

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE**

<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Segundo Nombre:</b>	
<b>Otros nombres que ha utilizado (Apodo):</b>		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>E-Mail del estudiante:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Ciudad de nacimiento:</b>		<b>País de nacimiento:</b>	
<b>Dirección del Hogar:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Apartado Postal:</b>	
<b>Dirección para recibir correo:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Apartado Postal:</b>	

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/GUARDIÁN**

<b>1. Apellido del Padre/ Guardián:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono móvil:</b>		<b>Empleador:</b>	
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado		<b>Dirección de Email:</b>		<b>Teléfono de trabajo:</b>		<b>Idioma principal de los padres:</b>	
Nivel de Educación de los Padres – indique el nivel más alto que terminó: <input type="checkbox"/> Se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> No se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio o tiene Título de Asociado <input type="checkbox"/> Se graduó del Colegio <input type="checkbox"/> Tiene un título universitario <input type="checkbox"/> Negarse Contestar							
<b>2. Apellido del Padre/Guardián:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono móvil:</b>		<b>Empleador:</b>	
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados		<b>Dirección de Email:</b>		<b>Teléfono del trabajo:</b>		<b>Idioma principal de los padres:</b>	
Nivel de Educación de los Padres – indique el nivel más alto que terminó: <input type="checkbox"/> Se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> No se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio o tiene Título de Asociado <input type="checkbox"/> Se graduó del Colegio <input type="checkbox"/> Tiene un título universitario <input type="checkbox"/> Negarse Contestar							
<b>Titular del derecho educativo: (Padre, Madre, Tutor o designado por el tribunal):</b> _____							
¿Uno de los Padres/Guardianes está en Servicio Militar activo? <b>Circule: Sí o No</b> Si la respuesta es sí, indique la rama: <b>Ejercito      Naval      Fuerzas Aéreas      Corps Marino      Guarda Costa</b>							
¿Hay uno de los padres biológicos que <u>no</u> viven en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí (Llene la información abajo) <input type="checkbox"/> No							
<b>Apellido del Padre / Guardián:</b>		<b>Primer nombre:</b>		<b>Teléfono Móvil:</b>		<b>Teléfono del Trabajo:</b>	
<b>Dirección del hogar:</b>				<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	
Relación al estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre ¿Hay algún acuerdo de custodia legal para este estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor provea la copia más reciente de las ordenes de custodia							
Nivel de Educación de los Padres – indique el nivel más alto que terminó: <input type="checkbox"/> Se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> No se graduó de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Colegio o tiene Título de Asociado <input type="checkbox"/> Se graduó del Colegio <input type="checkbox"/> Tiene un título universitario <input type="checkbox"/> Negarse Contestar							

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL ESTUDIANTE**

¿Ha asistido su niño a las Escuelas del Distrito de Oakdale? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, provea el nombre de la escuela anterior _____ Año(s): _____ Última escuela a la que el niño asistió: _____ Dirección: _____ Estado: _____ Apartado Postal: _____ Grado: _____ Último día de matrícula: _____ Fecha en la que entro a las escuelas de California: _____ Fecha de entrada a las escuelas de los EE.UU. _____ ¿Ha sido retenido su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿en qué grado? _____ ¿Alguna vez ha sido expulsado su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la escuela y del Distrito Escolar: _____ ¿Esta su niño bajo Directivos del SARB en estos momentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Etnicidad: (Seleccione uno): <input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino Raza: (Por favor seleccione uno o más, sin tomar en cuenta la Etnicidad): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Hong <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio del Asia <input type="checkbox"/> Asiático de otro sitio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Lóense <input type="checkbox"/> Tahitas <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guaranés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	
<b>Arreglos de vivienda – ¿Dónde está viviendo su niño/familia?: (marque una)</b> <input type="checkbox"/> Hogar permanente <input type="checkbox"/> Sin refugio <input type="checkbox"/> Hogar de grupo* <input type="checkbox"/> Refugio temporal <input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Un menor sin adulto que le acompañe <input type="checkbox"/> Se ha fugado de la casa <input type="checkbox"/> Hogar Foster * <input type="checkbox"/> Temporalmente reside con otra familia *Nombre del Trabajador Social: _____ Teléfono #: _____ *Abogado del Estudiante: _____ Teléfono#: _____ *Agencia que le encontró el Hogar Foster: _____ Teléfono#: _____	

Nombre del Estudiante: _____		Fecha de nacimiento: _____		Grado: _____		Escuela: _____	
Servicios que recibe el estudiante: (Marque todo lo que aplique)							
<input type="checkbox"/> Recursos (RSP)	<input type="checkbox"/> Clase de Día Especial (SDC)	<input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje (SLP)					
<input type="checkbox"/> ELD	<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Intervención de Lectura					
<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Alumno Dotado (GATE)	<input type="checkbox"/> Intervención para las matemáticas					
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Otro: _____					

### INFORMACIÓN SOBRE LOS HERMANOS

Llene esta sección solo si aplica. Incluya todos los hermanos.			
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grade:	Escuela:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:

**POR FAVOR LEA:** El padre/guardián es responsable por mantener la información al día y los cambios a la información de emergencia del estudiante. La escuela debe ser notificada por escrito, de los cambios de teléfono o de dirección dentro de 3 días en que ocurra el cambio. Si la escuela no se puede comunicar con las personas mencionadas en esta tarjeta durante una emergencia o si un estudiante se lo deja en la escuela fuera de las horas hábiles de escuela, la escuela se comunicará con las agencias de ley o la Agencia de Protección de Niños.

### INFORMACIÓN DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nota: Los adultos aquí en esta lista están autorizados para recoger y cuidar del estudiante aquí nombrado.		
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:
Nombre:	Teléfono:	Relación:

### INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA SALUD

Problemas de Salud: (marque todo lo que aplica) Si no por favor marque aquí: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TDAH/TDA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones Tipo _____ <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón Restricciones _____ <input type="checkbox"/> Condiciones crónicas de salud _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cirugía mayor _____ <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre problemas emocionales _____ <input type="checkbox"/> Perdida de la audición <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Usa lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro: _____
Especifique las alergias que sufre su estudiante las que han sido diagnosticadas y se sabe su estudiante es alérgico a:	
<input type="checkbox"/> Picadas de abeja:	¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Comidas (tipo): _____	¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro (tipo): _____	¿Por diagnóstico del doctor requiere una Epi Pen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor llame para obtener más detalles de las opciones que he demarcado:	
1. _____	
2. _____	
¿Toma su niño algún medicamento? Sí/No. Si la respuesta es sí, especifique: _____	
En el evento de una emergencia, cuando no está disponible un padre/guardián, yo autorizo al personal de escuela a hacer los arreglos necesarios para que mi niño reciba los cuidados médicos/hospital, incluyendo el transporte necesario. Yo autorizo a que este cuidado y tratamiento sea llevado a cabo por un doctor con licencia o cirujano. Yo entiendo que el padre/guardián es responsable por el costo del tratamiento de emergencia que se ha provisto.	

He revisado este documento y a mi mejor conocimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. La persona que firma aquí declara bajo penalidad de perjurio que es el padre/guardián del estudiante mencionado aquí arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián  
Pupil Services 10/2023

\_\_\_\_\_  
Fecha