		CITY / CIUDAD
<input type="checkbox"/> MALE / MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE / FEMENINO				STATE / ESTADO
				COUNTRY / PAÍS
				United States of America
RESIDENTIAL ADDRESS - CITY, ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD CÓDIGO POSTAL			MAILING ADDRESS - CITY ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD CÓDIGO POSTAL	
HOME PHONE / TELÉFONO		E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO		
FEDERAL ETHNICITY / ETHICIDAD DEL ALUMNO (SELECT ONE)		RACE / RAZO (SELECT ALL THAT APPLY)		<input type="checkbox"/> (1) AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE <input type="checkbox"/> (2) ASIAN OR PACIFIC <input type="checkbox"/> (3) BLACK, NOT OF HISPANIC ORIGIN <input type="checkbox"/> (4) WHITE, NOT OF HISPANIC ORIGIN <input type="checkbox"/> (5) NATIVE HAWAIIAN / OTHER PACIFIC ISLANDER
<input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC/LATINO				
SIBLINGS AT HOUSTON ISD / HIJOS EN HOUSTON ISD		NAME/NOMBRE	SCHOOL/ESCUELAS	GRADE/GRADO
LAST SCHOOL ATTENDED / NOMBRE LAS ÚLTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS		CITY / CIUDAD	STATE / ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL
				Grade Last Completed / Último Grado completado
CONTACT 1 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 1		<input type="checkbox"/> LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY, STATE ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		
HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA		WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO
CONTACT 2 NAME / EL NOMBRE DE CONTACTO 2		<input type="checkbox"/> LIVES WITH STUDENT / ¿VIVE CON EL ESTUDIANTE	RESIDENTIAL ADDRESS - CITY, STATE ZIP CODE / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL / LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL-CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		
HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA		WORK PHONE / TELÉFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / EL NÚMERO DEL TELÉFONO CÉLULAR	E-MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE ENVÍO ELECTRÓNICO

I understand that if there are any changes to this information that it is my responsibility to notify the school and to provide appropriate documentation.
 Yo entiendo que si tengo algunos cambios en mi informacion yo sere responsable de notificar la escuela y proveere la documentacion apropiada.

 Signature of Parent/Guardian/Appointee

 Please Print Name

 Date

 Month Day Year

1. Students at least 5, but less than 21 on or before September 1 and must be a resident of a participating district are eligible for free attendance.
2. The parent or guardian signature must be the same as the name of the person with whom the student resides.
3. Texas Penal Code §37.10 provides that presenting a false document or false records for enrollment in school is an offense under state law.
4. Enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or costs under Texas Education Code §25.001(n).
5. Texas Education Code §25.002(f) requires the school district to record the name, address, and date of birth of the person enrolling a child.//>

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 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 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.

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:

Table with 6 columns: Condition, Edad identificado, ¿Está bajo cuidado médico?, Condition, Edad identificado, ¿Está bajo cuidado médico?. Rows include Asma, Alergias, Trastorno sanguíneo, Diabetes, Epilepsia/ataques, Enfermedad del corazón, Trastornos del riñón, and Cáncer.

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

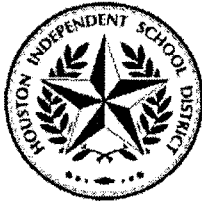
Form with checkboxes for symptoms: Se cansa fácilmente, Dolor de cabeza frecuente, Desmayos, Dolor de oído, Dificultad para hacer amigos, Tose frecuentemente por la noche, Silbido o poco aliento cuando hace ejercicio, Se come las uñas, Inquietud. Includes a question: ¿El doctor ha examinado a su hijo(a) por alguna causa mencionada arriba?

Form with checkboxes for medication: ¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ¿Cuál? ¿Para qué condición? Otro comentario

Form with checkboxes for insurance: ¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo(a)? CHIP, Medicaid, HCHD, Seguro médico privado, No tiene

Form with bullet points: 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: _____

Nombre del estudiante _____

DÍA DE LLUVIA / PLAN DE EMERGENCIA

Esta es una notificación a la escuela de que, en caso de mal tiempo, mi hijo

_____ será recogido por _____

Nombre de la persona que recoge Parentesco

___ _ caminará a casa

___ _ viajará en el autobús escolar de HISD

___ _ tomará un autobús privado a casa. Nombre del autobús _____

___ _ tomará el autobús de Metro a casa

___ _ Otro : _____

SALIDA DE ESTUDIANTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

UN ESTUDIANTE PUEDE SALIR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR PARA:

- los padres o tutor legal
- las personas que se enumeran a continuación
- una persona con el permiso por escrito de los padres

Una identificación válida con foto debe estar presente antes de que el estudiante pueda salir.

Mi hijo puede ser entregado a las personas que se enumeran a continuación durante el horario escolar

Nombre	Relación	Número de contacto

Firma del padre _____ Fecha _____