



# Formulario de Registracion del Estudiante

Porfavor escriba en letra imprenta TODAS las preguntas.

Información del Estudiante

Apellido del estudiante (como aparece en el acta de nacimiento) \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante (como aparece en el acta) \_\_\_\_\_ Segundo nombre (como aparece en el acta) \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., III, etc.) \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correo, si es diferente: \_\_\_\_\_ **NOTA: El número listado arriba recibirá mensajes automatizados de la escuela. Puede ser un celular o un fijo.**

<b>Origen Étnico y Raza</b> 1) ¿Es usted hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2) Raza: (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de una isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco 3) Origen étnico del estudiante? (marque uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de una isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Sitio de nacimiento</b> _____ Ciudad o estado O país si no es US	¿El estudiante ha atendido otra escuela en el Distrito Escolar del Condado de Newberry? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si este es el caso nombre la escuela: _____	<b>Transporte</b> <b>AM:</b> <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Bus _____ <input type="checkbox"/> Después de escuela <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Conductor: _____ <b>PM:</b> <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Bus _____ <input type="checkbox"/> Después de escuela <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Conductor: _____
	<b>Fecha de nacimiento</b> _____ <b>Servicios de apoyo al estudiante (Educación Especial) Información:</b> ¿Tiene su estudiante algo de lo siguiente? IEP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Plan de acomodación 504 <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<b>Nivel de grado</b> _____ ¿Ha tenido que repetir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información del Padre o Encargado Legal

**El estudiante vive con:** (marque los que aplique)  Ambos padres  Madre  Padre  Padrastro\*  Padre adoptivo\*  Encargado legal\*  Otro\*  
 \*¿Quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 ¿Hay copias de la tutela legal / documentos de la custodia en la escuela?  Sí  No  No aplica

**Madre Legal del Estudiante:** (Padres listados en el acta de nacimiento del estudiante o documento emitido por la corte)

**Padre Legal del Estudiante:** (Padres listados en el acta de nacimiento del estudiante o documento emitido por la corte)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente del estudiante) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_ Numero de celular \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección electrónica o email \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente del estudiante) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_ Numero de celular \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección electrónica o email \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 ¿Le es permitido llamarlo al trabajo?  Sí  No  
 Estado civil  Casado  Divorciado  Separado  Soltero

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 ¿Le es permitido llamarlo al trabajo?  Sí  No  
 Estado civil  Casado  Divorciado  Separado  Soltero

**DECLARACIÓN DE RESIDENCIA**

Yo soy el que firma y padre/madre o tutor legal del estudiante registrado. Este estudiante vive conmigo en mi lugar de residencia que está dentro de los límites de la zona de asistencia de la escuela y el Distrito Escolar del Condado de Newberry. Con mi firma abajo, yo estoy afirmando que toda la información proveída es exacta y veraz.

**PERMISO DE LOS PADRES PARA EL USO DE IMAGENES Y TECNOLOGIA**

Información sobre el distrito escolar del Condado de Newberry está a disposición del público a través de una amplia gama de medios de comunicación. Esto incluye los periódicos locales, estaciones de radio y televisión, boletines, periódicos estudiantiles e Internet. Con el fin de proteger la privacidad de los estudiantes mientras que también proporciona oportunidades para el reconocimiento del estudiante, el Distrito Escolar del Condado de Newberry requiere un permiso de los padres antes de que una foto o nombre del estudiante sea utilizado.

*Yo doy mi permiso para que mi estudiante pueda aparecer en una fotografía, vídeo o diapositivas. Esto incluye fotos individuales de la escuela, vídeos de programas, anuarios y actividades en el aula, actividades deportivas y extracurriculares, los medios de comunicación locales (periódicos, radio y televisión) informativos o boletines y el sitio web del Distrito Escolar. Además, doy mi permiso para que la escuela divulgue información del directorio (nombre, dirección, número de teléfono). Esta solicitud se usa más frecuentemente para estudiantes de secundaria (equipos académicos, atletismo, banda/música)*

**Sí**  **No**

La tecnología es parte vital en la educación y el currículo del Distrito Escolar del Condado de Newberry. Los computadores y el internet están disponibles para todos los estudiantes de esa manera ellos tienen acceso a materiales educativos de todo el mundo. Su permiso es requerido antes que los estudiantes les sean permitidos el uso de estos equipos.

*Yo doy mi permiso para que mi estudiante utilice los recursos de tecnología que el distrito ha proporcionado y leeré y animaré a mis estudiantes a cumplir con los términos de la política de uso aceptable publicado en el sitio web del distrito*

**Sí**  **No**

**Últimas tres escuelas atendidas: (La más reciente primero)**

Nombre de la escuela #1	Dirección de la escuela	Grado	<input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Alternativa
Número de teléfono	Número de fax	Fechas que atendió	Distrito
Nombre de la escuela #2	Dirección de la escuela	Grado	<input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Alternativa
Número de teléfono	Número de fax	Fechas que atendió	Distrito
-			
Nombre de la escuela #3	Dirección de la escuela	Grado	<input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Alternativa
Número de teléfono	Número de fax	Fechas que atendió	Distrito

**Familiares: Liste todos los niños que viven en la casa**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado / Edad	Escuela que atiende
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Contactos en caso de emergencia: Por favor liste el nombre de personas que podríamos llamar en caso de emergencia si los padres no se pueden encontrar.**

Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono en casa	Teléfono en el trabajo	No de celular
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Segundo Nombre	Sufijo (Jr., III, etc.)	Fecha de nacimiento
Medico / Doctor	Teléfono	Dentista	Teléfono	Grado
Compañía de seguros		Nombre del asegurado		Numero de la póliza

<p><b>Tratamiento Correctivo</b></p> <p>¿Tiene su estudiante cualquiera de los siguientes tratamientos correctivos / equipo/ aparato?</p> <p><input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Aparato auditivo <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p><b>Condición Médica</b></p> <p>¿Tiene su estudiante algunas de las siguientes condiciones médicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otros _____</p>
--	--

Alergias			
Alergia a	Si es el caso, liste	Describa la reacción	Liste con que se puede tratar la alergia
<b>Medicación</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>La Comida</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>El ambiente</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Otro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Medicación				
Liste cualquier medicación (prescripción, del mostrador, o natural) que toma regularmente o solo cuando necesita. También indique si la medicina se la da en la escuela o en la casa.				
Nombre de la Medicación	Tomada en Casa	Tomada en la escuela	Se necesita en el DIA en los viajes de campo	Se necesita en las NOCHES en los viajes de campo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si su estudiante necesitara tomar alguna medicina mientras que está en la escuela, Pregunte por la póliza de medicaciones y los formularios de permiso requeridos.**

**LIBERACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO**  
 Debidamente doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Newberry para utilizar esta información cuando sea necesario en beneficio de mi estudiante. También doy permiso al Distrito Escolar para proporcionar servicios de salud relacionados a mi estudiante. En caso de emergencia, si un padre/tutor o persona suplente no puede ser localizado, Doy permiso para que mi estudiante sea transportado por EMS para tratamiento médico de emergencia al hospital más cercano. En tales casos, el padre/tutor será responsable del pago de los costos.

**CAMBIOS DE SALUD EN UN VIAJE DE CAMPO / MEDICACION REQUERIDA**  
 Entiendo que es mi responsabilidad como (padre / encargado) de notificar a la enfermera de la escuela por lo menos dos semanas antes de la excursión bien sea durante la noche o de día, de cualquier cambio / preocupación o medicación diferentes a los citados arriba. Si se necesitan medicamentos durante la excursión aparte de los medicamentos que ya tenemos en la escuela, yo (el padre / encargado) soy responsable de completar un formulario de medicación de Distrito Escolar de Newberry y traer los medicamentos a la enfermera de la escuela por lo menos 2 semanas antes de la excursión.

Si mi hijo asiste a una escuela en una zona designada de emergencia (EPZ), que es una zona de 10 millas cerca de una instalación nuclear para proteger a las comunidades cercanas de la exposición a la radiación en caso de accidente, doy permiso para que mi hijo reciba KI (yoduro de potasio) que será proveído por DHEC en caso de accidente. Recibir el KI dentro de cuatro horas de exposición a la radiación disminuye las posibilidades de daño a la tiroides.

Firma de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

