



Escuelas del condado de Duplin

Formulario de registro de PowerSchool

OFFICE USE ONLY Completion Date _____
 Student ID # _____
 Grade _____ Entry Date/Code _____
 Homeroom/Teacher _____
 Forms Reviewed and Verified By: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL		PRIMER NOMBRE LEGAL	SEGUNDO NOMBRE LEGAL
FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AAAA)	GÉNERO <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA ()	PAÍS DE NACIMIENTO <input type="radio"/> ESTADOS UNIDOS <input type="radio"/> OTROS (LISTA ABAJO)
ES EL ESTUDIANTE HISPANO / LATINO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	RAZA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) <input type="radio"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="radio"/> ASIÁTICO <input type="radio"/> NEGRO / AFROAMERICANO <input type="radio"/> HAWAIANO NATIVO/ ISLEÑO DEL PACÍFICO <input type="radio"/> BLANCO		

DIRECCIÓN FÍSICA DEL ESTUDIANTE

DIRECCIÓN POSTAL DEL ESTUDIANTE (SI ES DIFERENTE)

CALLE	APT/SUITE #	CALLE	APT/SUITE #
CIUDAD	ESTADO/CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO/CÓDIGO POSTAL
PRUEBA DE RESIDENCIA <input type="radio"/> FACTURA DE SERVICIOS (Agua, Electricidad, Gas) <input type="radio"/> FACTURA DE TELÉFONO FIJO <input type="radio"/> CONTRATO DE ARRENDAMIENTO/ALQUILER <input type="radio"/> ESTADO HIPOTECARIO <input type="radio"/> OTRO			VERIFICADO CON LISTA DE CARRETERAS (USO DE OFICINA) INICIAL:

INFORMACIÓN DEL PADRES/REPRESENTANTE

Solo un padre con custodia o un tutor legal puede inscribir a un estudiante en las Escuelas del Condado de Duplin. A menos que una orden judicial determine lo contrario, ambos padres naturales que figuran en el certificado de nacimiento tienen los mismos derechos para tomar decisiones educativas y acceder a los registros educativos de su hijo. Si existe documentación de CUSTODIA ORDENADA POR UN TRIBUNAL, se debe proporcionar a la escuela al momento de la inscripción.

Información de custodia

¿Hay algún problema de custodia que involucre al estudiante del cual la escuela deba estar al tanto? SÍ NO
 ¿Se han presentado documentos de custodia a la escuela? SÍ NO

PADRE 1: Madre biológica Padre biológico Viviendo Fallecido (saltar a la siguiente sección)
 El nombre aparece en el certificado de nacimiento SÍ No Otro _____ Marque todo lo que corresponda: Custodia (ver arriba) Vive con
 Recogida en la escuela

NOMBRE COMPLETO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
EMPLEADOR / LUGAR DE TRABAJO			
DIRECCIÓN (si es diferente)			
TELÉFONO DURANTE EL DÍA ()	TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO MÓVIL ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PADRE 2: Madre biológica Padre biológico Viviendo Fallecido (saltar a la siguiente sección)
 El nombre aparece en el certificado de nacimiento SÍ No Otro _____ Marque todo lo que corresponda: Custodia (ver arriba) Vive con
 Recogida en la escuela

NOMBRE COMPLETO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
EMPLEADOR / LUGAR DE TRABAJO			
DIRECCIÓN (si es diferente)			
TELÉFONO DURANTE EL DÍA ()	TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO MÓVIL ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

INFORMACIÓN DEL PADRES/REPRESENTANTE (continuado)**OTRO 1:** MADRASTRA PADRASTRO TUTOR LEGAL (si la custodia legal es alguien que no sea madre/padre biológico)Marque todo lo que corresponda: Custodia (ver arriba) Vive con Recogida en la escuela

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEADOR / LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN (si es diferente)

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

TELÉFONO DE CASA

()

TELÉFONO MÓVIL

()

TELÉFONO DEL TRABAJO

()

OTHER 2: MADRASTRA PADRASTRO TUTOR LEGAL (si la custodia legal es alguien que no sea madre/padre biológico)Marque todo lo que corresponda: Custodia (ver arriba) Vive con Recogida en la escuela

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEADOR / LUGAR DE TRABAJO

DIRECCIÓN (si es diferente)

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

TELÉFONO DE CASA

()

TELÉFONO MÓVIL

()

TELÉFONO DEL TRABAJO

()

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Enumere las personas a las que la escuela puede contactar si no pueden comunicarse con los padres o tutores enumerados.

CONTACTO DE EMERGENCIA 1

NOMBRE COMPLETO

RELACION HACÍA EL NIÑO

¿Puede esta persona recoger a su hijo de la escuela? SÍ NO

TELÉFONO DE CASA ()

TELÉFONO MÓVIL ()

TELÉFONO DEL TRABAJO ()

CONTACTO DE EMERGENCIA 2

NOMBRE COMPLETO

RELACION HACÍA EL NIÑO

¿Puede esta persona recoger a su hijo de la escuela? SÍ NO

TELÉFONO DE CASA ()

TELÉFONO MÓVIL ()

TELÉFONO DEL TRABAJO ()

CONTACTO DE EMERGENCIA 3

NOMBRE COMPLETO

RELACION HACÍA EL NIÑO

¿Puede esta persona recoger a su hijo de la escuela? SÍ NO

TELÉFONO DE CASA ()

TELÉFONO MÓVIL ()

TELÉFONO DEL TRABAJO ()

CONTACTO DE EMERGENCIA 4

NOMBRE COMPLETO

RELACION HACÍA EL NIÑO

¿Puede esta persona recoger a su hijo de la escuela? SÍ NO

TELÉFONO DE CASA ()

TELÉFONO MÓVIL ()

TELÉFONO DEL TRABAJO ()

INFORMACIÓN DE HERMANOS

NOMBRE

GRADO

COLEGIO

NOMBRE

GRADO

COLEGIO

NOMBRE

GRADO

COLEGIO

NOMBRE

GRADO

COLEGIO

INFORMACIÓN DE ESCUELA Y COLOCACIÓN ACADÉMICA

ESCUELA ANTERIOR NOMBRE Y UBICACIÓN

ÚLTIMA FECHA DE ASISTENCIA

NIVEL DE GRADO ACTUAL

PROGRAMAS ESPECIALES (Por favor marque si su hijo ha sido atendido en alguno de los siguientes programas)

 NIÑOS EXCEPCIONALES-IEP SECCIÓN 504 AIG / DOTADO ESL OTROS (ESPECIFICAR) _____

¿ALGUNA VEZ HA ASISTIDO SU HIJO A UNA ESCUELA PÚBLICA DEL CONDADO DE DUPLIN?

 SÍ NO

SI ES SÍ, INDIQUE EL NOMBRE DE LA ESCUELA.

¿ALGUNA VEZ HA ASISTIDO SU HIJO A UNA ESCUELA PÚBLICA EN CAROLINA DEL NORTE FUERA DEL CONDADO DE DUPLIN?

 SÍ NO

SI ES SÍ, INDIQUE EL NOMBRE DE LA ESCUELA.

INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO Y NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE DEL DENTISTA Y NÚMERO DE TELÉFONO

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER ALERGIA

ENUMERE CUALQUIER MEDICAMENTO

COMUNICACIÓN

IDIOMA PREFERIDO PARA LLAMADAS Y MENSAJES DE NOTIFICACIÓN MASIVA ESCOLAR

 INGLÉS ESPAÑOL OTRO: _____**TRANSPORTE**

AM/MAÑANA:

 COCHE AUTOBÚS CAMIONETA DE CUIDADO DE NIÑOS

PM/TARDE:

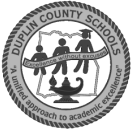
 COCHE AUTOBÚS CAMIONETA DE CUIDADO DE NIÑOS**INFORMACIÓN MILITAR**¿Tu familia está conectada con el ejército? ¿El estudiante tiene un padre/padrastro/hermano/tutor que reside en el hogar en los componentes activos o de reserva, incluidos los retirados, del Ejército, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Marines, la Armada o la Guardia Nacional? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE	Relación al estudiante	RANGO	RAMA	ESTADO (servicio activo, reserva, jubilado, etc.)
NOMBRE	Relación al estudiante	RANGO	RAMA	ESTADO (servicio activo, reserva, jubilado, etc.)
NOMBRE	Relación al estudiante	RANGO	RAMA	ESTADO (servicio activo, reserva, jubilado, etc.)

FIRMA DEL PADRE/FECHA

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta) certifico que toda la información proporcionada es correcta y completa a mi leal saber y entender. Fecha de firma: _____



Escuelas del condado de Duplin

Formulario de Transporte

Fecha _____

Solicitud de transporte (*Selecione uno*)
 Neuvo Cambio

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL

PRIMER NOMBRE LEGAL

DIRECCIÓN FÍSICA DEL ESTUDIANTE

CALLE

APT/SUITE #

CIUDAD

ESTADO/CÓDIGO POSTAL

EL NOMBRE DEL PADRES/REPRESENTANTES

NOMBRE COMPLETO

TELÉFONO MÓVIL

()

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

()

TRANSPORTE INFORMACIÓN

TRANSPORTACION DE MAÑANA

TRANSPORTACION DE TARDE

Cómo llegará su hijo/ a la escuela por las mañanas? **Marque uno**

- CAMINAR
- CARRO
- EL BUS ESCOLAR ME RECOGE EN CASA
- EL BUS ESCOLAR ME RECOGE EN OTRO LUGAR QUE EN CASA (ingrese la dirección alternativa a continuación)

Cómo llegará su hijo/ a a casa por las tardes? **Check One**

- CAMINAR
- CARRO
- EL BUS ESCOLAR ME LLEVA A CASA
- EL BUS ESCOLAR ME LLEVA A OTRO LUGAR QUE A CASA (ingrese la dirección alternativa a continuación)

PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE Y RELACIÓN

PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE Y RELACIÓN

PROPORCIONE UNA DIRECCIÓN ALTERNA A CONTINUACIÓN (SI CORRESPONDE)

CALLE

APT/SUITE #

CALLE

APT/SUITE #

CIUDAD

ESTADO/CÓDIGO POSTAL

CIUDAD

ESTADO/CÓDIGO POSTAL

OFFICE USE

SCHOOL LOCATION: BFG BES CES DECHS EDHS JKHS KES NDE NDJS RHM WALE WRH WARE

STUDENT ID#

GRADE LEVEL

HOMEROOM

MORNING/AM BUS #

AFTERNOON/PM BUS #



Escuelas del Condado de Duplin- Encuesta de Idioma en el Hogar

Instrucciones para el personal de la escuela:

1. Los padres/guardianes de todos los nuevos estudiantes deben completar esta forma cuando matriculen/inscriban a sus hijos y deben llenar toda la información requerida. Se les debe brindar servicios de traducción o interpretación a los padres cuando sea necesario.
2. Asegúrese que todas las preguntas en la forma sean completadas. Determine cual empleado del Programa ESL (por sus siglas en inglés) revisará las respuestas, entrevistará a los padres cuando sea necesario, y quien observará al estudiante para determinar el idioma usado en el hogar. Si los padres listan más de un lenguaje y es diferente al inglés, el examinador debe determinar cuál es el idioma del niño/niña en el hogar con el propósito de recolección de datos y documentarlo en esta forma.
3. Si se determina que el idioma del estudiante en el hogar es otro que no sea el inglés, administre el Examen de Proficiencia del Idioma inglés. Siga el protocolo para recolectar y documentar la calificación del estudiante.
4. Ponga la forma original en el folder acumulativo del estudiante.

Nombre Completo del Estudiante: _____ **Escuela:** _____

Grado Escolar actual: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Primer día que fue registrado en cualquier escuela de Estados Unidos (pública o privada comenzando con Kindergarten) _____

Indique si el estudiante salió de Estados Unidos y regresó:

Fecha que el estudiante se fue: _____ **Fecha que el estudiante regresó:** _____

¿Qué idioma aprendió su hijo primero?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro aparte del inglés. ¿Cuál idioma? _____
¿Se habla otro idioma además de inglés en su hogar?	<input type="checkbox"/> ¿Si Que idioma? _____ <input type="checkbox"/> No
¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma aparte del ingles
¿Se comunica su hijo en otro idioma que no sea inglés?	<input type="checkbox"/> Si. ¿Cuál idioma? _____ <input type="checkbox"/> No
¿Qué idioma usa cuando habla con su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro aparte del ingles
¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones escritas de la escuela? Elija solo un idioma.	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro aparte del inglés. ¿Cuál idioma? _____
¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones orales de la escuela? Elija solo un idioma.	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro aparte del inglés. ¿Cuál idioma? _____

Nombre del padre/madre: _____ **Firma del padre/madre** _____

Numero de teléfono _____ **Fecha:** _____

*****For Office Use Only*****

Person Reviewing this Survey: _____

Determination	
The student's home language:	Language:
If the language is other than English, the English language proficiency test should be administered:	Administer the English Language Proficiency Test Circle: Yes or No



PUBLIC SCHOOLS OF NORTH CAROLINA

DEPARTMENT OF PUBLIC INSTRUCTION | Catherine Truitt, Superintendent of Public Instruction

WWW.DPI.NC.GOV

Encuesta Ocupacional



Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Nombre

Escuela: _____ Grado: _____

El Programa de Educación para estudiantes migrantes a través del Departamento de Instrucción Pública del Estado provee servicios de apoyo a los niños y familias que se han mudado en los últimos 3 años y que han trabajado en agricultura o pesca. Agradecemos que nos ayuden a determinar si su niño o pariente califica para recibir servicios en este programa. **Por favor, conteste las siguientes preguntas y entréguelas a la escuela**

<p>1. ¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en alguno de los siguientes trabajos en los últimos tres años? No _____ Sí _____ (Seleccione todos los que aplican en el cuadro de abajo)</p>			
 Trabajo en los campos de agricultura cosechando frutas, verduras, nueces, melones, algodón, o en el silaje de zacate, paja, etc <input type="checkbox"/>	 Trabajo en el enlatado de frutas o verduras o en una planta empacadora <input type="checkbox"/>	 Trabajo en las lecherías <input type="checkbox"/>	 Trabajo en la pesca, granjas de camarón o peces <input type="checkbox"/>
 Trabajo en el corte de carnes crudas (pollos, reses, puercos) <input type="checkbox"/>	 Trabajo en granjas avícolas <input type="checkbox"/>	 Trabajo en huertas, viveros, talando árboles o limpiando la tierra) <input type="checkbox"/>	 Otro trabajo similar, favor explicar: Como cercando ranchos, fincas o huertas _____ _____ _____
<p>2. ¿Usted o su familia se ha mudado a otro distrito escolar, o a una ciudad o condado en los últimos tres años? No _____ Si _____</p>			
<p>3. ¿Hace cuánto tiempo se mudó a este distrito escolar o condado? Mes _____ Año _____</p>			
<p>4. Nombre de uno de los padres _____</p>			
<p>5. ¿Cuál es su dirección actual? _____ Dirección _____ Ciudad Estado Código Postal</p>			
<p>6. Teléfono: _____</p>			

FEDERAL PROGRAM MONITORING & SUPPORT DIVISION

6351 Mail Service Center, Raleigh, North Carolina 27699-6351 | (984) 236-2786 | Fax (984) 236-2099

AN EQUAL OPPORTUNITY/AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER



FORMULARIO DE EVALUACION DE SALUD Y TRANSMISION DE CAROLINA DEL NORTE

Este formulario y la información en este formulario serán archivados en la escuela a la que asistió el estudiante y es confidencial y no un registro público.

(Aprobado por el Departamento de Instrucción Pública de Carolina del Norte y el Departamento de Salud y Servicios Humanos)

LOS PADRES DEBEN COMPLETAR ESTA SECCION

Nombre del Estudiante:

M F

(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY):

Nombre de la Escuela:

Hispano /Latino:

1 Si 2 No

Raza:

1 Otro No-Blanco 2 Blanco 3 Negro 4 Nativo Americano 5 Chino
 6 Japonés 7 Hawaiano 8 Filipino 9 Otro Asiático 10 Desconocido

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado

Información del Padre: Nombre del Padre, Apoderado, u otra persona en lugar de los padres:

Teléfono (s)

Casa:

Trabajo:

Teléfono

Celular:

Las condiciones de salud para ser compartidas con las personas autorizadas (administradores de la escuela, maestros, y otro personal escolar que requiera dicha información para realizar sus tareas asignadas):

HEALTH CARE PROVIDER TO COMPLETE THIS SECTION

Medications prescribed for student:

Student's allergies, type, and response required:

Special diet instructions:

Health-related recommendations to enhance the student's school performance:

Vision screening information:

Passed vision screening: Yes No

Concerns related to student's vision:



January 2016

Hearing screening information:

Passed hearing screening: Yes No

Concerns related to student's hearing:

Recommendations, concerns, or needs related to student's health and required school follow-up:

School follow-up needed: Yes No

Medical Provider Comments:

Please attach other applicable school health forms:

- Immunization record attached:
- School medication authorization form attached:
- Diabetes care plan attached:
- Asthma action plan attached:
- Health care plans for other conditions attached:

Health Care Professional's Certification

I certify that I performed, on the student named above, a health assessment in accordance with G.S. 130A-440(b) that included a medical history and physical examination with screening for vision and hearing, and if appropriate, testing for anemia and tuberculosis. I certify that the information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Name:

Title:

Signature: _____

Date (m/d/yyyy):

Practice/Clinic Name:

Practice/Clinic Address:

Practice/Clinic City:

State:

Zip:

Phone:

Fax:

Provider Stamp Here:

