

Guía de inscripción Registration Checklists

Todos los formularios están disponibles en la página web de Columbia Public Schools: www.cpsk12.org/enroll

All forms are available on the Columbia Public Schools webpage: www.cpsk12.org/enroll

Según la ley estatal, usted puede inscribir a su estudiante a tiempo completo o parcial en cursos ofrecidos a través del Missouri Course Access and Virtual School Program (MOCAP). Las opciones de cursos, orientación para padres y más información sobre el programa se pueden encontrar en <https://mocap.mo.gov/>. Los procesos de inscripción varían según si el estudiante se inscribe a tiempo parcial y qué proveedor elige la familia. Recomendamos a los padres y tutores que conversen sobre esta opción con el administrador de CPS Online para asegurarse de que el proceso sea adecuado y brinde la información necesaria para promover el éxito del estudiante. Under state law, you may enroll your student full-time or part-time in courses offered under the Missouri Course Access and Virtual School Program (MOCAP). Course options, parent guidance and more information about the program can be found at <https://mocap.mo.gov/>. Enrollment processes vary depending on whether the student is enrolling on a part-time basis and which vendor the family selects. We encourage parents and guardians to discuss this option with the CPS Online Administrator to ensure the process is supportive and provides the appropriate information to promote student success.

Los estudiantes que se inscriben en cursos a tiempo parcial o con ciertos proveedores deben utilizar el proceso regular de inscripción del distrito para la instrucción presencial, y se debe determinar si la inscripción es lo mejor para el interés del estudiante. Tenga en cuenta que los estudiantes que reciben servicios de educación especial deben obtener la aprobación del equipo de IEP antes de la inscripción. Consulte la Política IGCD del Distrito para más información. Students enrolling part-time in courses or with some vendors must use the district's regular enrollment process for in-seat instruction and a determination must be made on whether the enrollment is in the best interest of the student. Please note that students receiving special education services must receive approval from the IEP team prior to enrollment. See district Policy IGCD for more information.

Los estudiantes que se inscriben a tiempo completo con proveedores externos dejarán de ser estudiantes de Columbia Public Schools y podrán inscribirse directamente con el proveedor. Los estudiantes no recibirán un diploma de Columbia Public Schools. Consulte la Política IGCD del Distrito. Students enrolling full-time in hosted vendors will no longer be students of the Columbia Public Schools and may enroll directly with the vendor. Students will not receive a diploma from Columbia Public Schools. See district Policy IGCD.

Nuevos Estudiantes New Students

Formularios requeridos para nuevos estudiantes: Required Forms for New Students:

☐ Paquete de inscripción completo Completed Student Registration Packet

☐ Comprobante de fecha de Nacimiento Birth Record

Esto puede incluir, entre otros, certificado de nacimiento, pasaporte, visa o registro hospitalario. This can include but is not limited to a birth certificate, passport, visa or hospital record.

☐ Registro de Vacunación Record of Immunizations

Traiga el registro de vacunación de su hijo/a emitido por un médico o agencia de salud pública, que muestre las fechas completas de las vacunas. También puede presentar un formulario de exención del Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Missouri. Se requiere mes/día/año para todas las fechas de vacunación. La ley de Missouri exige que los niños tengan las vacunas correspondientes para poder inscribirse y asistir a la escuela. Si su hijo necesita vacunas, comuníquese con su médico o con el Departamento de Salud Pública de Columbia-Boone County al 573-874-7249. Bring your child's immunization record from a physician or public health agency showing completed dates of immunizations. You may also submit an exemption form from the Missouri Department of Health and Senior Services. Month/day/year is required for all immunization dates. Missouri law requires proper immunizations for children to enroll and attend school. If immunizations are needed, contact your physician or the Columbia-Boone County Public Health Department at 573-874-7249.

- ☐ **Comprobante de residencia del padre/tutor es obligatorio, a menos que su estudiante tenga estatus McKinney-Vento** Parent/Guardian Proof of Residence is Required, unless your student falls under McKinney-Vento Status

Se acepta como comprobante de residencia: documentación de compra de una vivienda nueva (dentro de los 30 días posteriores al cierre), un contrato de alquiler vigente, factura actual de servicios públicos (gas, agua o electricidad), o una carta notariada del propietario de la residencia donde vive la familia junto con la prueba legal de residencia del propietario. Acceptable proof of residence is closing documentation of a new home (within 30 days of close), an active real estate lease, current utility bill (gas, water or electric), or a notarized letter from the owner of a residence with whom the family is living along with the owner's legal proof of residence.

- ☐ **Documentos de guarda temporal o tutela legal ordenada por la corte (si corresponde)** Foster Care or Court-Ordered Legal Guardianship documents (if applicable)

***Este listado se ofrece para su conveniencia. Por favor, revise las instrucciones en los formularios o comuníquese con su escuela para obtener más información.** This checklist is provided for your convenience. Please review instructions on the forms or contact your school for further information.

Reinscripción de Estudiantes Returning or Existing Students

Formularios requeridos para estudiantes que regresan o ya inscritos: Required Forms for Returning or Existing Students:

- ☐ **Paquete de inscripción completo** Completed Student Registration Packet
- ☐ **Comprobante de residencia del padre/tutor (puede ser requerido, a menos que su estudiante tenga estatus McKinney-Vento)** Parent/Guardian Proof of Residence may be required, unless your student falls under McKinney-Vento Status
- Se acepta como comprobante de residencia: documentación de cierre de una vivienda nueva (dentro de los 30 días), un contrato de alquiler vigente, factura actual de servicios públicos (gas, agua o electricidad), o una carta notariada del propietario de la residencia donde vive la familia junto con la prueba legal de residencia del propietario. Acceptable proof of residence is closing documentation of a new home (within 30 days), an active real estate lease, current utility bill (gas, water or electric), or a notarized letter from the owner of a residence with whom the family is living along with the owner's legal proof of residence.
- ☐ **Documentos de guarda temporal o tutela legal ordenada por la corte (si corresponde y no están actualmente en el archivo)** Foster Care or Court-Ordered Legal Guardianship documents (if applicable and not currently on file)

***Este listado se ofrece para su conveniencia. Por favor, revise las instrucciones en los formularios o comuníquese con su escuela para obtener más información.** This checklist is provided for your convenience. Please review instructions on the forms or contact your school for further information.

English: Free – Language interpreting is available for parents/guardians and students who require it. If you require an interpreter, please inform your student’s teacher or school, and we will arrange for an interpreter to assist you. If we do not have a CPS interpreter for your language, we will work to find someone who can help.

Arabic: يُوفّر ترجمة اللغة للوالدين/الأوصياء والطلاب الذين يحتاجون إليها. إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري، فيرجى إبلاغ معلم الطالب أو المدرسة، وستتولى توفير مترجم فوري لمساعدتك. إذا لم يكن لدينا مترجمًا فوراً في مدارس كولومبيا العامة، فسنعمل على إيجاد شخصاً يمكنه المساعدة.	Hindi: विद्यार्थी और उनके पररिार को भाषा अनुिाद की सुविधा उपलब्ध है। अगर आपको भाषा अनुिाद की आश्यकता हो तो विद्यार्थी के स्कूल या अध्यापक से संपर्क करे, और फिर हम आपकी मदद के ललए अनुिादक का प्रबंध करेंगे। अगर कोलंबबया पब्लिक स्कूल के पास आपकी भाषा के अनुिादक नहं है तो हम फकसी की मदद लेंगे जो आपकी भाषा में मदद	Spanish: GRATIS – Hay servicios de interpretación disponibles para padres/tutores y estudiantes que los requieran. Si necesita un intérprete, por favor informe al maestro de su hijo/a o a la escuela, y haremos los arreglos necesarios para que un intérprete le ayude. Si no tenemos un intérprete de CPS para su idioma, trabajaremos para encontrar a alguien que pueda ayudarle.
Bosnian: Besplatno -- Jezično tumačenje (prevodjenje) je dostupno za roditelje/staratelje i učenike kojima je potrebno. Ako vam je potreban tumač, obavijestite nastavnika svog djeteta ili školu i mi ćemo se pobrinuti da Vam tumač pomogne. Ako nemamo CPS tumača za Vaš jezik, potrudimo se da pronademo nekoga ko Vam može pomoći.	Cambodian-Khmer: គម្រឹកស្តី - សេវាកម្មបំភាសាអាចមានសម្រាប់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល និងសិស្សដែលត្រូវការ។ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែសម្រាប់ជនជាតិខ្មែរ ឬសាលារៀនរបស់សិស្សរបស់អ្នក ហើយយើងមិនទាន់មានអ្នកបកប្រែដើម្បីជួយអ្នក។ ប្រសិនបើយើងមិនមានអ្នកបកប្រែ CPS សម្រាប់ភាសារបស់អ្នកទេ យើងនឹងស៊ើបអង្កេតស្វែងរកនរណាម្នាក់ដែលអាចជួយបាន។	Swahili: Ukalimani wa lugha upo kwa wazazi/walezi na wanafunzi wanaouhitaji. Ikiwa unamhitaji mkalimani, tafadhali fahamisha mwalimu wa mwanafunzi wako au shule na tutaweka mipango ya mkalimani ili akusaidie. Ikiwa hatuna mkalimani wa CPS wa lugha yako, tutajitahidi kumpata anayeweza kusaidia.
Burmese: အခမဲ့ - မိဘ/အုပ်ထိန်းသူများနှင့် လိုအပ်သော ကျောင်းသားများအတွက် ဘာသာစကားပြန်ဆိုင်ခြင်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်သည် စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါက သင့်ကျောင်းသား၏ ဆရာ သို့မဟုတ် ကျောင်းသို့ အကြောင်းကြားပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား ကူညီရန် စကားပြန်တစ်ဦးကို စီစဉ်ပေးပါမည်။ သင့်ဘာသာစကားအတွက် CPS စကားပြန်မှီပါက ကူညီပေးနိုင်သူတစ်ဦးကို ရှာဖွေရန် ကျွန်ုပ်တို့ လုပ်ဆောင်ပါမည်။	Kinyarwanda: Kubantu - Gusemura indimi bikorerwa abavyeyi/abarezi bemewe n'amategeko n'abanyeshuri bamukeneye. Niba ukeneye umusemuzi, nyamuneka bimenyeshe umwarimu w'umunyeshuri wawe cyangwa ishuri, maze tuzagushakire umusemuzi uzagufasha. Niba tudafite umusemuzi muri CPS usemura ururimi rwawe, tuzakora uko dushoboye tukubonere umuntu ushobora kugufasha.	Tigrinya: ገዢልዮም ወለዲ/ሓብሐብቲን ተማሃሮን ናይ ትርኩም ኣገልግሎት ኣሎ። ተርጓሚ እንተድልይኩም ብኸብረትኩም ንምምህር ወይ ድማ ቤት ትምህርቲ ውለድኩም ኣፍልጡ እቲ ተርጓሚ ንኺገግዝኩም ክነጻጽሩ ኣሉና። ንቋንቋኹም CPS ተርጓሚ ዘይብልኩም እንተኾይኑ ክእግዝኩም ዝኽእል ሰብ ንምርካብ ክንፀፅር ኣሉና።
Chinese: 可应要求，给父母/监护人提供语言口译员服务。如果请求口译员服务，请告知您的学生的老师或学校。而我们将会安排口译员协助您。如果我们没有您对应语言的 CPS 口译员，我们将会努力寻找一些可以帮助您的人员。	Kirundi: Ku buntu -- Igikorwa co guhindurira indimi abavyeyi/abarezi bemewe n'amategeko kiraboneka no ku banyeshure babisaye. Nimba urondera umuhinduzi, nyabuna bimenyeshe umwarimu w'umunyeshure wawe canke ishure, maze tuzokuronderere umuhinduzi wo kugufasha. Nimba tudafise umuhinduzi wa CPS uhindura ururimi rwawe, tuzokora uko dushoboye tukuronderere umuntu ushobora kugufasha.	Urdu: جن والدین/سرپرست اور طلباء کو اس کی ضرورت ہے ان کے لیے زبان کے ترجمے کی خدمت دستیاب ہے۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم اپنے طالب علم کے استاد یا اسکول کو مطلع کریں اور ہم آپ کی مدد کرنے کے لیے ایک مترجم کا انتظام کر دیں گے۔ اگر ہمارے پاس آپ کی زبان کے لیے کوئی CPS مترجم نہیں ہوگا، تو ہم کسی ایسے شخص کو تلاش کرنے کی کوشش کریں گے جو مدد کر سکے۔
French: Gratuitement - Nous offrons des services d’interprétation aux parents/tuteurs et aux élèves qui en expriment le besoin. Si vous avez besoin de services linguistiques, veuillez-en informer l’enseignant ou l’établissement que votre enfant fréquente, et nous vous fournirons les services d’un interprète. Dans l’éventualité où nous n’aurions pas déjà un interprète CPS parlant votre langue, nous ferons tout notre possible pour trouver quelqu’un.	Korean: 통역이 필요한 학부모/후견인 및 학생에게는 통역 서비스가 제공됩니다. 통역사가 필요하신 경우에는 학생의 선생님이나 학교에 알려주시면 통역사가 도움을 드릴 수 있도록 하겠습니다. 사용하시는 언어에 대해서 CPS 통역사가 없는 경우에는 도움을 드릴 수 있는 사람을 찾아 볼 것입니다.	Vietnamese: MÌẾN PHÍ - Có sẵn dịch vụ thông dịch cho phụ huynh/người giám hộ và học sinh có nhu cầu. Nếu bạn cần thông dịch viên, vui lòng thông báo cho giáo viên hoặc trường học của học sinh và chúng tôi sẽ sắp xếp thông dịch viên để hỗ trợ bạn. Nếu chúng tôi không có một thông dịch viên CPS cho ngôn ngữ của bạn, chúng tôi sẽ làm việc để tìm một người có thể giúp đỡ.
Gujarati: ભાષા અનુવાદ એવા માતાપિતા/વાલીઓ અને પવધાર્થીઓ માટે ઉલ્લખ્ય છે જેમને તેની જરૂર છે. જો તમને કોઈ દુભાષણયાની જરૂર હોય, તો કૃિા કરીને તમારા પવધાર્થીના પિક્શક અર્થવા િળાને જાણ કરો, અને અમે તમારી સહાય કરવા માટે દુભાષણયાની વ્યવસ્થા કરીશું. જો અમારી િાસે તમારી ભાષા માટે કોઈ CPS દુભાષણયા ન હોય, તો અમે તમને મદદ કરી િકે તેવા કોઇ વ્યક્તતને િંધવા માટે કામ કરીશું.	Portuguuese: Gratuitamente - Disponibilizamos interpretação em outros idiomas para os pais/responsáveis que precisam. Se você precisar de um intérprete, informe ao professor ou à escola, e providenciaremos um intérprete para ajudá-lo(a). Se não tivermos um intérprete CPS para o seu idioma, buscaremos alguém que possa ajudar.	Somali: BILAASHA - Turjumaada luqadda waxaa loo heli karaa waalidka/masuulada iyo ardayda u baahan iyadda. Haddii aad u baahantahay turjubaan, fadlan ku wargeli macalinka ardaygaaga ama dugsigaa, ama waxaanu habbayn doonaa turjubaan si uu kuu caawiyo. Haddii aanaan haysan turjubaanka CPS ee luqaddaada, waxaanu ka shaqayn doonaa inaanu helno qof ku caawin kara.

[illegible]

Este formulario debe ser completado por el tutor legal actual del(los) estudiante(s) incluido(s). Si usted es tutor legal por orden judicial o padre/madre con guarda temporal, por favor proporcione la documentación correspondiente además de este formulario. This form must be completed by the current legal guardian of the student(s) included. If you are a court-ordered legal guardian or foster parent, please provide supporting documentation in addition to this form.

Hogar principal del Estudiante Student Primary Household:

Dirección física actual Current physical address: _____

Dirección postal (si es diferente): Mailing address (if different): _____

Si tiene un hijo de entre 3 y 21 años y se ha mudado de un distrito escolar a otro dentro de los últimos tres (3) años, es posible que su hijo sea elegible para un programa especial de servicios suplementarios. Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si su hijo es elegible. If you have a child aged 3 to 21 years and you have moved from one school district to another school district within the past three (3) years, your child may be eligible for a special program of supplemental services. Please answer the following questions to help us determine if your child is eligible.

¿Se han mudado de un distrito escolar a otro durante los últimos tres años porque el padre/madre o tutor trabaja en algún tipo de empleo agrícola temporal o de temporada? Have you moved from one school district to another during the past three years because the parent/guardian is employed in some form of temporary or seasonal agricultural related work? ☐ SÍ YES ☐ NO NO

En los últimos tres (3) años, ¿ha trabajado o trabaja actualmente en alguna de estas áreas? Si la respuesta es sí, marque el tipo de trabajo (todas las opciones que correspondan): In the last three (3) years, have you worked or are you currently working in any of these areas? If yes, please check the type of work (all that apply):

☐ Trabajo en vivero (plantas)
Work in a nursery (plants)

☐ Siembra o cosecha de cultivos
Planting or harvesting crops

☐ Ordeño de vacas en una granja lechera
Milking cows on a dairy farm

☐ Cultivo/Cuidado de árboles para la venta
Growing/tending trees for sale

☐ Alimentación de aves de corral, recolección de huevos o trabajo en una incubadora
Feeding Poultry, gathering eggs, working in a hatchery

☐ Procesamiento de carne, aves, frutas, verduras o productos lácteos
Processing meat, poultry, fruit, vegetables, dairy products

☐ Pesca comercial o trabajo en una granja acuícola
Commercial fishing or work on a fish farm

☐ OTRO OTHER: _____

Lugar de empleo del padre/madre o tutor Parent/Guardian's place of employment: _____

Información del padre/madre o tutor: Parent/Guardian Information

Tutor #1 – Nombre Guardian #1 Name: _____ Fecha de nacimiento: Date of birth: _____

Tutor #1 – Género Guardian #1 Gender: _____ Relación con estudiante(s) Relationship to student(s): _____

Tutor #1 – Teléfono Guardian #1 Phone: _____ (casa)(home) _____ (celular)(cell) _____ (trabajo)(work)

Tutor #1 – Correo electrónico: Guardian #1 email: _____

Tutor #1 – Dirección Guardian #1 Address: _____

Prioridad en caso de emergencia (marque una): Emergency Priority (circle one): **#1** ó **#2**

Tutor #2 – Nombre Guardian #2 Name: _____ Fecha de nacimiento: Date of birth: _____

Tutor #2 – Género Guardian #2 Gender: _____ Relación con estudiante(s) Relationship to student(s): _____

Tutor #2 – Teléfono Guardian #2 Phone: _____ (casa)(home) _____ (celular)(cell) _____ (trabajo)(work)

Tutor #2 – Correo electrónico: Guardian #2 email: _____

Tutor #2 – Dirección Guardian #2 Address: _____

Prioridad en caso de emergencia (marque una): Emergency Priority (circle one): **#1** ó **#2**

Información sobre el idioma del padre/madre o tutor: Parent/Guardian Language Information:

1. Idioma de correspondencia para padres/tutores (por favor elija uno): ¿En qué idioma prefieren los padres/tutores (familia) recibir la comunicación de la escuela, si es posible? Language of Correspondence for Parents / Guardians (please choose one): In which language do the parents/guardians (family) prefer to receive communication from the school, if possible?

Marque **uno**: Inglés Árabe Chino Suajili Español Coreano Otro: _____
Circle **one**: English Arabic Chinese Swahili Spanish Korean Other

2. ¿Alguno de los padres o tutores habla un idioma distinto del inglés? **SÍ / NO**

Does at least one parent or guardian speak a language other than English? YES/ NO

3. Nombre del padre/madre o tutor #1: _____

Parent/Guardian #1 Name

¿Cuál es su lengua materna? _____

What is your first/native language?

¿Necesita un intérprete, si está disponible? **SÍ / NO**

Do you need a language interpreter, if available? YES / NO

¿Lee en su lengua materna? Do you read in your native language?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Escribe en su lengua materna? Do you write in your native language?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Habla y entiende inglés? Do you speak & understand English?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Lee en inglés? Do you read in English?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Escribe en inglés? Do you write in English?	SÍ Yes	Algo Some	No No

Otros idiomas que habla o comprende: _____

List other language(s) you use or understand

4. Nombre del padre/madre o tutor #2: _____

Parent/Guardian #1 Name

¿Cuál es su lengua materna? _____

What is your first/native language?

¿Necesita un intérprete, si está disponible? **SÍ / NO**

Do you need a language interpreter, if available? YES / NO

¿Lee en su lengua materna? Do you read in your native language?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Escribe en su lengua materna? Do you write in your native language?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Habla y entiende inglés? Do you speak & understand English?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Lee en inglés? Do you read in English?	SÍ Yes	Algo Some	No No
¿Escribe en inglés? Do you write in English?	SÍ Yes	Algo Some	No No

Otros idiomas que habla o comprende: _____

List other language(s) you use or understand

Contactos de Emergencia: Emergency Contacts:

Siempre se listarán a los padres/tutores como prioridad #1 y #2. Por favor, proporcione al menos UN contacto de emergencia adicional aparte de un tutor. Al incluir un contacto de emergencia, usted acepta que Columbia Public Schools comparta información con esta persona respecto a la emergencia, incluso si forma parte del expediente del estudiante. Por favor, liste los contactos de emergencia en el orden en que desea que sean contactados después de intentar comunicarse con los padres/tutores: We will always list guardians as #1 and #2 priority. Please provide at least ONE emergency contact besides a guardian. By listing an emergency contact, you agree to allow CPS to release information to the contact regarding the emergency, even if it is part of a student record. Please list the emergency contact(s) in the order you would like them to be contacted after parent contact is attempted:

#1: Nombre: _____	Género: _____	Relación: _____
Name	Gender	Relationship
Teléfono : _____	Correo electrónico (opcional): _____	
Phone	Email (optional)	
#2: Nombre: _____	Género: _____	Relación: _____
Name	Gender	Relationship
Teléfono : _____	Correo electrónico (opcional): _____	
Phone	Email (optional)	
#3: Nombre: _____	Género: _____	Relación: _____
Name	Gender	Relationship
Teléfono : _____	Correo electrónico (opcional): _____	
Phone	Email (optional)	

En caso de emergencia, si no se puede contactar a un padre/madre o tutor, llamaremos a uno de los contactos listados. Se requerirá una identificación válida antes de que el estudiante sea retirado por un contacto de emergencia. In an emergency, if a parent/guardian cannot be contacted, we will call one of the contacts listed. Proper identification will be required before a student is released to an emergency contact.

Estudiantes en el mismo hogar principal: Students with the same Primary Household

Hermano/a #1: Sibling #1

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Inscrito en CPCPS: Sí/ No
Name	Date of Birth	Enrolled/enrolling in CPS: Yes / No

Hermano/a #2: Sibling #2

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Inscrito en CPCPS: Sí/ No
Name	Date of Birth	Enrolled/enrolling in CPS: Yes / No

Hermano/a #3: Sibling #3

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Inscrito en CPCPS: Sí/ No
Name	Date of Birth	Enrolled/enrolling in CPS: Yes / No

Hermano/a #4: Sibling #4

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Inscrito en CPCPS: Sí/ No
Name	Date of Birth	Enrolled/enrolling in CPS: Yes / No

Hermano/a #5: Sibling #5

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	Inscrito en CPCPS: Sí/ No
Name	Date of Birth	Enrolled/enrolling in CPS: Yes / No

Note to CPS Staff: Please print applications single-sided. If all household information above is identical for multiple students, you may copy pages #1, #2 and #3 to attach to student section for additional students in that household.

¿Es esta inscripción para un (marque uno): Is this registration for a (check one)

_____ Estudiante nuevo
New Student

_____ Estudiante que regresa
Returning Student

_____ Estudiante existente
Existing Student

Solo para los grados 9°-12°: Indique si su estudiante planea asistir **únicamente** al Columbia Area Career Center y **NO** a una Escuela Secundaria de Columbia Public Schools. Grades 9th-12th only: Please indicate if your student plans to **ONLY** attend the Columbia Area Career Center and **NOT** a Columbia Public Schools High School. _____ SI (YES) _____ NO (NO)

Información del estudiante Student Information

Apellido Legal: _____ Nombre legal: _____
Legal Last Name Legal First Name

Apodo: _____ Fecha de nacimiento(MM/DD/AAAA): _____
Nickname Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Género Legal: Masculino/ Femenino
Legal Gender: Male / Female

Pronombres preferidos: El/el He/Him

Ella/ella She/Her

Ellos/Ellas They/Them

Escuela de inscripción: _____ Grado: _____ ID del Estudiante: _____
Enrollment Building Grade Student ID

País de nacimiento: _____ Estado: _____ Ciudad, pueblo o provincia: _____
Birth Country Birth State Birth City, Town or Province

Fecha de ingreso a EE. UU. (si no nació en EE. UU.): _____
Date of U.S. Entry (if not born in the U.S.)

Primera fecha de ingreso a una escuela en EE. UU. (si no nació en EE. UU.): _____
First Date Entered U.S. School (if not born in the U.S.)

¿Se identifica como refugiado o ha recibido estatus de refugiado por el gobierno de EE. UU., si nació fuera de EE. UU.? _____ SÍ _____ NO

Do you identify as a refugee, or have you been given refugee status through the U.S. government, if you were born outside of the U.S.? _____ YES _____ NO

Guarda temporal: ¿Este estudiante está en guarda temporal? _____ SÍ _____ NO
Foster Placement: Is this student in Foster Care? YES NO

Si la respuesta es sí, fecha aproximada en que el estudiante fue puesto bajo su guarda: _____
If yes, approximate date this child was placed with you

Raza / Etnia Race/Ethnicity

El gobierno federal requiere que las instituciones educativas recopilen y reporten información sobre etnia y raza. Si el estudiante es de origen hispano o latino, por favor seleccione también la(s) raza(s) con la(s) que más se identifica. The federal government requires educational institutions to collect and report both ethnicity and race information. If this student is of Hispanic or Latino origin, please also select the race(s) with which they identify most closely.

Hispano/Latino Hispanic/Latino: _____ SI _____ NO
YES NO

Marque todas las opciones que correspondan:

Please check all that apply

_____ Indígena americano o nativo de Alaska American Indian or Alaska Native

_____ Asiático Asian

_____ Negro o Afroamericano Black or African American

_____ Nativo hawaiano u otra isla del Pacífico Native Hawaiian or Other Pacific Islander

_____ Blanco White

Transporte en Autobus: Bus Information

Por favor, indíquenos si su hijo/a necesitará transporte en autobús durante el año escolar. Please let us know if your child will need bus transportation for the school year.

Mi estudiante necesita autobús para ir y/o regresar de la escuela este año: _____ SÍ _____ NO

My student needs a bus to get to and/or from school this year: _____ YES _____ NO

Si la respuesta es sí, indique: hacia la escuela, desde la escuela o ambos:

If yes, please indicate to school, from school or both:

_____ hacia la escuela to school _____ desde la escuela from school _____ ambos both

¿Su hijo/a necesitará servicio de autobús hacia/desde alguna otra dirección? _____ SÍ _____ NO

Will your child need bus services to/from any other addresses? _____ YES _____ NO

Si la respuesta es sí, indique: hacia la escuela, desde la escuela o ambos:

If yes, please indicate to school, from school or both:

_____ hacia la escuela to school _____ desde la escuela from school _____ ambos both

Si la respuesta es sí, indique la dirección alternativa: _____

If yes, what is the alternate address

**Sólo se pueden usar direcciones que estén dentro del área de asistencia de la escuela del estudiante para rutas alternativas.*

**Only addresses that are in the same attendance area as the student's attendance building may be used for alternate routes.*

**El programa de "Pay Ridership" es una opción para familias que no califican para transporte del distrito, debido a que su residencia está dentro de un radio de 1 milla (KD-8) o 2 millas (9-12) de la escuela. *Pay Ridership is an option for families that are ineligible for district transportation, due to their residence being within 1-mile (KD-8) or 2-mile (9-12) radius of their school.*

Vivienda: Housing

1. ¿Actualmente está viviendo con un amigo o familiar debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar? Are you currently living with a friend or family member due to loss of housing, economic hardship, domestic violence, or similar reason?

_____ SÍ YES

_____ NO NO

Si la respuesta es sí, por favor explique If yes, please explain: _____

2. ¿Actualmente reside en un motel, hotel, parque de casas rodantes o camping debido a la falta de alternativas de vivienda adecuadas? Are you currently residing at a motel, hotel, or camping ground in an RV/trailer due to the lack of alternative adequate accommodation?

_____ SÍ YES

_____ NO NO

3. ¿Vive usted actualmente en un automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, estación de autobús o tren, o entorno similar? Are you currently living in a car, park, public space, abandoned building, bus or train station, or similar setting?
☐ SI YES
☐ NO NO
4. ¿Actualmente reside en un refugio de emergencia o transitorio? Are you currently residing in an emergency or transitional shelter?
☐ SI YES
☐ NO NO
5. ¿Actualmente reside en una vivienda u otro lugar con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)? Are you currently living in a residence or other place with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.)?
☐ SI YES
☐ NO NO

Servicios de Educación Especial: Student Special Services

1. ¿Tiene este estudiante, o ha tenido alguna vez, un Plan Educativo Individualizado (IEP) para servicios de educación especial? Does this student have, or has this student ever had, an Individual Education Plan (IEP) for special education services?
☐ SI YES
☐ NO NO
 Si la respuesta es sí, por favor describa los servicios y entregue una copia del IEP vigente a la escuela If yes, please describe the services and provide a copy of the current IEP to the school: _____

2. ¿Este estudiante tiene o ha tenido alguna vez un plan 504? Does this student have, or has this student ever had, a 504 Plan?
☐ SI YES
☐ NO NO
 Si la respuesta es sí, por favor explique: If yes, please explain _____

3. ¿Recibe este estudiante otros servicios especiales, como refuerzo de lectura, Título I, consejería frecuente, etc.? Does this student receive other special services such as remedial reading, Title I, frequent counseling, etc.?
☐ SI YES
☐ NO NO
 Si la respuesta es sí, por favor describa: If yes, please describe: _____

4. ¿Este estudiante recibe algún apoyo de agencias comunitarias como Boone County Family Resources, Thompson Center, agencias de salud mental, etc.? Does this student receive any support from community agencies such as Boone County Family Resources, Thompson Center, mental health agencies, etc.?
☐ SI – agencias comunitarias YES - community agencies
☐ NO – agencias comunitarias NO - community agencies
 Si la respuesta es sí, por favor describa: If yes, please describe _____

5. ¿Su hijo/a ha calificado previamente para recibir servicios de estudiantes con altas capacidades en otro distrito escolar? Has your child previously qualified for gifted/talented services in another school district?
☐ SI – identificado como estudiante con altas capacidades YES – identified as gifted
☐ NO – No identificado como estudiante con altas capacidades NO - not identified as gifted

Idioma del Estudiante: Student Language Information

1. ¿Cuál fue el primer idioma del estudiante (lengua materna / idioma del hogar)? _____
What was this student's first language (native/home language)?

Si no es inglés, ¿cómo utiliza el estudiante su lengua materna? (marque **una** opción)

If not English, how does this student use their first language? (select one)

_____ Se comunica solo en su lengua materna y no en inglés

Communicates in only native language and no English

_____ Se comunica principalmente en su lengua materna y algo de inglés

Communicates mostly in native language and some English

_____ Se comunica por igual en lengua materna e inglés

Communicates in native and English languages equally

_____ Se comunica principalmente en inglés y algo en lengua materna

Communicates mostly in English and some of the native language

_____ Se comunica solo en inglés

Communicates only in English

2. ¿Qué idioma escucha y entiende el estudiante en casa (qué idioma hablan principalmente los adultos en el hogar)? _____
What language does this student hear and understand at home (which language do the adults in the student's home mostly speak)?

3. ¿Qué idioma usa/habla principalmente el estudiante en casa y con amigos? _____
What language does this student mostly use/speak at home and with friends?

4. ¿El estudiante ha recibido alguna vez servicios de Inglés como Segundo Idioma (ESL/ELL)? _____
Has this child ever received English as a Second Language (ESL/ELL) services?

_____ SI YES _____ NO NO

Información sobre la escuela anterior (para estudiantes que se transfieren desde otro distrito):
Previous School Information (students transferring from out of district):

Último año: Last year

Escuela: School _____

Ciudad, Estado, País: City, State, Country _____

Teléfono: Phone _____

Hace 2 años, si fue diferente: 2 Years Ago, if different

Escuela: School _____

Ciudad, Estado, País: City, State, Country _____

Teléfono: Phone _____

¿El estudiante está actualmente suspendido o expulsado de otra escuela? Is your student currently suspended or expelled from another public, private or parochial school?

_____ SI YES

_____ NO NO

Si la respuesta es sí, indique la(s) fecha(s) de la suspensión o expulsión y especifique la escuela y el distrito: If yes, please provide the date(s) of suspension or expulsion and specify the school and district

¿El estudiante ha repetido grado alguna vez? Has this student ever been retained or held back a grade?

_____ SI YES

_____ NO NO

Si la respuesta es sí ¿Cuál fue el último grado que repitió? _____

If yes, what was the most recent grade level in which they were retained?

Nombre del estudiante: _____

Student Name

Los reconocimientos y las opciones de exclusión se deben actualizar anualmente. Acknowledgements and Opt-Outs must be updated annually.

Marque la casilla a continuación para excluir a su hijo/a de lo siguiente: Check the box below to opt your child OUT of the following

Exclusión Militar: solo aplica a estudiantes 9°, 10°, 11° o 12° grado **Military Opt-Out:** only intended for students in grade 9, 10, 11 or 12

La ley federal requiere que los distritos escolares proporcionen cierta información a los reclutadores militares. El distrito escolar debe proporcionar, si los reclutadores militares lo solicitan, acceso a los nombres, direcciones y números de teléfono de los estudiantes de secundaria, a menos que los padres indiquen lo contrario. Federal law requires that school districts provide military recruiters with certain information. The school district must provide, upon request by military recruiters, access to high school students' names, addresses, and telephone listings, unless the parent requests otherwise.

• **Consentimiento:** El estudiante de secundaria (si tiene 18 años) o el padre/madre del estudiante puede solicitar que el nombre, dirección y número de teléfono del estudiante NO sean divulgados a los reclutadores militares. Consent – The high school student (if 18 years old) or the parent of the student may request that the student's name, address, and telephone listing NOT be released to military recruiters.

• **Acceso a los estudiantes:** Cada distrito debe proporcionar a los reclutadores militares el mismo acceso a los estudiantes de secundaria que ofrece (en general) a instituciones de educación superior, colegios comunitarios y posibles empleadores. Access to students – Each district shall provide military recruiters the same access to high school students as it provides (in general) to higher education institutions, community colleges, and prospective employers.

Si no desea que el nombre, dirección y número de teléfono de su estudiante sean proporcionados a los reclutadores militares, indique su preferencia aquí. DEBE recibirse antes del 30 de septiembre de cada año. If you do not want your student's name, address and telephone listing released to military recruiters, please indicate that preference here. MUST be received before Sept 30th annually.

☐ **NO divulgue la información de este estudiante para reclutamiento militar.** Do NOT release my student's information for military recruitment.

Por favor, firme con sus iniciales cada línea para reconocer lo siguiente:

Please initial each of the lines to acknowledge the following

____ Reconozco que puedo acceder a la información sobre Seguridad en el autobús/Reglas, Consejos para caminar de forma segura a la escuela y otra información importante sobre transporte en la página web de Columbia Public Schools: I acknowledge that I can access the Bus Safety/Rules, Tips for Walking Safely to School and other important transportation information on the Columbia Public Schools website <https://www.cpsk12.org/departments/transportation>

____ Reconozco que Columbia Public Schools solicitará los registros de escuelas anteriores como parte del proceso de inscripción. I acknowledge that Columbia Public Schools will request records from previous schools as part of the enrollment process.

____ Reconozco los siguientes planes de atención de emergencia para alergias y asma, que se encuentran en la página web de Columbia Public Schools: I acknowledge the following Emergency Allergy and Asthma Care plans that can be found on the Columbia Public Schools website <https://www.cpsk12.org/departments/health-services/resources>

Alergias/Anafilaxis En caso de un episodio de anafilaxis, cuando se pueda desencadenar una reacción alérgica por la picadura de insecto, alergia a medicamentos o alimentos, o un alérgeno desconocido, se podrá administrar difenhidramina (Benadryl®) o epinefrina autoinyectable a los estudiantes. Se notificará al Servicio de Emergencias Médicas (911) si se administra epinefrina.

Allergy/Anaphylaxis In the event of an anaphylaxis episode, when an allergic reaction may be triggered by an insect bite, drug or food allergy or an unknown allergen, diphenhydramine (Benadryl®) and/or epinephrine may be administered to students. EMS (911) will be notified if epinephrine is administered.

Asma En caso de un episodio de asma grave en el que un estudiante no responda a su medicamento de alivio rápido inicial o no tenga suministro en la escuela, se tomarán medidas inmediatas. Se notificará al Servicio de Emergencias Médicas (911) si persisten los signos de dificultad respiratoria y se administrará albuterol.

Asthma In the event of a severe asthma episode where a student does not respond to his/her initial quick relief medication, or does not have a supply at school, immediate action will be taken. EMS (911) will be notified with continued signs of respiratory distress and albuterol will be administered.

____ Reconozco que tengo acceso a la información, normas y código de conducta incluidos en el Manual del Estudiante. Entiendo que el manual puede consultarse electrónicamente en www.cpsk12.org -> Recursos familiares -> Manual del Estudiante y que también hay copias impresas disponibles en cada escuela. Entiendo que el manual contiene información que mi estudiante y yo podemos necesitar durante el año escolar. Entiendo que las escuelas deben ser un lugar seguro y que todos los estudiantes serán responsables de su conducta. Además de describir las normas y códigos de conducta, el manual también es una fuente de información para nuestras familias.

La Junta Escolar recomienda revisar la sección informativa del manual del estudiante sobre la importancia del almacenamiento seguro de armas de fuego en el hogar. Fomentamos la seguridad tanto en la escuela, como en el hogar y en la comunidad. I acknowledge that I have access to the information, rules, and code of conduct included in the student handbook. I understand the handbook may be accessed electronically at : www.cpsk12.org -> Family Resources -> Student Handbook and that paper copies are available at each school. I understand the handbook contains information that my student and I may need during the school year. I understand schools should be a safe place and that all students will be held accountable for their behavior. In addition to outlining rules and codes of conduct, the handbook is also a source of information for our families. The school board encourages review of the informational section in the student handbook on the importance of secure storage of firearms at home. We encourage safety both at school, at home, and in the community.

Columbia Public Schools puede divulgar la llamada "información de directorio", a menos que usted haya notificado a CPS lo contrario, de acuerdo con la política y los procedimientos del distrito JO-AP(1) y JO(1). La "información de directorio" es la información contenida en el expediente académico de un estudiante que, por lo general, no se consideraría perjudicial ni una invasión de la privacidad si se divulgara. Los registros educativos que se definen como "información de directorio" se encuentran en la Política JO-1. Salvo que CPS reciba una notificación por escrito en sentido contrario, CPS puede divulgar cualquiera de los elementos designados como información de directorio sin el consentimiento previo por escrito de los padres o del estudiante elegible, incluyendo publicaciones impresas y electrónicas del distrito escolar. El propósito principal de la información de directorio es permitir que la escuela o el distrito escolar incluyan información del estudiante en ciertas publicaciones. Algunos ejemplos incluyen: Columbia Public Schools may disclose designated "directory information", unless you have advised the Columbia Public Schools the contrary in accordance with district policy and procedures JO-AP(1) and JO(1). "Directory Information" is information contained in an education record of a student that generally would not be considered harmful or an invasion of privacy if disclosed. The education records that are defined as "directory information" are found in Policy JO-1. Unless Columbia Public Schools is notified to the contrary in writing, CPS may disclose any of those items designated as directory information without the parent's or eligible student's prior written consent including in-print and electronic publications of the school district. The primary purpose of directory information is to allow the school or school district to include information from your student in certain publications. Examples include:

- Un programa que muestre el papel del estudiante en una obra de teatro o un evento deportivo A program showing your student's role in a drama production or athletic event
- Listas de honor u otros reconocimientos Honor roll or other recognition lists
- Fotografías, videos o imágenes digitales Photographs, videotape or digital images
- Obras de arte o trabajos académicos exhibidos por el distrito Artwork or course work displayed by the district
- Programas de graduación Graduation programs
- Boletines escolares School newsletters.

_____ Reconozco que puedo optar por excluir a mi estudiante de ser fotografiado, entrevistado y/o grabado en video por representantes de Columbia Public Schools, completando el formulario de Participación en Medios y Publicaciones Escolares que se encuentra en el Manual del Estudiante y entregándolo en la escuela de mi estudiante. Este formulario debe presentarse cada año. Entiendo que puedo acceder a este formulario en el Manual del Estudiante: www.cpsk12.org -> Recursos familiares -> Manual del Estudiante I acknowledge that I may opt my student out of being photographed, interviewed and/or videotaped by representatives of Columbia Public Schools by retrieving the Media and School Publication Participation form from the Student Handbook and submitting it to my student's school. This must be submitted annually. I'm aware that I can access this form in the Student Handbook: www.cpsk12.org -> Family Resources -> Student Handbook

Además, medios de comunicación externos, como periódicos, estaciones de televisión, revistas y/o emisoras de radio, pueden estar interesados en incluir información de los estudiantes en sus noticias. Esto podría incluir: Additionally, external media outlets such as newspapers, television stations, magazines, and/or radio stations may have interest in including student information in their news coverage. This might include:

- Fotografías del estudiante participando en un evento o actividad Photographs of your student participating in an event or activity
- Grabaciones de video Video footage
- Entrevistas Interviews
- Nombre o información en un listado dentro de una publicación Name or information in a listing in a publication

_____ Reconozco que puedo optar por excluir a mi estudiante de ser fotografiado, entrevistado y/o grabado en video por medios de comunicación externos (publicaciones o medios no afiliados a CPS), completando el formulario de Participación en Medios y Publicaciones Escolares que se encuentra en el Manual del Estudiante y entregándolo en la escuela de mi estudiante. Este formulario debe presentarse cada año. Sé que puedo acceder a este formulario en el Manual del Estudiante: www.cpsk12.org -> Recursos familiares -> Manual del Estudiante I acknowledge that I may opt out my student out of being photographed, interviewed and/or videotaped by external media outlets (non-CPS affiliated publications or outlets) by retrieving the Media and School Publication Participation form from the Student Handbook and submitting it to my child's school. This must be submitted annually. I'm aware that I can access this form in the student handbook: www.cpsk12.org -> Family Resources -> Student Handbook

_____ Reconozco que tengo acceso a las políticas de uso de tecnología en la página web de Columbia Public Schools: www.cpsk12.org -> Consejo de Educación -> Políticas y Normativas I acknowledge that I have access to the technology usage policies on the Columbia Public Schools website: www.cpsk12.org -> Board of Education -> Policies and Regulations

Estas incluyen, pero no se limitan a, EHB, EHB-R1, EHB-R2 y EHB-AP1. They include but are not limited to EHB, EHB-R1, EHB-R2 and EHB-AP1.

_____ Reconozco que tengo acceso al documento sobre Daños, Robo o Pérdida de Dispositivos One-to-One de CPS. Puedo consultarlo en la página web de Columbia Public Schools en: www.cpsk12.org -> Departamentos -> Servicios Tecnológicos -> Multas por daños/pérdida de tecnología I acknowledge that I have access to the Damage-Theft-Loss of CPS One-to-One Devices document. I can find that on the Columbia Public Schools website at: www.cpsk12.org -> Departments -> Technology Services -> Damaged/Lost Technology Fines

_____ Reconozco que tengo acceso a las **Preguntas Frecuentes y la solicitud de Almuerzo Gratuito y Reducido** como parte de la inscripción anual. Entiendo que al colocar mis iniciales no estoy solicitando comidas gratuitas o a precio reducido, y que puedo completar esa solicitud en un formulario aparte en: www.myschoolapps.com I acknowledge that I have access to the **Free and Reduced Lunch FAQ and application** as part of the annual enrollment. I understand by initialing I am not applying for free and reduced meals and can complete that in a separate application at: www.myschoolapps.com
Nota: Las solicitudes deben presentarse cada año para mantener el estatus de almuerzo gratuito o a precio reducido. Please note: Applications must be submitted annually to maintain free and reduced lunch status.

_____ Reconozco que estoy al tanto del documento sobre **Procedimientos de Cobro de Deudas** como parte de la inscripción anual de mi estudiante, el cual también puede consultarse en la página web del departamento de Servicios de Nutrición, bajo Procedimientos para el desayuno y la comida. I acknowledge that I am aware of the **Debt Collection Procedures** document as part of my student's annual enrollment which may also be reviewed on the Nutrition Services department website under **Breakfast and Lunch Procedures**.

Los estudiantes que califican para el Programa Nacional de Almuerzo Escolar también pueden ser elegibles para recibir apoyo financiero adicional durante el año escolar. Por favor, indique a continuación si autoriza o no a que se comparta la información de almuerzo gratuito/reducido de su hijo/a con los consejeros con este fin. Students who qualify for the National School Lunch Program may also be eligible for additional financial support throughout the school year. Please indicate below if you do or do not consent to disclosing your child's free/reduced lunch price status to counselors for this purpose.

_____ SI YES

_____ NO NO

Firma del padre/madre o tutor _____

Parent/Guardian Signature

Fecha _____

Date



Health Summary SPANISH

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building • 1818 W. Worley Street • Columbia, MO 65203

ESCUELA _____ GRADO/AÑO _____ N° DE ESTUDIANTE _____
School Grade Student Number

NOMBRE COMPLETO _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nac. _____
Full Name Gender (Male/Female) Date of Birth

PADRE/TUTOR #1 _____ Teléfono Casa _____ Empleo _____ Celular _____
Parent/Guardian #1 Home Phone Work Phone Cell Phone

PADRE/TUTOR #2 _____ Teléfono Casa _____ Empleo _____ Celular _____
Parent/Guardian #2 Home Phone Work Phone Cell Phone

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ / _____ / _____
Emergency Contact Nombre/Name Relación/Relationship Teléfono / Phone

DOCTOR/CLÍNICA / Doctor/Clinic _____ Teléfono / Phone Number _____

DENTISTA / Dentist _____ Teléfono / Phone Number _____

HOSPITAL PREFERIDO _____

TIPO DE SEGURO MEDICO ☐ Empleador ☐ Privado ☐ Medicaid (tarjeta roja) ☐ MoHealthNet ☐ Ninguno
Type of Insurance Employment Private Red Card Medicaid None

☐ NINGUNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE APARECEN EN EL CUADRO ABAJO LE CORRESPONDEN A MI HIJO
None of the health concerns listed in the box below apply to my child.

MI HIJO/A TIENE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD: / My child has the following special health concerns:

☐ ALERGIAS: (medicinas, comida, insectos, pólen, etc.) Liste por favor _____
Allergies: (drugs, food, insects, pollens). Please, list

¿En el pasado, se ha requerido una medida de emergencia a causa de una alergia? / Has allergy required emergency action in the past?
☐ Sí/Yes ☐ No Si marcó "sí", describa la reacción / Describe reaction: _____

SE REQUIERE UN CERTIFICADO MEDICO PARA JUSTIFICAR ALERGIAS ALIMENTICIAS

A FOOD ALLERGY SUBSTITUTE REQUIRES A PHYSICIAN'S STATEMENT OF DISABILITY

☐ ASMA**/ Asthma Si contestó "Sí", complete el Historial de Asma a continuación de este formulario/ **If yes, you must complete Asthma History Form

☐ TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: Medicamento: _____ Se toma en: ☐ Casa ☐ Escuela
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medications Taken at Home School

☐ DIABETES: ☐ Dependiente de insulina / Insulin Dependent ☐ No dependiente de insulina / Non-Insulin Dependent
Médico/Doctor: _____ Comentarios / Comments: _____

☐ OÍDOS/ Ears: ☐ Infecciones Frecuentes / Frequent Infections
☐ Tubos/Tubes (☐ Derecha/Right ☐ Izquierda/Left Fecha de colocación/ date inserted _____
☐ Dificultad para oír, Explique / Hearing difficulty. Explain _____
☐ Audífono Hearing Aid ☐ Derecha /Right ☐ Izquierda / Left ¿Lo usa en la escuela? / Wear at school? ☐ Sí /Yes ☐ No
☐ Otro/Other _____

☐ OJOS / EYES: ☐ lentes/glasses (☐ para leer / reading ☐ de lejos / distance) ☐ lentes de contacto / contacts
☐ ojo perezoso (ambliopía) / lazy eye ☐ dificultad para ver / difficulty seeing ☐ cirugía previa / previous surgery

☐ DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL / Mental health diagnoses: ☐ Ansiedad / Anxiety ☐ Depresión / Depression
☐ Otro/Other: _____

☐ CONVULSIONES/SEIZURES: Describa la convulsión / Please describe _____
Médico / Physician: _____ Fecha de la última convulsión / Date of last seizure _____
Medicación(es) / Medication _____

☐ OTROS MEDICAMENTOS / Other Medication: _____
Razón para tomarlo / Reason _____ Se toma en /Taken at: ☐ Casa / Home ☐ Escuela / School

OTRAS CONDICIONES DE SALUD QUE PODRÍAN AFECTAR LA ESCUELA: _____
Other health concerns which could affect school _____

El distrito de Columbia Public Schools garantiza que proveerá una educación pública gratuita y apropiada a todos los niños elegibles con discapacidades entre las edades de 3 y 21 años bajo su jurisdicción. Si sospecha que su estudiante tiene una discapacidad de aprendizaje no identificada que estaría cubierta por la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés) o la Sección 504, comuníquese con el departamento de servicios especiales al (573) 214-3462. Si su estudiante ya tiene un programa educativo individualizado (IEP) o un plan de adaptación 504, comuníquese con el jefe del departamento de la Escuela.

The Columbia Public School district assures that it will provide a free, appropriate public education to all eligible children with disabilities between the ages of 3 and 21 under its jurisdiction. If you suspect that your student has an unidentified educational disability that would fall under IDEA or Section 504, contact the special services department at (573) 214-3462. If your student already has an individual education program (IEP) or a 504-accommodation plan, contact the building's department chair.

**** Se requiere una copia actual del registro de vacunas para inscribirse****
Copy of current immunization record must be presented to enroll

De acuerdo con la política de la Junta de Educación, los padres/tutores serán notificados lo antes posible en caso de enfermedad o lesión grave. Los estudiantes recibirán atención de emergencia por parte del personal escolar según se indica en el Manual del Estudiante. Los padres/tutores que no deseen que su hijo/a reciba atención conforme a esta política deben indicarlo por escrito a:

HEALTH SERVICES COORDINATOR; 1818 W. Worley, Columbia, MO 65203.

In accordance with the Board of Education policy, parents/guardians will be notified as soon as possible in case of serious illness or injury. Students will be given emergency care by school personnel as indicated in the Student Handbook. Parents/guardians who do not wish their child cared for in accordance with this policy should indicate this in writing to:

Mi firma a continuación verifica que la información anterior es correcta. También autorizo a la enfermera escolar a compartir información con el personal de la escuela según lo considere apropiado, para proteger la salud y la seguridad de mi hijo/a.
My signature below verifies the above information to be accurate. I also permit the school nurse to share information with school staff as deemed appropriate by the nurse, to provide for my child's health and safety.

Firma de Padre/Madre o Tutor _____ **Fecha** _____
Signature of Parent/Guardian *Date*



SPANISH- Asthma History Historial de Asma

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building • 1818 W. Worley Street • Columbia, MO 65203

Complete SOLO si el estudiante tiene asma o historial de asma y devuelva el formulario a la enfermera de la escuela.
Complete ONLY if student has asthma or history of asthma and return form to the school nurse.

Estudiante: _____ N.º de estudiante: _____ Grado: _____ Estatura: _____ Fecha: _____
Student Student No. Grade Height Date

Factores desencadenantes que podrían provocar un episodio en el estudiante (marque todos los que correspondan):
Triggers that might start an episode for this student? (check all that apply)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Caspa de animales
<i>Pet dander</i> | ☐ Humo de cigarrillo, olores fuertes
<i>Cigarette smoke, strong smells</i> | ☐ Cucarachas
<i>Cockroaches</i> | ☐ Ácaros del polvo
<i>Dust mites</i> |
| ☐ Emociones (cuando está alterado)
<i>Emotions (when upset)</i> | ☐ Ejercicio
<i>Exercise</i> | ☐ Alergia Alimentaria
<i>Food allergy</i> | ☐ Irritantes
<i>Irritants</i> |
| ☐ Moho
<i>Molds</i> | ☐ Polen
<i>Pollen</i> | ☐ Infecciones respiratorias
<i>Respiratory infections</i> | |
| ☐ Cambios de temperatura
<i>Temperature Changes</i> | ☐ Otro _____
<i>Other</i> | | |

1. ¿El estudiante tiene una receta médica vigente para alguno de los siguientes medicamentos que debe tomar/usar diariamente para controlar los problemas respiratorios? (Marque todas las que correspondan) Does this student have a current prescription for any of the following medications to be taken daily to control respiratory problems? (check all that apply)

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ Ninguno / None | ☐ Advair® | ☐ Albuterol | ☐ Alvesco® | ☐ Asmanex® |
| ☐ Atrovent® | ☐ Dulera® | ☐ Pulmicort® | ☐ QVar® | ☐ Singulair® |
| ☐ Symbicort® | ☐ Theophylline | ☐ Tilade® | ☐ Xopenex® | ☐ Otro _____
<i>Other</i> |

2. ¿Cuántas veces en los últimos **tres años** ha requerido el estudiante un tratamiento urgente debido a problemas respiratorios? How many times in the last 3 years has this student required urgent or emergency care due to respiratory problems?

- ☐ Cero (0) ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6 o más

3. ¿Cuántas veces en los últimos **tres años** el estudiante ha sido hospitalizado debido a problemas respiratorios? How many times in the last 3 years has this student been hospitalized due to respiratory problems?

- ☐ Cero (0) ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6 o más

4. ¿Ha estado alguna vez ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por problemas respiratorios? Sí ☐ No ☐ Fecha: _____
Previous admission to Intensive Care Unit (ICU) for respiratory problems?

5. ¿Cuántos días de escuela ha perdido el estudiante **el año pasado** debido a problemas respiratorios? How many days of school did this student miss last school year due to respiratory problems?

- ☐ Cero (0) ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 o más

6. ¿Qué estaciones del año empeoran los síntomas de asma del estudiante? (Marque todas las que correspondan) What seasons of the year make this student's asthma symptoms worse? (check all that apply)

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| ☐ Las estaciones no afectan el asma
<i>Seasons do not affect asthma</i> | ☐ Otoño
<i>Autumn</i> | ☐ Invierno
<i>Winter</i> | ☐ Primavera
<i>Spring</i> | ☐ Verano
<i>Summer</i> |
|---|---|--|---|--|

7. ¿El estudiante reconoce los síntomas antes de un ataque de asma? Sí ☐ No ☐
Does this student recognize his/her early signs of worsening asthma?

8. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia durante el año el estudiante requiere el uso de un inhalador (Albuterol (ProAir®, Proventil® o Ventolin®) o Xopenex®, para aliviar sus problemas respiratorios? Approximately how often in a year does this student require the use of quick relief medicine, Albuterol (ProAir®, Proventil® or Ventolin®) or Xopenex®, to relieve respiratory problems.

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|
| ☐ Cero (0) | ☐ 5 o menos días al año
5 or fewer days per <u>year</u> | ☐ 5 o menos días al mes
5 or fewer days per <u>month</u> | ☐ 2 o menos días a la semana
2 or fewer days per <u>week</u> | ☐ más de 2 días a la semana
more than 2 days per <u>week</u> |
|-----------------------------------|--|---|---|---|

9. ¿El estudiante utiliza más de 3 inhaladores por año? Sí ☐ No ☐
Does this student use more than 3 canisters of quick relief medicine per year?

10. ¿Cuántas veces en el último año se le prescribió al estudiante un esteroide sistémico (ej. Prednisona, Pediapred®, Orapred®, Medrol®) para el tratamiento de una enfermedad respiratoria? *How many times in the last year was the student prescribed a systemic steroid (ex. Prednisone, Pediapred®, Orapred®, Medrol®) for treatment of a respiratory flare up?*
- ☐ Cero a 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6 o más
11. ¿Con qué frecuencia el estudiante se despierta durante la noche con dificultades para respirar, tos, o sibilancias? *How often does this student awaken during the night having difficulty with coughing, wheezing or breathing?*
- ☐ Cero- 1 vez/mes
Zero – 1 time/month ☐ 2 veces/mes
twice /month ☐ 3-7 veces/mes
3-7 times/month ☐ 6 o más veces/mes
6 or more times/month

Plan de Medicación para la escuela (Marque todas las que correspondan)

Medication plan for school (check all that apply)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ No toma medicamentos en la escuela/ no lleva inhalador. <i>No medications at school/does not carry inhaler.</i> | ☐ El inhalador se mantendrá en la oficina de la enfermera. <i>Quick-relief inhaler to be kept in nurse's office.</i> | ☐ Los suministros para monitoreo de FEV1 o flujo máximo (Peak Flow) se mantendrán en la oficina de la enfermera. <i>FEV1 or Peak Flow monitoring supplies to be kept in nurse's office.</i> |
| ☐ Uso de inhalador solo para deportes u otras actividades extraescolares. <i>Inhaler for sports/extra-curricular only.</i> | ☐ Los medicamentos diarios para el asma se mantendrán en la oficina de la enfermera. <i>Daily asthma medications to be kept in nurse's.</i> | |
| ☐ Llevará su inhalador durante las horas de escuela (SOLO estudiantes de escuela media y secundaria) <i>Student will carry quick-relief inhaler during school hours (Middle and Senior HS students ONLY)</i> | ☐ El nebulizador y los medicamentos se mantendrán en la oficina de la enfermera. <i>Nebulizer tubing and medications to be kept in the nurse's office</i> | |

Las enfermeras de Columbia Public Schools recomiendan contar con un Plan de Acción para el Asma para todos los estudiantes con asma. Los estudiantes que van a recibir medicamentos para el asma en la escuela deben tener un plan de acción para el asma en su archivo. El formulario está disponible en la oficina de la enfermera de la escuela. Si su médico ya ha elaborado un plan de asma, por favor envíe una copia a la enfermera de la escuela. *Columbia Public School's nurses recommend having an Asthma Action Plan for all students with asthma. Students who will be receiving asthma medications at school must have an asthma action plan on file. A form is available from the school nurse. If your physician has already developed an asthma plan, please provide a copy to the school nurse.*

***** Por favor tenga en cuenta: Si su hijo no ha utilizado medicamentos para el asma en más de 3 años y ya no cumple los criterios de asma persistente, la historia clínica puede actualizarse para reflejar "historial de asma". Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a la enfermera de la escuela. ***Please note: If your child has not used asthma medication in more than 3 years and no longer meets the criteria of persistent asthma, the health record may be changed to reflect 'history of asthma'. For questions, please contact your school nurse.**

Distrito Escolar de Columbia Nro. 93 / Columbia School District No. 93

Formulario de permiso y exención – Excursiones / Permission and Release Form - Field Trips

Como parte del programa educativo de Columbia Public Schools, el distrito ofrece oportunidades educativas fuera del campus escolar habitual (“excursiones”). En ocasiones, los estudiantes son transportados a otros edificios o propiedades de Columbia Public Schools (CPS) para participar en estas experiencias educativas, incluyendo, pero no limitado a CPS Nature School, a una escuela media o secundaria a la que el estudiante asistirá en el futuro, o a un auditorio para asistir a un concierto. En otras ocasiones, los estudiantes son transportados a lugares que no pertenecen al distrito escolar, incluyendo, pero no limitado a un zoológico, un museo o un recinto para eventos musicales. El distrito informará a los padres mediante correo electrónico, boletines informativos, copias impresas enviadas a casa con los estudiantes o mensaje de texto, sobre la excursión y la fecha y hora de estas excursiones. **Si no desea que su estudiante participe, deberá notificarlo por escrito al maestro o al director antes de la fecha de la excursión.** Al firmar este formulario, usted acepta lo siguiente: / As part of the Columbia Public School’s educational program

the district provides educational opportunities outside the regular school campus (“field trips”). Sometimes students are transported to other CPS buildings or school properties for these educational experiences, including but not limited to the CPS Nature School or to a middle school or high school where the student will be transitioning to, or to an auditorium for a concert. Sometimes students are transported to non-school locations, including but not limited to a zoo, a museum, or a musical venue. The district will communicate to parents by email, newsletter, paper copies sent home with students, or text, information about the excursion and the date and times of these excursions. **If you do not want your student to participate, please notify the teacher or principal in writing prior to the date of the field trip.** By signing this form, you agree to the following:

- Apruebo que el estudiante mencionado en este documento asista a las excursiones del distrito, a menos que notifique por escrito al maestro o al director del estudiante a mi cargo, antes de la fecha de la excursión. Entiendo que la violación de cualquier regla puede resultar en el regreso inmediato del estudiante, siendo yo responsable de los gastos correspondientes. Es mi responsabilidad reunirme con el estudiante en el aeropuerto, terminal de autobuses u otro lugar de llegada, si fuera necesario enviar al estudiante de regreso a casa desde una excursión fuera de la ciudad. / I approve of the student named in this document to attend district field trips, unless I notify my student’s teacher or principal in writing prior to the date of the field trip. I realize that violation of any rules can result in the immediate return of the student, at my expense. It is my responsibility to meet the student at the airport, bus terminal, etc., should it be necessary to send the student home from an out-of-town field trip.
- Autorizo al personal de CPS, contratistas, voluntarios u otro personal médico, cuando lo consideren necesario usando su juicio y a su absoluta discreción, si no es posible comunicarse con el padre/madre/tutor(a), a obtener o proporcionar atención médica para el estudiante a mi cargo, a transportar al estudiante a un centro médico y a asegurar el tratamiento (incluidos, entre otros, atención médica de rutina o de emergencia, hospitalización, aplicación de inyecciones, anestesia o cirugía) que se considere necesario para mantener la salud del estudiante a mi cargo. Acepto pagar todos los costos asociados con la atención médica y el transporte correspondientes y acepto la divulgación (a o por CPS) de cualquier registro médico necesario para fines de tratamiento, derivación, facturación o seguro. / I authorize CPS staff, contractors, volunteers or other medical personnel, when they deem necessary using their judgment and sole discretion, if parent/guardian cannot be reached, to obtain or provide medical care for my student, to transport my student to a medical facility and to secure treatment (including but not limited to routine or emergency health care, hospitalization, injection, anesthesia or surgery) considered necessary for my student's health. I agree to pay all costs associated with that care and transportation and agree to the release (to or by CPS) of any medical records necessary for treatment, referral, billing or insurance purposes.
- El estudiante a mi cargo y yo asumimos cualquier riesgo que pueda surgir del transporte del estudiante hacia la excursión descrita anteriormente, de su participación en ella y de su transporte de regreso. Acepto la plena responsabilidad por todos y cada uno de los gastos médicos derivados de cualquier lesión o enfermedad que sufra el estudiante a mi cargo como resultado de su transporte hacia la excursión descrita anteriormente, de su participación en ella y de su transporte de regreso. / My student and I assume any risk that may arise from my student’s transportation to, participation in and transportation from the above-described trip. I accept full responsibility for any and all medical expenses for any injuries or illness that occur to my student as a result of my student’s transportation to, participation in, and transportation from the above-described trip.
- Confirmo que he leído cuidadosamente este documento y acepto sus términos de manera consciente y voluntaria. También confirmo que soy el padre, madre o tutor(a) legal del estudiante identificado en este Formulario. Entiendo que tengo la posibilidad de negarme a firmar este formulario. Si no firmo este formulario, el estudiante a mi cargo no podrá participar en una excursión a menos que el distrito obtenga consentimiento por separado para cada excursión. / I confirm that I have carefully read this document and agree to its terms knowingly and voluntarily. I also confirm that I am the parent or legal guardian of the student identified in this Form. I understand that I have the ability to refuse to sign this form. If I do not sign this form, my student will not be able to attend a field trip unless the district obtains separate consent from me for each excursion.

Por la presente, doy permiso al estudiante a mi cargo, _____ (nombre), _____ (número de estudiante/número de almuerzo), para participar en excursiones. Notificaré por escrito al maestro del estudiante antes de la fecha de la excursión si el estudiante a mi cargo no puede asistir. Si el maestro no es notificado, el estudiante a mi cargo tiene permiso para asistir a la excursión. I hereby give my student, _____, (name) _____, (student number/lunch number) permission to participate in field trips. I will notify my student's teacher in writing prior to the date of the field trip if my student cannot attend. If the teacher is not notified, my student has permission to attend the field trip.

(NOMBRE Padre/Madre/Tutor)
(PARENT/GUARDIAN NAME)

(FIRMA Padre/Madre/Tutor)
(PARENT/GUARDIAN SIGNATURE)

(FECHA)
(Date)

Se recomienda tener seguro médico, **pero no es obligatorio**. La siguiente información, si es proporcionada al distrito, será utilizada en caso de emergencia cuando sea necesario para obtener asistencia médica para su estudiante. Medical insurance is **recommended but not required**. The following information, if disclosed to the district, will be provided in an emergency when necessary to obtain medical assistance for your student.

Nombre de la Compañía de Seguro Médico _____
Medical Insurance Company Name

Phone _____ Policy Number _____
Teléfono (_____) _____ Número de póliza _____

Médico del Estudiante _____ Teléfono (_____) _____ ----
Student's Physician Phone