

## QUE NECESITA PROPORCIONAR PARA REGISTRACION?

### PRE-K – 5<sup>TO</sup> LISTA DE REGISTRACION

- Acta de Nacimiento (Original)
- Seguro Social (Si aplica)
- Cartilla de Vacunas
- Prueba de Domicilio
  - Factura de Utilidad
  - Contrato de Arrendamiento
- \* Vive con alguien y no tiene factura a su nombre? Necesitaría proporcionar los siguientes documentos:
  - Factura de la persona con la que está viviendo
  - Carta de la persona en la factura constando que usted vive en su domicilio. (carta puede ser echa a mano)
  - Identificación proveída por un gobierno, de la persona con la cual está viviendo. (Ejemplo. Licencia de conducir, Pasaporte, Matricula consular)
  - También necesitará proveer cualquier correo dirigido a usted
- Identificación de los padres
- SOLO PARA PRE-K:** Prueba de ingresos (Ejemplo: Talón de cheques, Income Tax 2019, carta de elegibilidad de Medicaid o Estampillas Alimenticias )
- Último Reporte de Calificaciones

## WHAT DO YOU NEED TO BRING FOR REGISTRATION?

### PRE-K – 5<sup>TH</sup> REGISTRATION CHECK LIST

- Original Birth Certificate.
- Social Security Card (If applicable)
- Updated Shot Records
- Prove of Residency
  - Utility Bill
  - Lease
- \* Living with someone and have no bills under your name? You will need to provide these additional items:
  - Bill of person your living with
  - Letter can be handwritten from Person whose bill is under with signature and phone number
  - ID from person who wrote the letter and whose bill is under
  - In addition, please provide any mail addressed to you to the address
- Parents Government issue identification
- ONLY PRE-K:** Prove of Income (Exp: Check Stubs, Income tax 2019, Medicaid of Snap benefits eligibility letter)
- Last Report card (If Applicable)

Si tiene alguna pregunta por favor llame al 409-571-9558 o mande un correo electrónico a [rortuno@houstonisd.org](mailto:rortuno@houstonisd.org) / If you have any question please contact us at 409-571-9558 or via email at [Rortuno@houstonisd.org](mailto:Rortuno@houstonisd.org)

Dear parents,

Thank You for your interest in our school. We hope you and your family are staying safe and healthy.

Please complete and answer the following questions regarding technology.

1. Do you have Internet Access?
2. What type of device do you have at home?
3. Would you like paper base work for your student?

The following are academic questions regarding your child?

1. If your child receiving any services (Exp: Speech, Dyslexia, .....) ?
2. If your answer was yes, please name services below?

3. Do you have any concerns regarding your child's learning?

---

Queridos padres,

Gracias por su interés en nuestra escuela. Esperamos que usted y su familia se mantengan seguros y saludables. Por favor complete y responda las siguientes preguntas sobre tecnología.

1. ¿Tiene acceso a internet?
2. ¿Qué tipo de dispositivo tienes en casa?
3. ¿Le gustaría trabajar en papel para su estudiante?

¿Las siguientes son preguntas académicas con respecto a su hijo?

1. ¿Su hijo recibe algún servicio ( Ejem : Terapia habla, dislexia,.....)?
2. Si su respuesta fue afirmativa, indique los servicios a continuación.
3. ¿Tiene alguna preocupación con respecto al aprendizaje de su hijo?

# Distrito Escolar Independiente de Houston

Patterson Magnet Elementary

## Formulario de Inscripción

20 20 - 20 21

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 Pacífico		<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				
<small>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).</small>								
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?		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			
<b>Anote los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)</b>								
Apellido, Nombre y segundo nombre		Sexo	Fecha de nacimiento	Grado	Dirección de este niño(a)			
<b>La firma a continuación certifica que toda la información anterior es correcta y verídica.</b>								
<small>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</small>								
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				



# 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.

**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 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: \_\_\_\_\_