

OFICINA CENTRAL DE REGISTRO

752 Central Ave

Dunkirk NY 14048

Tel:716-366-9300 FAX: 716-366-9395

Ext. * 4401 Vanessa Escobar

vescobar@g.dunkirkcsd.org

Paquete de registro K-12

- ✓ Por favor llame antes de devolver todos los formularios a la oficina de registro para asegurar que estoy disponible.
- ✓ Asegúrese de contestar **TODAS** las preguntas y firmar **TODOS** los formularios.
- ✓ **DOCUMENTOS necesarios para completar la registración.**
 1. CERTIFICADO DE NACIMIENTO
 2. INMUNIZACIONES/FÍSICAS
 3. COMPROBANTE DE DOMICILIO (factura de servicios públicos, recibo de alquiler, arrendamiento)
 4. IDENTIFICACIÓN CON FOTO DE LOS PADRES
 5. DOCUMENTOS DE CUSTODIA (si corresponde)
 6. NOMBRE DE LA ESCUELA anterior, NÚMERO DE TELÉFONO Y FAX #
 7. REGISTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL (IEP, plan 504)

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la oficina de registro y estaremos encantados de ayudarle.

Visite el sitio web de nuestra escuela para obtener más información y actualizaciones de Covid-19.

www.dunkirkcsd.org

Student ID: _____ **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre: _____ Apellido _____
 Fecha de nacimiento: _____ Masculino Hembra Idioma dominante _____
 Dirección: _____ # de Apto. _____ ¿Cuántos adultos en el hogar? _____
 Número de teléfono # Celular: _____ casa #: _____ trabajo# _____
 Grado: _____ ¿Ha fracasado el estudiante _____ Que grado _____ País de nacimiento: _____

ALERTAS: Sobre el estudiante.

	SÍ	NO
Tiene alguna afección médica, toma medicamentos, tiene alguna alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe educación especial? ¿Tiene un IEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibes terapia del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra en una situación de vivienda temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un Plan de Rehabilitación 504?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has asistido antes al Distrito Escolar de Dunkerque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La familia recibe beneficios de SNAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Custodia: Marque aquí si no tienes documentación legal – **NUNCA FUISTE AL TRIBUNAL**

¿Hay alguna situación de custodia que la escuela deba conocer? _____

¿Quién tiene la custodia física del estudiante? Ambos padres Madre Padre Otra persona

El estudiante vive con: Ambos padres Madre Padre Otra persona

Por favor, proporcione la documentación de custodia si el estudiante vive con otra persona.

Madre:

Nombre: _____ Apellido _____ Idioma dominante: _____
 Dirección si es diferente: _____
 Número de teléfono: Celular _____ #de trabajo _____
 Correo electrónico: _____ Permiso para recoger al niño
 ¿Deberíamos llamarla en caso de emergencia? ¿Debería recibir correspondencia?

Padre:

Nombre: _____ Apellido: _____ Idioma dominante: _____
 Dirección si es diferente: _____
 Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____
 Correo electrónico: _____ Permiso para recoger al niño
 ¿Deberíamos llamarlo en caso de emergencia? En caso de que reciba correspondencia

Información del estudiante

Apellido: _____ First Nombre: _____

Dirección: _____ Telephone: _____

Fecha de nacimiento: _____ Cell _____

INFORMACIÓN DEL PADRE (no del padrastro)

Nombre: _____

¿Reside en el hogar? Si _____ No _____

Si no es así, indique la dirección alternativa:

Teléfono de casa: _____

Teléfono móvil: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE (no de la madrastra)

Nombre: _____

¿Reside en el hogar? Si _____ No _____

Si no es así, indique la dirección alternativa:

Teléfono residencial: _____

Teléfono móvil: _____

Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR (completa SOLO si el niño NO RESIDE con los padres)

Nombre: _____

Reside en el hogar? Si _____ No _____

Si no es así, indique la dirección alternativa:

Teléfono residencial: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cómo se llama el médico de su hijo?

Teléfono: _____

Por favor, haga una lista de cualquier **problema** médico GRAVE de su hijo:

OTROS HERMANOS – Por favor, haga una lista de otros hermanos que viven en su hogar, incluidos los niños en edad preescolar:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

A LOS PADRES/TUTORES: Cuando un estudiante necesita ser liberado/registrado durante el horario escolar, es necesario tener el permiso de los padres. Si un padre/tutor no puede acompañar a su hijo/a, el padre/tutor puede designar a un adulto responsable. Si el padre ha renunciado a su autoridad paterna debido a un divorcio, separación u orden judicial, es responsabilidad del tutor legal proporcionar a la escuela la documentación oficial necesaria. El Distrito Escolar de la Ciudad de Dunkerque no negará la patria potestad a ninguno de los padres sin dicha documentación. La patria potestad no se transfiere automáticamente a un padrastro o madrastra. Enumere la información de los padrastros en el espacio que se proporciona a continuación para las personas que tienen su permiso para firmar la entrada y salida de su hijo de la escuela. Tras su firma, las personas que se enumeran a continuación tienen permiso para sacar a su hijo del edificio escolar. Los estudiantes serán entregados solo a la madre, el padre, el tutor y las personas que se enumeran a continuación. **ENUMERE SOLO A LOS ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS A QUIENES SE PUEDA CONTACTAR ENTRE LAS 8:00 A.M. Y LAS 3:00 P.M.**

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Firma de Padre o Tutor _____ Fecha _____



Learning for all... whatever it takes!

Cuestionario de Datos Raciales y Etnicidad del Estudiante

Todo estudiante entre las edades de 5-21 año tiene el derecho a una educación pública. No se le debe negar a los niños asistencia por razón de raza, color, origen nacional, sexo, ciudadanía, incapacidad, o estado de inmigración.

Nombre de la Escuela:

de Identificación del estudiante en la Escuela

FDN (Mes/Día/año):

Nombre del Estudiante:

Grado:

Instrucciones para el padre o tutor.
Favor de contestar ambas partes (1) and (2).

- Si Hispano
- No, Hispano

¿El estudiante es Hispano, Latino o de Origen Hispano?
Hispano, Latino, se refiere a personas: Cubanos, Mejicanos, Puertorriqueño, Central o Sur -Americano, u otra cultura Española no importa la raza.

Seleccione una o más de las siguientes razas [pregunta (2) Marque (X) en las que le aplica a su niño; Marque(x) Por lo menos 1 caja.

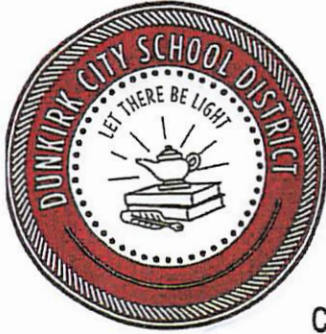
- Indio Americano o Nativo de Alaska: A person having origins in any of the original peoples of North America and who maintains cultural identification through tribal affiliation or community recognition. e.g. Cherokee, Mohawk, Inuit.
- Asiatico: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- Negro o Afro-Americans: A person having origins in any of the black racial groups of Africa
- Blanco, A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East

Firma del Padre/tutor

Fecha

RELATIONSHIP TO STUDENT [please check one box below]:

- Madre
- Padre
- tutor
- Otro (Especifique) _____



Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

GÉNERO:

Masculino
 Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
----------	---------------	----------------------------

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>especifique</i>	
	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____ <i>especifique</i>		
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARÁ LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* No No se sabe * En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal

Date

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

MO. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

Learning for all... whatever it takes!

Central Registration Office
 752 Central Ave Dunkirk NY 14048
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

TO: _____ Fax: _____

The student(s) listed below have entered the Dunkirk City School System:

NAME: _____ D.O.B.: _____ GRADE: _____

NAME: _____ D.O.B.: _____ GRADE: _____

Please send the following information:

- Cumulative records
- Standardized test scores
- Health/immunization records
- Professional reports/notes
- Attendance records
- Gifted records
- Any Psychological/Educational Evaluations
- Secondary Science Lab Requirements

- All Special Education Components
- Latest report card
- Current Individualized Education Program (IEP)
- Grades averaged from date of latest report card to date of withdrawal.
- 504 Accommodation plan
- Disciplinary Records
- ENL components
- Other: _____

Please send information to:

_____ Dunkirk Elementary School #3
 Sue Fountain
 742 Lamphere Street
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 4340
 Fax: (716) 366-0565
sfountain@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk Elementary School #5
 Marie Kaminski
 117 Brigham Road
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 4500
 Fax: (716) 366-9355
mkaminski@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk Intermediate (DMS)
 Mary Helfeldt
 525 Eagle St.
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x. 3386
 Fax: (716) 366-9357
mhelfeldt@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk Elementary School #4
 752 Central Avenue
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 4400
 Fax (716) 366-0548

_____ Dunkirk Elementary School #7
 Kristin Tofil
 348 Lake Shore Drive East
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 4700
 Fax: (716) 366-9426
ktofil@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk Jr./Sr. High School (DHS)
 Laurie Barberich
 75 West Sixth Street
 Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 2076
 Fax: (716) 366-9411
lbarberich@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk City Schools Registration Office
 752 Central Ave, Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300
 Fax: (716) 366-9395
 Vanessa Escobar ext. x4401
vescobar@g.dunkirkcsd.org

_____ Dunkirk City Schools Dept. of Special Education
 90 East Fourth St., Dunkirk, NY 14048
 Phone: (716) 366-9300, x 2700
 Fax: (716) 366-9362
 Brooke Tilley ext. *2702
btalley@dunkirkcsd.org

~~~~~  
 In accordance with the Family Rights and Privacy Act of 1974, I hereby give permission to request a release of records for my son/daughter from your school. Such request for disclosure is for the purpose of enrollment and shall include the above records. This release will expire one year from the date of signature.

Parent/Guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Previous school Information**  
**Informacion de Educacion Previa**

Name of School: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela

Phone Number: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono

School Fax # \_\_\_\_\_  
Numero de Fax

School email: \_\_\_\_\_  
Correo electronico

Name of Person we are requesting transcripts from:  
Nombre de la persona encargada de la transcripción:  
\_\_\_\_\_

**Learning for all... whatever it takes!**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

PARA: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Los estudiantes que se enumeran aquí han ingresado al Distrito Escolar de la Ciudad de Dunkirk:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe la siguiente información:**

- Registros Académicos*
- Standardized puntuaciones de los exámenes*
- Examen de Salud/registros de vacunas*
- Informes profesionales/Calificaciones notas/calificaciones*
- Registro de Asistencia*
- Registros superdotados*
- Evaluaciones Psicológica/Educativo*
- Requisitos del laboratorio de ciencias de La Escuela Secundaria*

- Todos los Componentes de Educación Especial*
- Última boleta de calificaciones*
- Plan de Educación Individualizado (IEP) reciente*
- Promedio de grados desde la última hasta la fecha de retirada.*
- 504 Plan de alojamiento*
- Registros disciplinarios*
- ENL componentes*

Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe esta información a:**

\_\_\_\_ Escuela Primaria Dunkirk #3  
742 Lamphere Street  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 4340  
Fax: (716) 366-0565  
[sfountain@g.dunkirkcsd.org](mailto:sfountain@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Escuela Primaria Dunkirk #5  
117 Brigham Road  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 4500  
Fax: (716) 366-9355  
[mkaminski@g.dunkirkcsd.org](mailto:mkaminski@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Dunkirk Escuela Intermedia  
525 Eagle St.  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x. 3386  
Fax: (716) 366-9357  
[mhelfeldt@g.dunkirkcsd.org](mailto:mhelfeldt@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Escuela Primaria Dunkirk #4  
752 Central Avenue  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 4400  
Fax: (716) 366-0548

\_\_\_\_ Escuela Primaria Dunkirk #7  
348 Lake Shore Drive East  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 4700  
Fax: (716) 366-9426  
[ktofil@g.dunkirkcsd.org](mailto:ktofil@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Escuela Secundaria JR/SR  
Laurie Barberich  
75 W 6<sup>th</sup> Street  
Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 2076  
Fax: (716) 366-9411  
[lbarberich@g.dunkirkcsd.org](mailto:lbarberich@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Oficina Central de Registro  
752 Central Ave, Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300  
Fax: (716) 366-9395  
Vanessa Escobar ext. x4401  
[vescobar@g.dunkirkcsd.org](mailto:vescobar@g.dunkirkcsd.org)

\_\_\_\_ Departamento de Educación Especial  
90 East Fourth St., Dunkirk, NY 14048  
Teléfono: (716) 366-9300, x 2700  
Fax: (716) 366-9362  
Brooke Tilley ext. \*2702  
[btalley@dunkirkcsd.org](mailto:btalley@dunkirkcsd.org)

De acuerdo con la Ley de Derechos de la Familia y Privacidad de 1974, por la presente doy permiso para solicitar una divulgación de registros para mi hijo/a de su escuela. Dicha solicitud de divulgación es para el propósito de la inscripción e incluirá los registros anteriores. Esta versión expirará un año después de la fecha de firma.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Digital Access Survey \*Encuesta de Acceso Digital

Digital Equity is a data set being collected for the 2025-2026 school year. Districts are now required to survey all parents or guardians to identify the source of student's digital resources (devices and availability). Parents or guardians are encouraged to complete the survey for each child.

\* Equidad digital es el nuevo conjunto de datos que se está recopilando para el año escolar 2025-2026. Los distritos ahora deben encuestar a todos los padres o tutores para identificar la fuente de los recursos digitales de los estudiantes (dispositivos y disponibilidad). Se anima a los padres o tutores a completar la encuesta para cada niño.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Student Name</b> (first and last) *Nombre del estudiante (nombre y apellido)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Survey Date</b> * Fecha de la encuesta (Mes, día y año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>1:</b>The district will issue your child a Chromebook to use during the school day. If needed these will be sent home for Remote instruction. <b>1:</b> El distrito le entregará a su hijo un Chromebook para que lo use durante el día escolar. Si es necesario, se enviarán a casa para recibir instrucción remota.</p>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>Question 2:</b> What is the device your child uses most often to complete learning activities away from school ? (Whatever the student is most often using to complete their schoolwork.)<br/>* <b>Pregunta 2:</b> ¿Cuál es el dispositivo que usa su hijo con más frecuencia para completar actividades de aprendizaje fuera de la escuela? (Lo que sea que el estudiante use con mayor frecuencia para completar su trabajo escolar).</p>                                                                               | <input type="checkbox"/> Desktop (Escritorio)<br><input type="checkbox"/> Laptop (Ordenador portátil)<br><input type="checkbox"/> Tablet (Tableta)<br><input type="checkbox"/> Chromebook<br><input type="checkbox"/> Smartphone (teléfono inteligente)<br><input type="checkbox"/> No device (No dispositivo) |
| <p><b>Question 3:</b> Who is the provider of the primary learning device identified in question 2? (This can be a school-provided device or another device, whichever the student is most often using to complete their schoolwork.) *<br/><b>Pregunta 3:</b> ¿Quién es el proveedor del dispositivo de aprendizaje principal identificado en la pregunta 1? (Puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, el que el estudiante utilice con más frecuencia para completar su trabajo escolar).</p> | <input type="checkbox"/> School (Escuela)<br><input type="checkbox"/> Personal (Personal)<br><input type="checkbox"/> No device (No dispositivo)                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Question 4:</b> Is the primary learning device shared with anyone else in the household? * <b>Pregunta 4:</b> ¿Se comparte el dispositivo de aprendizaje principal con alguien más en el hogar?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><input type="checkbox"/> Shared (Comparte)<br/> <input type="checkbox"/> Not shared (No comparte)<br/> <input type="checkbox"/> No device (No dispositivo)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Question 5:</b> Is the primary learning device sufficient for your child to fully participate in all learning activities away from school? * <b>Pregunta 5:</b> ¿El dispositivo de aprendizaje principal es suficiente para que su hijo participe plenamente en todas las actividades de aprendizaje fuera de la escuela?</p>                                                                                                                                                                       | <p><input type="checkbox"/> Yes (Sí)<br/> <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Question 6:</b> Is your child able to access the internet in their primary place of residence? * <b>Pregunta 6:</b> ¿Puede su hijo acceder a Internet en su lugar de residencia principal?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><input type="checkbox"/> Yes (Sí)<br/> <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Question 7:</b> What is the primary type of internet service used in your child's primary place of residence? * <b>Pregunta 7:</b> ¿Cuál es el tipo principal de servicio de Internet que se utiliza en el lugar de residencia principal de su hijo?</p>                                                                                                                                                                                                                                            | <p><input type="checkbox"/> Residential broadband (Banda ancha residencial)<br/> <input type="checkbox"/> Cellular (Celular)<br/> <input type="checkbox"/> Mobile hotspot (Punto de acceso móvil)<br/> <input type="checkbox"/> Community (Comunidad) Wifi<br/> <input type="checkbox"/> Satellite (Satélite)<br/> <input type="checkbox"/> Dial up (marcar)<br/> <input type="checkbox"/> DSL<br/> <input type="checkbox"/> Other (Otro)<br/> <input type="checkbox"/> None (Ninguno)</p> |
| <p><b>Question 8:</b> In their primary residence, can your child complete the full range of learning activities, including video streaming and assignment upload, without interruptions caused by slow or poor internet performance? * <b>Pregunta 8:</b> En su residencia principal, ¿puede su hijo completar la gama completa de actividades de aprendizaje, incluida la transmisión de videos y la carga de tareas, sin interrupciones causadas por un rendimiento de Internet lento o deficiente?</p> | <p><input type="checkbox"/> Yes (Sí)<br/> <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><b>Question 9:</b> What, if any, is the primary barrier to having sufficient and reliable internet access in your child's primary place of residence? * <b>Pregunta 9:</b> ¿Cuál es la barrera principal, si la hay, para tener acceso a Internet suficiente y confiable en el lugar de residencia principal de su hijo?</p>                                                                                                                                                                           | <p><input type="checkbox"/> Availability (Disponibilidad)<br/> <input type="checkbox"/> Cost (Costo)<br/> <input type="checkbox"/> None (Ninguno)<br/> <input type="checkbox"/> Other (Otro)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



## Historial de salud

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Género asignado al nacer \_\_\_\_\_

Nombre principal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses, su hijo a tenido:

| <b>Marque todo lo que corresponda</b>                                     | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| A tenido una condición médica continua                                    |           |           |
| Acudió a un especialista médico                                           |           |           |
| Tuvo alergias                                                             |           |           |
| Ha sido hospitalizado                                                     |           |           |
| Tuvo una operación                                                        |           |           |
| Tuvo una lesión que requirió una visita a la sala de emergencias          |           |           |
| Perdió 5 días seguidos de la escuela debido a una enfermedad / lesión     |           |           |
| Tuvo una lesión ósea/muscular                                             |           |           |
| Se desmayó, sufrió una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza |           |           |
| Tuvo convulsiones/ataques                                                 |           |           |
| Tuvo un problema o condición de la vista                                  |           |           |
| Tuvo un problema o condición auditiva                                     |           |           |
| Usó un puente dental, aparatos ortopédicos o protector bucal              |           |           |

Si se marcó alguna casilla/condición, describa la condición y/o el tratamiento:

¿Su hijo tiene alguna alergia?

Si el niño tiene una alergia, ¿a qué es alérgico? ¿Cuáles son los síntomas y el tratamiento de rutina?

| Marque todo lo que corresponda                 | SÍ | NO |
|------------------------------------------------|----|----|
| TDAH (Trastorno por déficit de atención)       |    |    |
| Asma/Dificultad para respirar                  |    |    |
| Autismo/Asperger                               |    |    |
| Lesiones dentales                              |    |    |
| Diabetes                                       |    |    |
| Infecciones frecuentes del oído                |    |    |
| Condiciones Gi                                 |    |    |
| Dolores de cabeza/migrañas                     |    |    |
| Condiciones cardíacas                          |    |    |
| Presión arterial alta                          |    |    |
| Escoliosis                                     |    |    |
| Un solo órgano (riñón, testículo, pulmón)      |    |    |
| Condición de la piel (eczema, psoriasis, etc.) |    |    |
| Condición del habla                            |    |    |
| Condición urinaria                             |    |    |

Si alguna casilla/condición se marcó **afirmativamente**, describa:

¿Su hijo tiene una afección de salud mental o un problema de comportamiento?    Sí    No

Por favor, explique la condición/inquietud:

¿Su hijo recibe consejería o terapia externa por cualquier condición o preocupación?

Sí    No

En caso afirmativo, proporcione información de contacto

Medicamentos actuales:

Haga una lista de cualquier equipo de asistencia que el estudiante pueda usar en casa o en la escuela.

Por favor, haga una lista de los tratamientos que el estudiante recibe dentro o fuera de la escuela.

¿Existe alguna condición que le impida a su hijo participar en educación física, deportes o parques infantiles?      Sí No

Por favor, explique:

Doy permiso para que el médico de la escuela realice el examen de salud requerido (físico) si no proporciono evidencia del examen actual.      Sí      No

Doy permiso para que la información médica en esta página se comparta con el maestro y el personal relacionado si es necesario.      Sí      No

Firma Electrónica y Fecha del Padre, Madre y Tutor

*Al escribir el nombre a continuación, está testificando que toda la información de esta página es precisa a su leal saber y entender.*

Nombre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_