

HILLSBORO ISD

Forma de Inscripción
Año Escolar 2025-2026

ID #: _____

EDUCACIÓN ESPECIAL: _____ Si _____ no

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

GRADO: _____

Nombre de Calle: _____ Dirección de Correo: _____

EDAD ANTES DE SEPT 1: _____

Ciudad/Estado Código Postal: _____ Ciudad/Estado Código Postal: _____

FECHA DE ENTRADA: _____

Telefono de Casa : _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor : _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

Padre/Tutor : _____

SEXO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

"

*De acuerdo con la Ley del Estado de Texas [Orden de la Corte, Sección 25.002 (f) enmendada en 2001], se requiere que un distrito escolar registre el **nombre**, la **dirección** y la **fecha de nacimiento** de la persona que inscribe a un niño.*

1er Padre o Guardián _____ **2nd** Padre o Guardián _____

Relacion: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Cuidad/Estado/Código Postal: _____ Cuidad/Estado/codigo postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Casa: _____

Lugar de Empleo: _____ Lugar de Empleo: _____

Telefono de Empleo: _____ Telefono de Empleo: _____

Telefono Celular: _____ Telefono Celular: _____

¿Tiene el Formulario 2085 de Asignación de Autorización el cual lo autoriza como el proveedor de cuidado del niño? ___si ___no

"

Contacto de Emergencia 1: _____ Relacion: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de empleo: _____

Contacto de Emergencia 2: _____ Relacion: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de empleo: _____

Contacto de Emergencia 3: _____ Relacion: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de empleo: _____

Contacto de Emergencia 4: _____ Relacion: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de empleo: _____

NOMBRE DE DOCTOR: _____ Telefono de Oficina: _____

Mencione cualquier condicion Medica, Alergias o Medicamentos que se toman regularmente:

¿Su hijo / a se está transfiriendo de otro distrito escolar? _____ (Si or No) Si la respuesta es si de que distrito? _____

Ponga en lista todas las escuelas anteriores asistidas: _____

Su hijo/a asistio previamente a otra escuela de HISD? _____ (Si or No)

Si, a cual escuela? _____

"

HERMANOS/HERMANAS _____ GRADO _____ ESCUELA _____

"

Para los Padres: La informacion de la parte de arriba de esta forma es necesaria para los registros permanentes de esta escuela y seran usados por el personal de la escuela. Esto es para confirmar que toda informacion esta correcta Damos permiso ser contactados si es necesario, y tambien damos permiso en caso que se nececite llamar o llevara a nuestros hijos con el doctor mencionado en esta forma. Si en caso que no pueda la escuela ponerce en contacto con los padres damos permiso que tomen la decision de acer lo necesario para la salud de nuestros hijos. Estoy de acuerdo que el distrito de las escuelas no seran responsables de dinero o de el transporte de emergencias de nuestros hijos.

1er FIRMA DE PADRE O GUARDIAN : _____ FECHA: _____

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR - Hillsboro ISD

19 TAC Capítulo 89, Subcapítulo BB, §89.1215

(La encuesta sobre el idioma del hogar solo se administra durante la inscripción inicial en las escuelas públicas de Texas).

Para ser completado por los padres o tutores de los estudiantes que se inscriban en prekínder* hasta el grado 8 (o por estudiantes en los grados 9-12).

*El prekínder incluye a cualquier estudiante que se inscriba en un programa escolar de 3 o 4 años.

Parte uno:

El estado de Texas requiere que se complete la siguiente información para cada estudiante que se inscriba en una escuela pública de Texas por primera vez. Es responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información de idioma solicitada por las preguntas a continuación.

Estimado padre o Guardianes:

Responda las siguientes preguntas sobre los idiomas que usa su hijo o su familia. Si sus respuestas indican el uso de un idioma que no sea inglés, la escuela llevará a cabo una evaluación de dominio del idioma para determinar qué tan bien se comunica su hijo en inglés. Esta información se utilizará para determinar los apoyos lingüísticos apropiados e informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso de la Encuesta sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito. *Esta encuesta se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante.*

Una copia de esta encuesta seguirá al estudiante mientras esté inscrito en cualquier escuela autónoma pública o de inscripción abierta en Texas.

La segunda parte:

Por favor responda lo mejor que pueda.

1. ¿Qué idiomas se usan en casa? _____
2. ¿Qué idiomas usa el niño en casa? _____
3. Si el niño tuvo un hogar anterior, ¿qué idiomas se usaron? _____
Si no hay una configuración de hogar anterior, responda No aplicable (N/A).

Al marcar esta casilla, entiendo que una solicitud para corregir un error en esta Encuesta sobre el idioma del hogar sólo puede ocurrir si:

- 1) Mi hijo aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y
- 2) Las correcciones se realizan dentro de las dos semanas calendario posteriores a la fecha de inscripción de mi hijo.

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación del estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Visite el Portal de soporte bilingüe emergente (txel.org) para obtener información adicional.

Agencia de Educación de Texas

Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo America Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o África-Americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one:
 Hispanic / Latino
 Not Hispanic/Latino

Race – choose one or more:
 American Indian or Alaska Native
 Asian
 Black or African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander
 White

Observer signature:

Campus and Date:

DISTRITO ESCOLAR DE HILLSBORO

FORMA PARA LA APLICACION DE ACCESO FAMILIAR ENLINA DEL

Por Favor Escriba Claramente

Apellido del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor

Dirección de Correo Electrónico del Padre/Tutor

@

Teléfono del Padre/Tutor

Apellido del Estudiante

Nombre del Estudiante

Numero de Seguro
Estudiante

Al completar la solicitud para esta cuenta, usted da el consentimiento al Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) para hacer el horario escolar de su estudiante, historial de asistencia, información de calificaciones, información demográfica, información de salud, entre otra información escolar disponible para usted por medio del internet en una sitio red que sea seguro y accesible a través de un nombre de usuario y una contraseña. Solamente usted podrá ser capaz de ver los registros digitales de su estudiante con su nombre y contraseña únicos. Only you will be able to see your student's digital records with your unique login and password. Otros padres de familia o tutores se les proporcionaran su propio e único nombre de usuario y contraseña para poder acceder la información de sus propios estudiantes. Por lo tanto, su nombre de usuario y contraseña no deben de ser compartidos con nadie más. Una verificación con foto puede ser requerida para su solicitud.

EL Distrito no hará los nombres de usuarios y contraseñas disponibles públicamente. Los registros digitales de su estudiante basados en la red solo pueden ser accedidos por un padre o tutor legal actual, que en la actualidad tiene acceso a los registros por escrito del estudiante y que ha aplicado para un nombre de registro y una contraseña válidos. Usted puede cancelar este servicio en cualquier momento contactando la secretaria del plantel de su estudiante. Una vez que su aplicación sea aprobada, usted recibirá un correo electrónico con su información de acceso y las instrucciones.

Usted entiende y acepta que el Distrito no se hace responsable del acceso no autorizado por internet de personas que no tienen su consentimiento de acceso a registros digitales de su estudiante. Al firmar en la línea de firma a continuación, usted confirma que entiende y acepta las guías y condiciones para el acceso de los registro digitales de su estudiante y que renuncia a cualquier reclamación o acción legal que pueda tener en contra del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) o sus empleados, agentes, representantes, o consejo directivo por cualquier información disponible en el sitio de red tal como se describe anteriormente.

Firma del Guardián solicitante

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE HILLSBORO

FORMULARIO PARA LA APLICACION DE ACCESO ESTUDIANTIL EN LINEA

Por Favor Escriba Claramente

Apellido del Estudiante Nombre del Estudiante # de Identificación del estudiante

Al completar la solicitud para esta cuenta, usted da el consentimiento al Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) para hacer su horario escolar, historial de asistencia, e información de calificaciones por medio del internet en una sitio red que sea seguro y accesible a través de un nombre de usuario y una contraseña. Solamente usted podrá ser capaz de ver los registros digitales con su nombre y contraseña únicos. **Nombre de usuario y contraseña son confidenciales y no deben de ser compartidos con nadie.** EL Distrito no hará los nombres de usuarios y contraseñas disponibles públicamente.

Usted entiende y acepta que el Distrito no se hace responsable del acceso no autorizado por internet de personas que no tienen su consentimiento. Al firmar en la línea de firma a continuación, usted confirma que entiende y acepta las guías y condiciones para el acceso de sus registros digitales y que renuncia a cualquier reclamación o acción legal que pueda tener en contra del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro (HISD) o sus empleados, agentes, representantes, o consejo directivo por cualquier información disponible en el sitio de red tal como se describe anteriormente.

El formulario adjunto debe de ser completado y firmado por el tutor y el estudiante, y regresado a la secretaria del plantel en la oficina de la escuela. Una vez que el estudiante sea verificado recibirá un nombre de usuario y una contraseña.

Usted puede cancelar este servicio en cualquier momento al contactar a la secretaria del plantel.

Firma del Estudiante Solicitante Fecha

Firma de Guardián Fecha

Por favor de contactar Yesenia Calderon con cualquier pregunta o duda en 254-582-4100 o Calderon@hillsboroisd.org

**Hillsboro ISD
121 E Franklin St.
Hillsboro, Texas 76645**

PRUEBA DE RESIDENCIA NECESARIO PARA INSCRIBIR AL ESTUDIANTE

Soy el padre/tutor legitimo/padre adoptivo de este estudiante nombrado _____ y deseo inscribir este estudiante en Distrito Escolar de Hillsboro. Entiendo que la Mesa Directiva proporciona, con pocas excepciones, que cada estudiante debe asistir a la escuela dentro del área donde el padre, tutor, padre adoptivo o relativo reside. Yo resido en el siguiente domicilio, y tengo el entendimiento que esta en la área de asistencia del Distrito Escolar de Hillsboro.

POR FAVOR DE DAR COMPLETO EL DOMICILIO DE RESIDENCIA EN EL ESPACIO ABAJO:

Domicilio de Calle	Ciudad	Código Postal
--------------------	--------	---------------

COMPROBACION DE RESIDENCIA

El padre/tutor legitimo o padre adoptivo del estudiante Nuevo o el estudiante requiriendo un cambio de domicilio debe presentar uno de los siguientes ORIGINALES comprobantes de residencia:

- Escritura de su casa
- Recibo de impuesto de propiedad
- Un recibo corriente de utilidad con la dirección del servicio de agua, eléctrico, gas,
- teléfono (sólo la línea del hogar) o cable
- Contrato de Arrendamiento

FALSIFICACION DE CUALQUIER INFORMACION O DOCUMENTOS, SEA ESCRITO O VERBAL, RELACIONADO SOBER EL COMPROBANTE PROCEDIMIENTO LE RESULTAR EN REVOCACION DE ENSCRIBIR EL ESTUDIANTE Y POSIBLE PAGO DE INSTRUCCION.

DECLARACION

Yo declaro abajo de perjurio Penal que he leído las declaraciones y informaciones de arriba que han sido proporcionadas por mi y tales declaraciones y informaciones son verdaderas y completas por mis mejores conocimientos.

Fecha: _____

Firma: _____

Imprimir Nombre: _____

Yo soy (por favor marque la casilla apropiada)

- Padre
- Guardian Legal
- Padre Adoptivo
- Pariente



SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Estimados padres:

Esta forma le permite informarnos si su hijo/a tiene alguna alergia alimentaria o alergia alimentaria severa con riesgos de anafilaxia la cual usted considere que debería de ser compartida con el Distrito para que el Distrito pueda tomar medidas, según así sean necesarias y reducir al mínimo la exposición de su niño/a a estos alérgenos.

“Peligrosa para la vida” significa que existe la posibilidad de una reacción inmune severa o anafiláctica al alérgeno alimentario introducido por inhalación, ingestión, o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata y puede causar discapacidad o la muerte.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Mi hijo no tiene alergias alimentarias conocidas en este momento.

Mi hijo tiene las siguientes alergias alimentarias:

Comida	Síntomas de reacción alérgica	¿Peligrosa para la vida?
		Si / No
		Si / No
		Si / No
		Si / No
		Si / No

Por favor tenga en cuenta que, este formulario es para propósitos informativos solamente, y sirve para alertar a la enfermera de la escuela la necesidad de desarrollar un plan de acción de alergia con la colaboración del doctor de su hijo. Este documento se mantendrá en la carpeta escolar del estudiante.

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y podrá compartir tal información con maestros, enfermeras, y cualquier otro personal de la escuela autorizado tal como es permitido por los Derechos Educativos de la Familia, La Ley de Privacidad, y la política del Distrito.

Nombre del Padre (impreso): _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Fecha de revisión por la enfermera de la escuela: _____ Iniciales de la Enfermera: _____

Servicios Médicos del Estudiante de la Hillsboro Independent School District

Estimados padre(s) o guardian(s):

Su salud de niño, seguridad, y bienestar son mi prioridad superior. Por favor de leer la información siguiente para que sepa lo que pasa cuando su niño me visita en la oficina de la enfermera.

En primer lugar, por lo que ustedes saben, el estado requiere que enviar a los niños inicio para cualquiera de las siguientes condiciones:

- Rojez en los ojos, que podrían ser una muestra de la conjuntivitis contagiosa (ojo rosado), que solamente un doctor podrá diagnosticar y decidir si es seguro que el niño esté detrás en escuela. Una nota del doctor será requerida si el niño debe volver a la escuela con los ojos rojos, a menos que utiliza gotas para los ojos con receta para el ojo rojo.
- Temperatura oral sobre 100.0 F. Se recomienda que no regresan hasta han sido libres de fiebre durante 24 horas.
- Diarrea o vomitar excesiva.
- Piojos de la cabeza.
- Lesión seria.
- Difunda la erupción (no-localizada). Una nota del doctor será requerida si el niño debe volver a la escuela con la erupción.
- Otras condiciones según lo contorneado por los requisitos del estado de Tejas, que se pueden encontrar en el Web site siguiente: http://www.dshs.state.tx.us/idcu/health/schools_childcare/resources/ChildCareChartNotes.pdf, o obtenido entrando en contacto con a enfermera.

Cuando los estudiantes vienen a mí, determino la situación y hago mi mejor para fijar su problema, o le ayudo a sentirse mejor. Aunque a me no se permite por la ley proveer medicaciones a los estudiantes, hay algunas cosas que puedo hacer. Por ejemplo:

- Dolor de estómago: descansar, galletas (si no son alérgicas)
- Cortes/lesions menor: limpiar con jabón antibacteriano o salina, primeros auxilios, hielo
- Dolores de cabeza: descansar, hielo
- Astilla: quitar con pinzas
- Labios secos: jalea de petróleo (Vaseline)
- Quemadura del sol: savila de aloe vera
- Secar la piel: loción hipoalergénica
- Picadura de insecto: ayuda la picazón
- Objeto extranjero en ojo/irritacion de ojo: limpiar el ojo

Aunque yo no puedo proporcionar medicamentos a los estudiantes, es bienvenido a traer medicamento que se administren según sea necesario. También puedo dar medicamentos recetados rutinariamente, siempre y cuando se está obligado a dar 4 veces por día o más (con la excepción de los medicamentos con una orden para darle a una hora específica durante el horario escolar). Por favor consulte las reglas de medicamentos en el manual para obtener más información. Le notificaremos si el medicamento se administró a su hijo, ya sea por teléfono o en una nota enviada a casa.

Cuando mis intervenciones no trabajan, intentaré a serle una llamada. También le llamara para cualquier tipo de trauma principal, por ejemplo si él o ella topó su cabeza en el piso o en el equipo del patio. Para otras problemas, utilizaré mi juicio profesional para determinarme si es necesario que el padre sea entrado en contacto con vía el teléfono o una nota enviada hogar al con el niño.

Déjeme por favor saber si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones por su cuidado médico de niño.

Gracias,

Kate Versluis, RN
HISD Health Services Coordinator
(254) 582-4140
versluis@hillsboroisd.org

HISTORIA DE LA SALUD DE LA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Grado _____ Nombre de padres o del guarda: _____

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de la salud para su niño en caso de necesidad. La información con respecto a su condición de la salud de niño será compartida solamente con el personal que necesita conocer para asistir a su niño en escuela.

¿Quién es doctor primario de su niño? _____ Ciudad _____ Teléfono _____

¿Su niño ve a especialista por razón? Sí No

¿Si sí, porque qué razón están viendo su niño? _____

Nombre de especialista _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Hace a su niño tienen:

Desorden de déficit de atención Sí No Especifique _____

Bipolar Sí No Especifique _____

Síndrome de Tourette Sí No Especifique _____

El otro condición psicológica Sí No Especifique _____

Epilepsia o asimientos Sí No Especifique _____

El otro condición neurológico Sí No Especifique _____

Alergias a Sí No Especifique _____

alimento, medicina, insectos, Tipo de reacción _____

o disparadores ambientales Medicación de la emergencia _____

Asma Sí No Especifique _____

Diabetes Sí No Insulina Sí No

Infecciones frecuentes del oído Sí No Especifique _____

Dolores de cabeza/jaquecas Sí No Especifique _____

Condición del corazón Sí No Especifique _____

Condición de la ortopédica (hueso) o Sí No Especifique _____

musculoesquelética Sí No Especifique _____

Problemas con los riñones o la vejiga Sí No Especifique _____

Problemas con los intestinos Sí No Especifique _____

Reflujo gástrico/acidez estomacal Sí No Especifique _____

Condición de la piel (ex. eczema, psoriasis) Sí No Especifique _____

Marca del nacimiento Sí No Especifique _____

Historia de la cirugía Sí No Especifique _____

Audiencia o problema de la visión Sí No Especifique _____

Dispositivo de la audiencia Especifique _____

Antojos Contactos

La otra condición no especificada Sí No Especifique _____

Hace a su niño:

Toma medicación de la emergencia Sí No Especifique _____

Toma medicación diaria Sí No Especifique _____

Información adicional con respecto problemas médicos/a cirugías: _____

Notifique por favor la escuela lo más pronto posible para informarnos de cualquier cambio a esta información. Si su niño tiene una condición médica que necesite un plan individual de la salud formulado, le entrarán en contacto con usted.

Mi firma indica que la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento.

Firma del padre o del guardián _____ Fecha _____

Servicios Médicos del Estudiante de la Hillsboro Independent School District

Estimados padre(s) o guardian(s):

Mi nombre es Meredith Peterson, LVN, y soy la enfermera de la Hillsboro Intermediate School. Su salud de niño, seguridad, y bienestar son mi prioridad superior. Por favor de leer la información siguiente para que sepa lo que pasa cuando su niño me visita en la oficina de la enfermera.

En primer lugar, por lo que ustedes saben, el estado requiere que enviar a los niños inicio para cualquiera de las siguientes condiciones:

- Rojez en los ojos, que podrían ser una muestra de la conjuntivitis contagiosa (ojo rosado), que solamente un doctor podrá diagnosticar y decidir si es seguro que el niño esté detrás en escuela. Una nota del doctor será requerida si el niño debe volver a la escuela con los ojos rojos, a menos que utiliza gotas para los ojos con receta para el ojo rojo.
- Temperatura oral sobre 100 F. Se recomienda que no regresan hasta han sido libres de fiebre durante 24 horas.
- Diarrea o vomitar excesiva.
- Piojos de la cabeza.
- Lesión seria.
- Difunda la erupción (no-localizada). Una nota del doctor será requerida si el niño debe volver a la escuela con la erupción.
- Otras condiciones según lo contorneado por los requisitos del estado de Tejas, que se pueden encontrar en el Web site siguiente: http://www.dshs.state.tx.us/idcu/health/schools_childcare/resources/ChildCareChartNotes.pdf, o obtenido entrando en contacto con a enfermera.

Cuando los estudiantes vienen a mí, determino la situación y hago mi mejor para fijar su problema, o le ayudo a sentirse mejor. Aunque a me no se permite por la ley proveer medicaciones a los estudiantes, hay algunas cosas que puedo hacer. Por ejemplo:

- Dolor de estómago: descansar, galletas (si no son alérgicas)
- Cortes/lesions menor: limpiar con jabón antibacteriano o salina, primeros auxilios, hielo
- Dolores de cabeza: descansar, hielo
- Astilla: quitar con pinzas
- Labios secos: jalea de petróleo (Vaseline)
- Quemadura del sol: savila de aloe vera
- Secar la piel: loción hipoalergénica
- Picadura de insecto: ayuda la picazón
- Objeto extranjero en oho/irritacion de ojo: limpiar el ojo

Aunque yo no puedo proporcionar medicamentos a los estudiantes, es bienvenido a traer medicamento que se administren según sea necesario. También puedo dar medicamentos recetados rutinariamente, siempre y cuando se está obligado a dar 4 veces por día o más (con la excepción de los medicamentos con una orden para darle a una hora específica durante el horario escolar). Por favor consulte las reglas de medicamentos en el manual para obtener más información. Le notificaremos si el medicamento se administró a su hijo, ya sea por teléfono o en una nota enviada a casa.

Cuando mis intervenciones no trabajan, intentaré a serle una llamada. También le llamara para cualquier tipo de trauma principal, por ejemplo si él o ella topó su cabeza en el piso o en el equipo del patio. Para otras problemas, utilizaré mi juicio profesional para determinarme si es necesario que el padre sea entrado en contacto con vía el teléfono o una nota enviada hogar al con el niño.

Déjeme por favor saber si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones por su cuidado médico de niño.

Gracias,



Meredith Peterson, LVN

(254) 582-4170

peterson@hillsoroid.org

Servicios Médicos del Estudiante de la Hillsboro Independent School District

HISTORIA DE LA SALUD DE LA INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Grado _____ Nombre de padres o del guarda: _____

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para desarrollar un plan de la salud para su niño en caso de necesidad. La información con respecto a su condición de la salud de niño será compartida solamente con el personal que necesita conocer para asistir a su niño en escuela.

¿Quién es doctor primario de su niño? _____ Ciudad _____ Teléfono _____

¿Su niño ve a especialista por razón? Sí No

¿Si sí, porque qué razón están viendo su niño? _____

Nombre de especialista _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Hace a su niño tienen:

Desorden de déficit de atención Sí No Especifique _____

Bipolar Sí No Especifique _____

Síndrome de Tourette Sí No Especifique _____

El otro condición psicológica Sí No Especifique _____

Epilepsia o asimientos Sí No Especifique _____

El otro condición neurológico Sí No Especifique _____

Alergias a Sí No Especifique _____

alimento, medicina, insectos, Tipo de reacción _____

o disparadores ambientales Medicación de la emergencia _____

Asma Sí No Especifique _____

Diabetes Sí No Insulina Sí No

Infecciones frecuentes del oído Sí No Especifique _____

Dolores de cabeza/jaquecas Sí No Especifique _____

Condición del corazón Sí No Especifique _____

Condición de la ortopédica (hueso) o

musculoesquelética Sí No Especifique _____

Problemas con los riñones o la vejiga Sí No Especifique _____

Problemas con los intestinos Sí No Especifique _____

Reflujo gástrico/acidez estomacal Sí No Especifique _____

Condición de la piel (ex. eczema, psoriasis) Sí No Especifique _____

Marca del nacimiento Sí No Especifique _____

Historia de la cirugía Sí No Especifique _____

Audiencia o problema de la visión Sí No Especifique _____

Dispositivo de la audiencia Especifique _____

Antojos Contactos

La otra condición no especificada Sí No Especifique _____

Hace a su niño:

Toma medicación de la emergencia Sí No Especifique _____

Toma medicación diaria Sí No Especifique _____

Información adicional con respecto problemas médicos/a cirugías: _____

Notifique por favor la escuela lo más pronto posible para informarnos de cualquier cambio a esta información. Si su niño tiene una condición médica que necesite un plan individual de la salud formulado, le entrarán en contacto con usted.

Mi firma indica que la información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento.

Firma del padre o del guardián _____ Fecha _____



Hillsboro ISD
Encuesta de Familia
2025-2026



Con el fin de servir mejor a sus hijos, el distrito escolar le gustaría identificar a los estudiantes que califican para recibir servicios educativos adicionales. La información se mantendrá confidencial.

Por favor escriba con letra de molde y devuelva esta encuesta a la oficina de la escuela:

Fecha: _____
 Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____
 Padre/Guardián: _____ Madre/Guardián: _____
 Empleo del Padre: _____ Empleo de la Madre: _____
 Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

- ¿En los últimos 3 años se ha movido de una ciudad, Estado o de un distrito escolar a otro?
 Si No
- Si la respuesta es SI, ¿usted o sus hijos se movieron a fin de trabajar o buscar trabajo **en la agricultura o la pesca** (ya sea temporalmente)? ¿Dentro de los últimos 36 meses?
 Si No

Si usted contesto **SI** a la pregunta 2, por favor marque la(s) que aplique(n).



Trabajando con frutas, verduras, algodón, trigo, grano, granjas agrícolas, campos o viñeras



Trabajando en fábrica de conservas



Trabajando en lechería, trabajo de Rancho- alimentando animales, limpiando campos, construyendo cercas para ganado



Trabajando en una matanza Empacando y cortando carne



Trabajando en guardería de plantas o cultivo de árboles o recogiendo nueces



Trabajando en la pesca



Trabajando en una granja de pollos

Otros trabajos similares, por favor expliquen:

Para más información, póngase en contacto con el Coordinador de servicios migratorios: Melissa Vega 254-297-1253

Cuestionario de Residencia de Estudiante

Este formulario ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir bajo la ley de McKinney-Vento Act (42 U.S.C. 11435). **Las respuestas de este formulario son privadas y se compartirán con el personal del distrito solo en medida necesaria para brindar servicios.** Debido a que esta información no se mantiene en el registro escolar permanente de su hijo, debe recopilarse cada año escolar. Responda completa y honestamente para ayudar al personal de la escuela a inscribir adecuadamente a su hijo.

Nombre de estudiante: _____ D.O.B. _____ Estudiante ID# _____
 Escuela : _____ Grado: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal debido a alguno de los siguientes motivos: pérdida de vivienda, dificultades económicas, violencia doméstica, condiciones de vida insalubres, encarcelamiento del padre/ tutor legal
 SI NO
2. Es usted un estudiante mayor de cinco años y menor de 21 años, que no vive en la casa con sus padres o tutores?
 Si NO

**Si respondió "SI" a uno o a más preguntas complete el resto de este formulario.
 Si respondió "NO" a los DOS preguntas DETENGASE AQUI.**

Cheque Solo uno de los siguientes para describir donde vive el estudiante: El estudiante vive en.....

- Un refugio de emergencia**
- Vivienda de transición** (Vivienda disponible solo por un periodo de tiempo determinado y pagada en su totalidad por una legisla, u organización sin fines de lucro u otra entidad)
- Un hotel o motel** (debido a dificultades económicas o situación de emergencia)
- La casa de familia o parientes** (debido a cualquiera de las razones mencionadas anteriormente)
- Desenvainado** (coche, parque, camping, calle, edificio abandonado o vivienda deficiente)

Cheque el cuadro que mejor describe con quién reside el estudiante. (Tenga en cuenta que la tutela legal solo puede ser otorgada por un tribunal; los estudiantes que viven solos o con amigos o parientes que no tienen tutela legal pueden inscribirse y asistir a la escuela. La escuela no puede exigir prueba de tutela para la inscripción o la asistencia continua.)

El estudiante reside con ...

- Uno o los dos padres**
- Tutor Legal**
- Amigo(s)**
- Un adulto que NO es el tutor legal del estudiante**
- Solo sin adulto**

Noombre de padre/ tutor _____ **Numero de telefono** _____

Dirección de residencia temporal: _____
Calle Ciudad Codigo Postal

Proporcione la siguiente información para los hermanos (hermanos / hermanas) en edad escolar del estudiante:

Nombre	Grado	Escuela	Distrito

Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito punible con hasta 10 años y \$ 10,000. CÓDIGO PENAL DE TEXAS §37.10. Una persona que inscribe a un niño con documentos falsos puede ser responsable del costo de la matrícula u otros costos. CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE TEXAS §25.002 (d).

He leído y entendido la información proporcionada anteriormente. Entiendo que si se determina que alguna de las respuestas dadas en este formulario es falsa, estaré sujeto a sanciones penales, civiles y administrativas. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información proporcionada aquí es verdadera y correcta y de mi conocimiento personal.

_____ Firma _____ Nombre Impreso _____ Fecha _____

Distrito Escolar Independiente de Hillsboro Recursos Tecnológicos Acuerdo de Uso Aceptable del Estudiante 2025 - 2026

La Política de Uso Aceptable de Tecnología se encuentra en línea en www.hillsboroisd.org o se pueden obtener copias impresas en el campus donde su estudiante está inscrito. Es obligatorio que complete esta página como parte de la inscripción de su estudiante antes de que se le permita usar los sistemas informáticos y la red del Distrito.

Dirección de Correo Electrónico Oficial: A los estudiantes se les asignará una cuenta de correo electrónico de estudiante única con el dominio @hillsboroisd.org. Esta cuenta se considerará la dirección de correo electrónico oficial de la escuela del estudiante hasta que el estudiante ya no esté inscrito en el Distrito Escolar Independiente de Hillsboro.

Conducta: Los estudiantes son responsables de su buen comportamiento. Las cuentas de los estudiantes no se pueden utilizar de las siguientes maneras: actividades ilegales; usar lenguaje obsceno, profano, amenazante o irrespetuoso; fines comerciales; beneficio financiero personal; identidad falsa en las comunicaciones por correo electrónico; tergiversación del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro; o interferencia con las operaciones tecnológicas del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro. No se tolerará el acoso, y la privacidad de los demás debe respetarse en todo momento.

Restricción de Acceso: El acceso y uso de Google Apps for Education se considera un privilegio otorgado a discreción del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro. El Distrito mantiene el derecho de retirar inmediatamente el acceso y el uso de la cuenta cuando haya razones para creer que se han producido violaciones de la ley o las políticas de la Junta Escolar. En tales casos, la presunta violación se remitirá al Director o su designado para una investigación adicional y la aplicación de las consecuencias necesarias según lo indicado en la Política de Uso Aceptable.

Privacidad: El Distrito Escolar se reserva el derecho de acceder y revisar el contenido en el sistema de Google Apps for Education en cualquier momento.

Mi hijo y yo hemos leído, entendemos y cumpliremos con la Política de Uso Aceptable de Recursos Tecnológicos de Hillsboro ISD. Entendemos que el incumplimiento de esta política puede resultar en la suspensión del acceso de mi hijo o la terminación de los privilegios de mi hijo y otras acciones disciplinarias consistentes con las Políticas de la Junta y la ley estatal [Ver el Código de Conducta Estudiantil y la Política de la Junta CQ]. Al firmar a continuación, reconozco este entendimiento y doy permiso para que mi hijo reciba una cuenta de Google Workspace aprobada por la escuela, incluido el acceso a correo electrónico, servicios básicos de Google y servicios adicionales de Google según lo designe el Distrito.

Fecha: _____

Nombre impreso del estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____

2025 - 2026

Reconocimiento de la distribución electrónica del Código de Conducta Estudiantil y del Manual Estudiantil del Distrito Escolar de Hillsboro para el año escolar

Como es requerido por la ley estatal, La Junta Directiva oficialmente ha adoptado el Código de Conducta estudiantil y revisado los Manuales Estudiantiles de las escuelas con el fin de promover un ambiente de aprendizaje seguro y ordenado para todos los estudiantes. Le recomendamos que lea estas publicaciones cuidadosamente y las discuta con su familia. Si usted tiene alguna pregunta sobre los requerimientos de conducta y las consecuencias por mal comportamiento le invitamos a pedir una explicación al maestro de su estudiante o al administrador de la escuela.

El Manual Estudiantil y el Código de Conducta están localizados en línea a través de www.hillsboroisd.org o también copias impresas pueden ser obtenidas en la escuela donde está inscrito su estudiante.

“Reconocemos que se nos ha ofrecido la opción de recibir una copia en papel o acceso electrónico en www.hillsboroisd.org del Código de Conducta Estudiantil, y el Manual Estudiantil del plantel para el año escolar 2024 - 2025 y comprendemos que los estudiantes serán responsables por su comportamiento y estarán sujetos a consecuencias disciplinarias establecidas en estos documentos.”

Nombre del Estudiante

Grado

Firma de Padre

Fecha

Hillsboro ISD

2025 – 2026 Formulario de Estudiante Militar-Conectado

(requerido para la recopilación de datos PEIMS de la Agencia de Educación de Texas)

Padre / Tutor: Marque una casilla a continuación:

- No es un estudiante conectado militarmente
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro actual de la Guardia Nacional de Texas
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un miembro actual de una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 es dependiente de un ex miembro de uno de los siguientes:
 - 1) el ejército de los Estados Unidos
 - 2) la Guardia Nacional de Texas (Ejército, Guardia Aérea o Guardia del Estado)
 - 3) una fuerza de reserva en el ejército de los Estados Unidos
- El estudiante en el grado KG-12 era dependiente de un miembro de una fuerza militar o de reserva en el ejército de los Estados Unidos que murió en el cumplimiento del deber

Estudiante de Pre-kinder es:

- un dependiente de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, a quienes las autoridades competentes ordenan el servicio activo, o
- es hijo de un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva de las fuerzas armadas, que resultó herido o muerto mientras cumplía el servicio activo.

Nota: Un estudiante sigue siendo elegible para la inscripción si el padre del niño deja las fuerzas armadas o ya no está en servicio activo después de que el niño comienza una clase de prekinder

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre impreso del padre: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____



Enlighten. Inspire. Achieve.

Grado: _____ Escuela Anterior: _____

Nombre del Estudiante: _____

Teléfono Principal: _____ Correo Electrónico Principal: _____

Por favor, seleccione los programas que puedan aplicar a su hijo/a:

_____ Educación Especial _____ Servicios de Habla _____ 504 _____ Dislexia _____ ESL

_____ Dotado y Talentoso

¿Ha repetido su hijo/a algún grado alguna vez? _____ En caso que si, ¿cuál grado? _____

¿Alguna vez su hijo/a ha tenido un desempeño insatisfactorio en un instrumento de evaluación estatal, incluyendo STAAR, o en una prueba de preparación? _____ En caso que si, ¿cuál? _____

En el año escolar anterior, o en el año escolar actual, ¿ha sido expulsado/a su hijo/a o colocado/a en un programa de educación alternativa (AEP)?

En el último año, ¿ha sido referido/a su hijo/a al Departamento de Servicios Protectores y Reguladores (CPS), o está bajo la custodia del Departamento de Servicios Protectores y Reguladores?

En el año escolar anterior o en el año escolar actual, ¿ha residido su hijo/a en una institución de colocación residencial? Esto incluye: centros de detención, centros de tratamiento de abuso de sustancias, refugios de emergencia, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación o casas de acogida? _____ En caso que si, ¿cuál? _____

¿Alguno de los padres del niño/a ha estado encarcelado/a en una prisión federal o estatal?

Distrito Escolar Independiente de Hillsboro Tarjeta de Viajero del Autobús Escolar

Fecha: _____ AM _____ PM _____ Ambos _____

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular/Emergencia: _____

¿Su hijo/a necesita viajar en autobús a otra ubicación?

(Las únicas ubicaciones aprobadas son: Los abuelos o el estudiante deben estar inscritos en la ubicación de entrega: Boys & Girls Club, Tammy 's Learning, Candy Day Care.)

En caso de que sí, escriba la ubicación y la dirección a continuación.

Firma del Padre/Madre: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____

NOTA: Esta tarjeta debe ser aprobada antes de que su hijo/a pueda viajar en autobús.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Los estudiantes pueden acceder a un solo punto de recogida.

NOTA:

Esta tarjeta debe ser aprobada antes de que su hijo/a pueda viajar en autobús.

Una vez aprobada, el estudiante tendrá acceso al transporte (3) días hábiles después de que la oficina de transporte acepte el formulario de viaje.

Si tiene alguna pregunta sobre el transporte en autobús para su estudiante, comuníquese con la oficina correspondiente del campus.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Número de ID de estudiante: _____ Profesor/a: _____

Aprobado/a: ____ No aprobado/a: ____ Correo electrónico del padre/madre: ____ Skyward: ____

Credencial impresa: ____

Ruta del autobús: _____ Parada: _____ Color de la parada: _____

Hillsboro ISD Socioeconomic Information Form

CONFIDENTIAL

Nombre Estudiante _____ Estudiante Grado _____ Student Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la escuela _____ Identificación del estudiante _____

Hillsboro ISD se requiere para recolectar y reportar la situación socioeconómica de cada estudiante a la Agencia de Educación de Texas a los efectos de las clasificaciones anuales de rendición de cuentas del estado y para reportes federales. Tenga en cuenta que esta forma no se envía a la Agencia de Educación de Texas y que los niveles de ingresos indicados para su familia no son reportados a la Agencia de Educación de Texas. Sólo el estatus de desventaja económica de cada estudiante según lo determinado por la información proporcionada es reportado a la Agencia de Educación de Texas.

SECCIÓN A

¿Recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)? Sí No

¿Usted recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Sí No

Si su respuesta es Sí a cualquiera de los anteriores, omita la sección B y seguir la sección de la firma.

SECCIÓN B (Complete sólo si todas las respuestas en la sección A son NO)

¿Cuántos miembros están en el hogar (incluya todos los adultos y niños)? _____

TOTAL INGRESOS ANUAL ANTES DE DEDUCCIONES DE LOS **TODOS** MIEMBROS DE LA FAMILIA (marque una casilla más abajo): *Incluye sueldos, salarios, pagos de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, Seguridad Social, la compensación del trabajador, el desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (antes de cualquier tipo de deduc*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 – 28,953 | <input type="checkbox"/> \$59,479 – 69,653 | <input type="checkbox"/> \$100,179 – 110,353 | <input type="checkbox"/> \$151,053 – 161,228 |
| <input type="checkbox"/> \$28,953 – 39,128 | <input type="checkbox"/> \$69,654 – 79,828 | <input type="checkbox"/> \$110,354 – 130,703 | <input type="checkbox"/> \$161,229 – 171,403 |
| <input type="checkbox"/> \$39,129 – 49,303 | <input type="checkbox"/> \$79,829 – 90,003 | <input type="checkbox"/> \$130,704 – 140,878 | <input type="checkbox"/> \$171,404 – 181,578 |
| <input type="checkbox"/> \$49,304 – 59,478 | <input type="checkbox"/> \$90,004 – 100,178 | <input type="checkbox"/> \$140,879 – 151,053 | <input type="checkbox"/> \$181,578 and above |

ciones)

FIRMA por favor marque una de las dos casillas siguientes según corresponda. *de conformidad con lo dispuesto en la Protección de los Derechos del alumno (PPRA) ningún estudiante se exigirá, como parte de cualquier programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de EE.UU. de Educación, para someterse a una encuesta, análisis o evaluación que revele información referente a los ingresos (que no sea la requerida por la ley para determinar la elegibilidad para participar en un programa o para recibir ayuda financiera bajo tal programa), sin el consentimiento previo por escrito de la estudiante adulto, padre o tutor legal.*

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será clasificado para la rendición de cuentas sobre la base de la información que proporcione.

No optar por proporcionar esta información. Yo entiendo que el desembolso de la escuela de los fondos federales y clasificación de responsabilidad puede verse afectado por mi elección.

Nombre del padre / tutor
(impresión)

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Hillsboro Cuestionario de Pre-Kínder de elegibilidad

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor complete las preguntas a continuación para que podamos evaluar la elegibilidad de su estudiante para pre kínder:

¿Su hijo/hijastro es incapaz de hablar/comprender el idioma de inglés? Sí No

¿Su hijo/hijastro está actualmente sin hogar? Sí No

¿Es este estudiante el hijo / hijastro de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de Los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente reservado de las fuerzas armadas, ¿a quién se le ordena el servicio activo por la autoridad apropiada? Sí No

¿Es este estudiante el hijo / hijastro de un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluidas las fuerzas militares estatales o un componente reservado de las fuerzas armadas, que resultó herido o muerto mientras prestaba servicio activo? Sí No

- a. El término "miembro de las fuerzas armadas" incluye:
 - b. miembros uniformados en servicio activo (padres o tutores oficiales) del Ejército de los EE. UU., la Armada, el Cuerpo de Marines, la Fuerza Aérea o la Guardia Costera que tienen hijos elegibles que residen en Texas.
 - c. miembros uniformados activados o movilizados de la Guardia Nacional de Texas (ejército o guardia aérea), o miembros activados o movilizados de los componentes de reserva del Ejército de los EE. UU., la Armada, el Cuerpo de Marines, la Fuerza Aérea o la Guardia Costera que tienen niños elegibles que residen en Texas.
- Miembros del servicio uniformado que faltan en acción (MIA).

Además, para propósitos de elegibilidad para la inscripción en un programa PK, se considera que un niño es el hijo de un miembro de las fuerzas armadas si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- a. el niño es el hijo biológico o adoptado del miembro de las fuerzas armadas; o
- b. segundo. El niño es un hijastro del miembro de las fuerzas armadas.

¿Su hijo / hijastro alguna vez en la tutela del DFPS de Texas (cuidado de crianza) después de una audiencia adversa? Sí No

¿Es este estudiante el hijo o hijastro de una persona elegible para el Premio Estrella de Texas como: un oficial de paz, bombero o personal de emergencias médicas de emergencia? Sí No

¿Su hijo/ hijastro está en desventaja educativa (elegible para participar en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSPL)? Sí No

Si su respuesta es sí:

¿Cuántos miembros de la familia hay en su hogar? _____

¿Ingreso mensual bruto combinado de todos los miembros del hogar? _____

¿Recibe cupones de alimentos, TANF o beneficios gratuitos / reducidos de Medicaid? _____

Uso de oficina solamente: Best ISD Qualification Certified By:

Printed Name-District Employee	Signature of District Employee	Date



Hillsboro

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Enlighten. Inspire. Achieve.

Padre/Guardián:

La escuela Hillsboro Elementary va estar usando solo una hoja de permiso para todos los viajes de estudios en el pueblo. Todavía recibira informacion respecto a los viajes de estudios en el pueblo. Otra hoja de permiso será mandada separada para todos los viajes de estudios fuera del pueblo.

Por favor firme y regrese esta carta para que su hijo/a pueda participar en los viajes de estudios en el pueblo para el año escolar del 2025-2026.

Gracias!

Nombre del estudiante: _____ Nombre del maestro: _____

Yo doy permiso para que _____ participe en todos los viajes de estudios en el pueblo que serán hechos por la escuela Hillsboro Elementary durante el año escolar del 2025-2026.

También autorizó que el personal de la escuela supervisando las actividades/programas que administre tratamientos de emergencia en caso de un accidente o enfermedad actúe en mi lugar en proveer atención médica o dental. Esta autorización cubre cualquier viaje para y de las actividades especificadas, igual a todo el periodo de la actividad.

Por favor indique cualquier deber, alergias, medicamento, enfermedad o condición física que el personal supervisando tiene que ser consciente de:

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardián: _____



Hillsboro

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Enlighten. Inspire. Achieve.

Padre/Guardián:

La escuela Hillsboro Intermediate va estar usando solo una hoja de permiso para todos los viajes de estudios en el pueblo. Todavía recibira informacion respecto a los viajes de estudios en el pueblo. Otra hoja de permiso será mandada separada para todos los viajes de estudios fuera del pueblo.

Por favor firme y regrese esta carta para que su hijo/a pueda participar en los viajes de estudios en el pueblo para el año escolar del 2025-2026.

Gracias!

Nombre del estudiante: _____ Nombre del maestro: _____

Yo doy permiso para que _____ participe en todos los viajes de estudios en el pueblo que serán hechos por la escuela Hillsboro Intermediate durante el año escolar del 2025-2026.

También autorizó que el personal de la escuela supervisando las actividades/programas que administre tratamientos de emergencia en caso de un accidente o enfermedad actúe en mi lugar en proveer atención médica o dental. Esta autorización cubre cualquier viaje para y de las actividades especificadas, igual a todo el periodo de la actividad.

Por favor indique cualquier deber, alergias, medicamento, enfermedad o condición física que el personal supervisando tiene que ser consciente de:

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardián: _____



Hillsboro

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Enlighten. Inspire. Achieve.

Padre/Guardián:

La escuela Hillsboro Junior High va estar usando solo una hoja de permiso para todos los viajes de estudios en el pueblo. Todavía recibira informacion respecto a los viajes de estudios en el pueblo. Otra hoja de permiso será mandada separada para todos los viajes de estudios fuera del pueblo.

Por favor firme y regrese esta carta para que su hijo/a pueda participar en los viajes de estudios en el pueblo para el año escolar del 2025-2026.

Gracias!

Nombre del estudiante: _____ Nombre del maestro: _____

Yo doy permiso para que _____ participe en todos los viajes de estudios en el pueblo que serán hechos por la escuela Hillsboro Junior High durante el año escolar del 2025-2026.

También autorizó que el personal de la escuela supervisando las actividades/programas que administre tratamientos de emergencia en caso de un accidente o enfermedad actúe en mi lugar en proveer atención médica o dental. Esta autorización cubre cualquier viaje para y de las actividades especificadas, igual a todo el periodo de la actividad.

Por favor indique cualquier deber, alergias, medicamento, enfermedad o condición física que el personal supervisando tiene que ser consciente de:

Fecha: _____ Firma de Padre/Guardián: _____



Formulario de registro de teléfono celular para estudiantes de secundaria

Este formulario debe ser completado por los padres/tutores para el año escolar 2024-2025

Hillsboro ISD busca mejorar la comunicación entre educadores y estudiantes utilizando ParentSquare. Es la herramienta de comunicación del distrito que permite la comunicación instantánea con las familias, el personal y ahora con los estudiantes de secundaria.

Los padres y tutores deben completar este formulario para permitir que sus estudiantes de secundaria reciban comunicación de ParentSquare en el teléfono celular de sus estudiantes. Tenga en cuenta que el número de teléfono celular del estudiante no estará disponible para los miembros del personal. Los números se almacenarán en nuestro sistema de información estudiantil seguro y privado. Toda comunicación con los estudiantes se realizará únicamente a través de ParentSquare.

La comunicación de ParentSquare al teléfono celular del estudiante incluiría:

- Recordatorios de exámenes y tareas por parte de los profesores
- Anuncios del campus
- Comunicaciones y anuncios atléticos

Si desea permitir que su estudiante reciba comunicación en su teléfono celular, complete la siguiente sección:

Nombre del Estudiante: _____

Teléfono celular del estudiante: _____

Nombre del Padre de Familia / Tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Leah Deniston en la oficina administrativa al 254-582-8585.



Formulario de medios de Hillsboro ISD

Este formulario es para que los padres/tutores indiquen si su hijo Puede o no aparecer en fotos/videos o artículos publicados por HISD y/ o sus escuelas.

Tenga en cuenta: Este formulario no se aplica a los estudiantes que participan en eventos públicos, como competencias académicas, presentaciones, eventos deportivos o otras actividades extracurriculares extraescolares. Las fotos y los nombres de los estudiantes que participan en estos eventos podrían ser publicados por los medios de comunicación.

Fotos, artículos y vídeos de estudiantes

Publicado en medios impresos y electrónicos

El personal del Distrito Escolar Independiente de Hillsboro frecuentemente fotografía, filma y entrevista a los estudiantes de HISD en eventos y actividades escolares, con fines promocionales y publicitarios.

Esta información normalmente se publica en el sitio web de HISD y aparece en los canales de redes sociales de HISD, incluidos Facebook, YouTube e Instagram.

La información confidencial de los estudiantes no se comparte, pero se pueden publicar información y fotografías en sitios web, redes sociales y publicaciones de la siguiente manera:

- Los nombres y apellidos de los estudiantes pueden incluirse en noticias en el sitio web del Distrito o en las redes sociales páginas cuando se relaciona con la participación en actividades curriculares y escolares.
- Las fotografías pueden identificar a estudiantes individuales.

Consideraciones Especiales

- Este formulario no cubre la publicación de fotografías o nombres de estudiantes en los medios de comunicación.
- Este formulario no se aplica a anuarios, periódicos estudiantiles o otras publicaciones estudiantiles.
- Este formulario no se aplica a competencias deportivas, competencias académicas, presentaciones o eventos extraescolares.

Por favor seleccione si su hijo puede ser entrevistado, fotografiado o filmado, complete y firme el formulario.

- Incluya a mi hijo en artículos, fotografías o videos publicados en los sitios web o redes sociales del distrito incluyendo actividades en el aula, excursiones, entregas de premios, experimentos, días de espíritu...etc.
- No incluyan a mi hijo/a en ningún artículo, fotografía ni video publicado en los sitios web o redes sociales del distrito. Entiendo que mi hijo/a no aparecerá en fotos grupales en las aulas, excursiones, entregas de premios, etc.

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Grado _____ ID del estudiante # _____

Firma del padre o tutor

Fecha