



Formulario de Inscripción

2024-2025

Declaración: Crear estudiantes preparados para una Sociedad global en cambio constante.

SCHOOL USE ONLY	
ENTRY DATE	_____
ENTRY CODE	_____
DATE RECORDS REQUESTED	

CURRENT GRADE LEVEL	_____

NOMBRE DE ESCUELA:	NUMERO DE ESCUELA:	IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:
---------------------------	---------------------------	---------------------------------------

INSTRUCCIONES: Bienvenido al Distrito Escolar del Condado de Volusia. Por favor, complete las áreas SOMBRADAS de este formulario de siete páginas. Por favor, imprima claramente con una pluma. Gracias.

SECCIÓN I

AGREGAR UN ESTUDIANTE/INFORMACIÓN GENERAL DEMOGRÁFICA

1. NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE	MEDIO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE	JR./SR./ETC	NOMBRE PREFERIDO/APODO
2. GÉNERO: <input type="checkbox"/> M – HOMBRE <input type="checkbox"/> F – MUJER		3. FECHA DE NACIMIENTO: MES DÍA AÑO / /		4. NUMERO DE SEGURO SOCIAL *
5. DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE (NUMERO DE CASA, NOMBRE DE CALLE)		APT. NO.	CIUDAD	ESTADO
6. DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE SU RESIDENCIAL		APT. NO.	CIUDAD	ESTADO
7. NÚMERO DE TELÉFONO (PRINCIPAL) NO LISTADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ()		8. DIRECTORIO DE INFORMACIÓN PERMISO PARA PUBLICAR: (INFORMACIÓN PUBLICADA NO SERA COMPARTIDA A MENOS QUE SEA PARA FINES EDUCATIVOS) <input type="checkbox"/> Y – SI <input type="checkbox"/> A – SIN DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> N – SIN TELÉFONO Y DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> X – NO..MIEMBRO DE POLICIA <input type="checkbox"/> P – SIN TELÉFONO		

*El Estatuto de Florida 1008.386 requiere que los distritos escolares públicos soliciten un número de Seguro social para cada estudiante en PK-12 que se inscriba or estan inscribidos.

SECCIÓN II

DIRECCIONS Y CONTACTOS

**El teléfono principal se utilizará para llamadas VCS Connect. Si su teléfono celular es su teléfono principal, apunte el número como principal y celular. Se debe incluir un número secundario para los padres/guardián que viven en lugares separados.

9. ID DE CONTACTO: 01 GUARDIÁN	NOMBRE LEGAL DEL GUARDIÁN	MEDIO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL GUARDIÁN	JR./SR./ETC.
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN	ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUSTODIA: <input type="checkbox"/> SI	EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI
CONTACTO TIENE ACCESO AL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> SI	OCUPACIÓN DEL GUARDIÁN	NOMBRE DEL EMPLEADOR	** Teléfono Principal (VCS CONNECT USE) () -	
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -	TELÉFONO CELULAR ()	TELÉFONO DE RESIDENCIA () -	NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN PRINCIPAL DE CORREO ELECTRÓNICO:				
9A CLAVE DE ACCESO DEL ESTUDIANTE (OPCIONAL) (CLASIFICADO)				
9B EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS ALGUIEN EN SU HOGAR HA TENIDO UN TRABAJO TRABAJANDO EN UNA GRANJA, EN UN CAMPO, EN UN INVERNADERO, EN UNA NURSERIA, EN UNA EMPACADORA O PESCANDO? (SIN INCLUIR SU PROPIA PROPIEDAD) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
EN CASO AFIRMATIVO – MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN. <input type="checkbox"/> FRUTAS <input type="checkbox"/> PREPARACIÓN DE TIERRA <input type="checkbox"/> VERDURAS <input type="checkbox"/> PROCESAMIENTO <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> HELECHO <input type="checkbox"/> RASGUÑO DE PINO <input type="checkbox"/> GANADO <input type="checkbox"/> HUEVOS <input type="checkbox"/> PESCA <input type="checkbox"/> GALLINA <input type="checkbox"/> MADERERAS				

9C EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS USTED O OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HA VIAJADO A OTRO CONDADO U OTRO ESTADO PARA HACER O BUSCAR ESTE TRABAJO? (INCLUSO DURANTE LAS VACACIONES DE VERANO, INVIERNO O PRIMAVERA) SI NO

10. ID DE CONTACTO: 02 GUARDIAN		NOMBRE LEGAL DEL GUARDIÁN		MEDIO NOMBRE		APELLIDO LEGAL DEL GUARDIÁN		JR./SR./ETC.		
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN		ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CUSTODIA: <input type="checkbox"/> SI	EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI	RECOGER: <input type="checkbox"/> SI	CONTACTO TIENE ACCESO AL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> SI			
OCUPACIÓN DEL GUARDIÁN		NOMBRE DEL EMPLEADOR		** Teléfono Principal (VCS CONNECT USE) () -			** Teléfono Secundario (VCS CONNECT USE) () -			
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -			TELÉFONO CELULAR () -			TELÉFONO DE RESIDENCIA () -		NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
DIRECCIÓN PRINCIPAL DE CORREO ELECTRÓNICO:										
11. RESIDENCIA/DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DEL ESTUDIANTE)				APT. NO	CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL
12. ID DE CONTACTO: 03		Nombre		MEDIO NOMBRE		APELLIDO		JR./SR./ETC	USO SOLO PARA MADRE/PADRE: FALLECIDO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> MEDIO HERMANO <input type="checkbox"/> MEDIA HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO/PRIMA <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> VECINO <input type="checkbox"/> PATRON DE ESCUELA <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO/OTRA _____										
ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		RECOGER: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONTACTO TIENE ACCESO AL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI "NO" ES MARCADO PARA UN PADRE, SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN LEGAL.		CONTACTO RESTRINGIDO(SOLO MADRE/PADRE) CONTACTO ESTÁ RESTRINGIDO EN TENER ACCESO CON EL ESTUDIANTE (DOCUMENTACIÓN LEGAL REQUERIDA) <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -			TELÉFONO CELULAR () -		TELÉFONO DE RESIDENCIA () -			NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIRECCIÓN PRINCIPAL DE CORREO ELECTRÓNICO:										
13. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				APT. NO	CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL
14. DIRECCIÓN POSTAL				APT. NO	CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL
15. ID DE CONTACTO: 04		NOMBRE		MEDIA NOMBRE		APELLIDO		JR./SR./ETC	USO SOLO PARA MADRE/PADRE: FALLECIDO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
RELACIÓN: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> MEDIO HERMANO <input type="checkbox"/> MEDIA HERMANA <input type="checkbox"/> PRIMO/PRIMA <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> VECINO <input type="checkbox"/> PATRON DE ESCUELA <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO <input type="checkbox"/> OTRO/OTRA _____										
ESTUDIANTE VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		RECOGER: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONTACTO TIENE ACCESO AL ARCHIVO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI "NO" ES MARCADO PARA UN PADRE, SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN LEGAL.		CONTACTO RESTRINGIDO(SOLO MADRE/PADRE) CONTACTO ESTÁ RESTRINGIDO EN TENER ACCESO CON EL ESTUDIANTE (DOCUMENTACIÓN LEGAL REQUERIDA) <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DEL EMPLEADO		TELÉFONO DE TRABAJO (EXTENSIÓN) () -			TELÉFONO CELULAR () -		TELÉFONO DE RESIDENCIA () -			NO LISTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIRECCIÓN PRINCIPAL DE CORREO ELECTRÓNICO:										
16. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				APT. NO	CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL
17. DIRECCIÓN POSTAL				APT. NO	CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL

SECCIÓN III

LA INSCRIPCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR LEGAL ASISTIDO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

18. TRANSFERENCIA DE ESTUDIANTE VIENE DE (marca uno)					
<input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADA DISTRITO DE VOLUSIA		<input type="checkbox"/> PRIMERA ENTRADA		<input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA FUERA DEL DISTRITO	
<input type="checkbox"/> ESCUELA DE CASA DISTRITO DE VOLUSIA		<input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADA FUERA DEL DISTRITO		<input type="checkbox"/> ESCUELA DE CASE FUERA DE DISTRITO <input type="checkbox"/> FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS	
19. NIVEL DE GRADO	20. FECHA DE INSCRIPCIÓN MES DÍA AÑO / /	21. CLAVE DE INSCRIPCIÓN	21A. DISTRITO ANTERIOR (CONDADO)	21B. ESTADO ANTERIOR	21C. PAÍS ANTERIOR
22. FLORIDA ID (ALIAS)		23. ASIGNACIÓN CÓDIGO DE VARIACIÓN		24. AULA	
25. ÚLTIMA ESCUELA ATENDIDA		NIVEL DE GRADO ANTERIOR	CALLE DE LA ÚLTIMA ESCUELA ATENDIDA		
CIUDAD & ESTADO, CODIGO POSTAL			TELÉFONO () - -	NUMERO DE FAX () - -	
26A. FECHA DE SALIDA (DE ESCUELA ANTERIOR) MES DÍA AÑO / /			26B. HA SIDO RETENIDO SU ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI, EN CUAL GRADO? _____		
27. HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE UNA ESCUELA EN FLORIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			SI, QUÉ Condado?		
28. HA ASISTIDO EL ESTUDIANTE UNA ESCUELA PÚBLICA EN EL CONDADO DE VOLUSIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			SI, Indique el nombre de la escuela y el año(s) de asistencia.		
29. HA ESTADO INSCRITO EL ESTUDIANTE O RECIBIDO SERVICIOS EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)?					
<input type="checkbox"/> SPEECH <input type="checkbox"/> ESOL <input type="checkbox"/> GIFTED <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> ESE					

30A. ESTA INGRESANDO EL ESTUDIANTE DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL ESTE AÑO ESCOLAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
30B. SI, MARQUE EL TIPO DE DESASTRE:
<input type="checkbox"/> SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO
<input type="checkbox"/> CAMBIÓ DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A UN HURACÁN
<input type="checkbox"/> SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A OTRO TIPO DE DESASTRE NATURAL QUE NO FUE HURACÁN O TERREMOTO
<input type="checkbox"/> SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A UN HURACÁN
<input type="checkbox"/> CAMBIÓ DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO

SECCIÓN IV

DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES

31. ALERTA DE CUSTODIA /ORDEN JUDICIAL: <input type="checkbox"/> sí – ORDEN JUDICIAL OR <input type="checkbox"/> C - INSTRUMENTO JURÍDICO DE CUSTODIA		
32. VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO (MARCA UNO)		
<input type="checkbox"/> 1 – CERTIFICADO DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> 7 – Registro escolar al menos 4 años que muestre fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> 3 – CERTIFICADO DE BAUTISMO CON FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR DE BAUTISMO NOTARIZADA POR LOS PADRES	<input type="checkbox"/> 8 – DECLARACIÓN NOTARIZADA POR LOS PADRES CON CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO FÍSICO CON VERIFICACIÓN DE EDAD	
<input type="checkbox"/> 4 – PÓLIZA DE SEGURO ACTIVA PARA ESTUDIANTE VIGENTE AL MENOS DOS AÑOS	<input type="checkbox"/> T – REGISTROS DE TRANSFERENCIA FUERA DEL ESTADO O REGISTRO MIGRANTE	
<input type="checkbox"/> 5 – REGISTROS BÍBLICOS NOTARIZADA POR LOS PADRES	NO ES VÁLIDO PARA INICIAL PRE-K OR KINDERGARTEN	
<input type="checkbox"/> 6 – PASAPORTE O CERTIFICADO DE LLEGADA A LOS ESTADOS UNIDOS (NO COPIE ESTE DOCUMENTO)	<input type="checkbox"/> 9 – SIN VERIFICACIÓN (NO USE PARA ESTUDIANTES DE KINDER O PRIMER GRADO)	
33. LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD DE NACIMIENTO)	ESTADO DE NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO
34. CONDADO DE RESIDENCIA	35. ESTADO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE (MARCA UNO)	
	<input type="checkbox"/> B – RESIDENTE FUERA DEL CONDADO DE FLORIDA <input type="checkbox"/> 3 – RESIDENTE DEL CONDADO DE VOLUSIA	
	<input type="checkbox"/> 2 – RESIDENTE FUERA DEL ESTADO <input type="checkbox"/> 0 – ESTUDIANTE DE INTERCAMBIO	
36. ESCUELA ZONIFICADA FUERA DE VOLUSIA (SOLO COMPLETA CUANDO #35 ES CODIGO B)		
37A. ES SU ESTUDIANTE HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		37B. RAZA: (MARCA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)
		<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO
		<input type="checkbox"/> INDIÓ AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO PACÍFICO

NOTA PARA EL REGISTRADOR: SI LOS PADRES SELECCIONA 'SI' EN LA PREGUNTA #37, SE DEBE SELECCIONAR UN CODIGO DE RAZA

SECCIÓN V
FORMULARIA DE IDIOMA DEL HOGAR

NOTAS PARA LOS PADRES Y REGISTRADOR DE ESCUELA: Esta sección debe completarse para todos los estudiantes. Si la respuesta a cualquiera de las primeras tres preguntas es "SI", el estudiante debe ser referido inmediatamente a la persona designada por el director de la escuela para una evaluación de Inglés del estudiante .

COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN LEGAL

38. NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA
MARQUE LA RESPUESTA ADECUADA PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	
1) Se habla un idioma distinto al inglés en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2) Tuvo el estudiante un primer idioma que no fue inglés?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3) Habla el estudiante con mayor frecuencia otro idioma que no es inglés?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4) Nació el estudiante en un país que no sea los Estados Unidos (U.S.) o Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5) A PESAR DEL LUGAR DE NACIMIENTO CUAL ES LA FECHA EN QUE INSCRIBIÓ POR PRIMERA VEZ AL ESTUDIANTE EN una escuela dentro de los Estado Unidos, Alaska o Hawaii?	_____ (MM/DD/YYYY)
6) Idioma principal en casa (TODOS LOS ESTUDIANTES).	_____
7) Idioma native hablado por el estudiante si no es Inglés.	_____
Nombre del Padre/Guardian Legal	_____
Nombre del Padre/Guardian Legal Firma	_____

SECCIÓN VI
FAMILIAS EN TRANSICIÓN

<p>39A. FAMILIAS EN TRANSICIÓN— CHAPTER 1003.21, F.S., ESTABLESE QUE LOS ESTUDIANTES SIN HOGAR DEBEN TENER ACCESO A UNA EDUCACIÓN PÚBLICA GRATUITA Y LOS DISTRITOS ESCOLARES LOS AYUDARÁN A CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS. MARQUE "SI" SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES TEMPORALMENTE PORQUE NO PUEDE ENCONTRAR O PAGAR UNA VIVIENDA ADECUADA.</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p>El estudiante/joven duerme por la noche en la calle, en un carro, tienda de camper, edificio abandonado, parque u otro lugar que normalmente no se usa como alojamiento para dormir para seres humanos;</p> <p>El estudiante/joven duerme por la noche en un motel, remolque o campamento.</p> <p>El estudiante/joven duerme por la noche en un refugio, por ejemplo, vive en la calle, fue de casa, abuso doméstico, abuso en casa;</p> <p>El estudiante/joven duerme TEMPORALMENTE por la noche en la casa de un amigo o pariente debido a la necesidad económica.</p>	<p>39B. RESIDENCIA NOCTURNA PRINCIPAL— SI SU FAMILIA VIVE TEMPORALMENTE EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE VIVIENDA PORQUE NO PUEDE ENCONTRAR O PAGAR UNA VIVIENDA ADECUADA, MARQUE LA SITUACIÓN QUE LE CORRESPONDA:</p> <p><input type="checkbox"/> A – El estudiante/joven tiene como su residencia nocturna principal vivir en refugios de emergencia o transitorios, remolques de FEMA, abandonado en hospitales.</p> <p><input type="checkbox"/> B – El estudiante/joven tiene como su residencia nocturna principal compartiendo la Vivienda de otras personas debido a la pérdida de Vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven doblados.</p> <p><input type="checkbox"/> D – El estudiante/joven tiene como su residencia nocturna principal viviendo en automóviles, parques, parques temporales de remolques o parque de campamento debido a la falta de alojamiento alternativo adecuado, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes, estaciones de autobús o tren, lugar público o privado no diseñado o utilizado normalmente como un alojamiento regular para dormir para seres humanos.</p> <p><input type="checkbox"/> E – El estudiante/joven tiene como su residencia nocturna principal Viviendo en hoteles o moteles.</p>
<p>39C. CAUSA DE TRANSICIÓN O SIN HOGAR (POR FAVOR INDIQUE LA RAZÓN O CAUSA DE LA TRANSICIÓN O LA FALTA DE VIVIENDA)</p> <p><input type="checkbox"/> D – DESASTRE PROVOCADO POR HUMANO (Mayor) <input type="checkbox"/> N – Otra – i.e., falta de vivienda por costo, pobreza de largo plazo, desempleo o subempleo, falta de seguro medico por costo, enfermedades mentales, violencia doméstica, desalojo de casa, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> E – Desastre Natural – Terremoto <input type="checkbox"/> P – Pandemia (Mayor)</p> <p><input type="checkbox"/> F – Desastre Natural – Inundación <input type="checkbox"/> S – Desastre Natural – Tormenta Tropical</p> <p><input type="checkbox"/> H – Desastre Natural – Huracán <input type="checkbox"/> T – Desastre Natural – Tornado</p> <p><input type="checkbox"/> M – Ejecución Hipotecaria <input type="checkbox"/> W – Desastre Natural – Incendio Forestal o Incendio</p>	
<p>39D. JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SIN HOGAR</p> <p><input type="checkbox"/> SI ES EL ESTUDIANTE UN JOVEN "NO ACOMPAÑADO", DEFINIDO COMO UN ESTUDIANTE QUE NO RESIDE BAJO LA CUSTODIA FÍSICA DE UN PADRE O GUARDIAN Y VIVE EN UNA DE LAS SITUACIONES DE VIVIENDA MENCIONADAS ANTERIORMENTE?</p>	
<p>40. ESTADO DE CUIDADO ADOPTIVO: ESTÁ EL ESTUDIANTE EN CUIDADO ADOPTIVO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	

SECCIÓN VII
FED/STATE

41. ESTUDIANTE FAMILIA MILITAR—Estos incluyen estudiantes de 1) Miembros en servicio activo de los servicios uniformados, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva con órdenes de servicio activo de conformidad con 10 U.S.C. ss. 1209 y 1211; 2) Miembros o veteranos de los servicios uniformados que están gravemente heridos y médicamente dados de alta o retirados por un período de 1 año después del alta médica o jubilación; y 3) Miembros de los servicios uniformados que mueren en servicio activo o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo durante un período de 1 año después de la muerte.

SI

42. FUE SU ESTUDIANTE SERVIDO EN EL PROGRAMA DE HEAD START?

SI NO

43. EN QUE PROGRAMA DE PRE-K SE ESTÁ INSCRIBIENDO SU ESTUDIANTE?

D – Programa de Pre-Kindergarten para estudiantes ESE

V – Programa Voluntario para Educación Pre-Kindergarten

T – Programa para Padres Adolescentes

SECCIÓN VIII
MÉDICO

COMPLETADO POR LA PERSONA PERSONAL DE LA ESCUELA

44. ESTADO DE INMUNIZACIÓN

0 – Estudiantes en programas de instrucción virtual que no vienen a una escuela

3 – Exención Médica Permanente

Del distrito para ninguna actividad y para quienes no se aplica ningún otro código

4 – Exención Religiosa Permanente

1 – Certificado Permanente de Inmunización

8 – REQUISITO DE VACUNACIÓN PARA ADOLESCENTES CUMPLIDO

2 – Exención Médica Temporal

W –Inscritos en el Distrito menos de 31 días por FS 1003.22 (5)(e)

Fecha de Expiración ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

X – Inscrito en el Programa de Justicia Juvenil menos de 31 días

Y – ESTUDIANTES/JOVENES SIN HOGAR Y AQUELLOS CONOCIDOS POR EL DEPARTAMENTO INSCRITOS MENOS DE 31 DÍAS (FS 39.00016)

COMPLETADO POR LOS PADRES/GUARDIAN

45A. ESTA CUBRIDO SU ESTUDIANTE POR MEDICAID?

SI, Estudiane tiene Medicaid IVCS0000002

NO

45B. TIENE SU ESTUDIANTE OTRO SEGURO QUE NO SEA MEDICAID? (POR FAVOR MARQUE UNO):

Estudiante tiene Seguro de salud IVCS0000001

Estudiante tiene Seguro de Niños Sanos (Florida KidCare) IVCS0000003

Estudiante NO tiene Seguro de Salud/Medicaid IVCS0000004

46A. ESTATUS DE EXAMEN DE SALUD

Y – Examen Físico Para Ingreso de Escuela Certificado R – Exención Religiosa

T – Transferencia de otra escuela de Florida sin un registro de examen de salud

46B. FECHA

MES DÍA AÑO
 / / /

SECCIÓN IX
VACUNAS

NOTA PARA EL REGISTRADO - INGRESE LAS VACUNAS DEL FORMULARIO DH-680

**SECCIÓN X
CONDICIONES**

47A. TIENE SU ESTUDIANTE UNA CONDICION POTENCIALMENTE MORTAL? SI NO

47B. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE SI LA CONDICION REQUIERE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS (SE REQUIERE ALERTA MÉDICA)

(Por favor marque todo lo que corresponda):

A – INHALADOR PARA EL ASMA D - Diastat E – Epi-Pen I – Inyección de Insulina S – INYECCIÓN DE Solu-Cortef

48. CONDICIONES DE SALUD: *Pof favor marque todo lo que corresponda. Indique la fecha del Diagnóstico (Si se conoce) y si se requiere medicación.*

TIPO DE CONDICIÓN	DÍA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?	TIPO DE CONDICIÓN	DÍA DE CONDICIÓN	MED. REQ.?
<input type="checkbox"/> AA – Alergia-Aspirina	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HM – Hemofilia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AB – Alergia Picaduras	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN – Hernia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AC – Alergia -Iodine	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HR – Enfermedad de Corazón	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AD – Alergia -Penicillin	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HY – Hipertensión	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AE – Alergia -Sulfa	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KI – Enfermedad del Riñón	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AF – Alergia - Otra	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LE – Leucemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AG – Alergia - Nueces	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MA – Alerta Médica	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AI – Insuficiencia de Adrenales	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MD – Distrofia Muscular	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AN – Anemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MO – Deterioro Motor	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AR – Reacción Anafiláctica	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MU – Múltiples Problemas de Salud	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AS – Asma	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA – Desarrollo Físico	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AT –Deficito de Atención	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PI – Impedimiento Físico	___/___/___	<input type="checkbox"/>
Hyperactividad			<input type="checkbox"/> PR – Embarazo	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CF –Fibrosis Quística	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RC – Vea Registros Escolares	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CP – Parálisis Cerebral	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RH – Rh. Sangre Negativa	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DI – Diabetes	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SC – Escoliosis	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EA – Infección de Oído Repetidas	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SD – Enfermedad de Convulsiones	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EP – Epilepsia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI – Sickle Cell	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GA – Condición Gastrointestinal	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP – Impedimiento de Hablar	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HE – Discapacidad Auditiva	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UR – Condición Urológica	___/___/___	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HG – Hipoglucemia	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VI – Impedimiento de Visión	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES CONDICIONES		

NOTAS PARA CONDICIONES:

SECCIÓN XI

NOTA PARA EL REGISTRADOR: NO SE REQUIERER ENTRADA DE DATOS

49. LAW 1006.07(1)(b) F.S. REQUIERE QUE CADA ESTUDIANTE ANOTE EN EL MOMENTO INICIAL DE LA INSCRIPCIÓN PARA LA ESCUELA, CUALQUIER EXPULSIÓN ESCOLAR PREVIA, ARRESTOS QUE RESULTEN EN UN CARGO Y ACCIONES DE JUSTICIA JUVENIL QUE EL ESTUDIANTE HA TENIDO:

POR FAVOR PONGA INICIALE Y MARQUE LAS SIGUIENTES INSTANCIAS QUE LE CORRESPONDAN:

ALGUNA VEZ HA SIDO SU ESTUDIANTE:

- ___ SI ___ NO EXPULSADO DE UNA ESCUELA ANTERIOR
- ___ SI ___ NO PUESTO BAJO ARRESTO QUE RESULTÓ EN UN CARGO
- ___ SI ___ NO INVOLUCRADO EN UN PROGRAM JUVENILE
- ___ SI ___ NO SUSPENDIDO DE UNA ESCUELA ANTERIOR
- ___ SI ___ NO REFERIDO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

FLA. STATUTE 837.06 – QUIENQUIERA QUE A SABRIENDO HAGA UNA DECLARACIÓN FALSA POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN SERVIDOR PÚBLICO EN EL DESEMPEÑO DE SU DEBER OFICIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO MENOR DE SEGUNDA GRADO, PUNIBLE SEGÚN LO DISPUESTO EN S.775.082 o s.775.083.

FIRMA DE (PADRE/ GUARDIAN LEGAL)	FECHA
----------------------------------	-------

SECCIÓN XII
TRANSPORTACIÓN

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

50. CODIGO DE PASAJERO DE TRANSPORTE			
<input type="checkbox"/> Y – El Estudiante es Elegible y solicita transporte	<input type="checkbox"/> B – Regular y Verano		
<input type="checkbox"/> S – Sólo Para Verano	<input type="checkbox"/> N – No es Pasajero		
51. NECESIDADES DE TRANSPORTE			
<input type="checkbox"/> C – Transporte Contratado – Sólo GIS	<input type="checkbox"/> G – Votran Gold – Sólo GIS	<input type="checkbox"/> M – Medical Limitations – Sólo GIS	
<input type="checkbox"/> S – HERMANO DE ESE Hermanos – Sólo GIS	<input type="checkbox"/> V – Votran Pase de Transporte	<input type="checkbox"/> I – En Zona	
<input type="checkbox"/> O – Fuera de Zona	<input type="checkbox"/> T – MÉDICO Temporal – Sólo GIS		
52. REQUISITOS ESPECIALES (REQUISITO ESPECIAL DE AUTOBÚS)			
<input type="checkbox"/> B – SILLA DE BEBÉ (20-40 lbs.)	<input type="checkbox"/> E – SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA	<input type="checkbox"/> H – Arnés	<input type="checkbox"/> K – Lado de Acera/Arnés
<input type="checkbox"/> C – Lado de Acera (Según accesibilidad)	<input type="checkbox"/> G – Lado de Acera/Asiento de Bebé	<input type="checkbox"/> I – Asiento Infantil (under 20 lbs.)	<input type="checkbox"/> W- SILLA DE RUEDAS
53. SERVICIOS OPCIONALES			
<input type="checkbox"/> A – Horario Alternativo/Pre-K AM	<input type="checkbox"/> E – Control Ambiental	<input type="checkbox"/> O – Multi-VE/ Control Ambiental	
<input type="checkbox"/> B – Horario Alternativo/Pre-K PM	<input type="checkbox"/> F – Multi-VE	<input type="checkbox"/> T – Parar Cambio/Misma Ruta – Sólo GIS	
<i>Nota: Todas las solicitudes de transporte fuera de horario (tutoría, actividades, etc.) deben hacerse al enrutamiento GIS, donde se determinarán e ingresarán los códigos apropiados.</i>			