

# SOLICITUD DE HISTORIAL ESTUDIANTIL



Última Escuela a la que Asistió: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de Alumno(s):	Fecha de Nacimiento	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor envíe información completa sobre su hijo(s) a la dirección indicada en la parte de abajo de este formulario dentro de (10) días de haber recibido esta solicitud.

- Carpeta Cumulativa (historial de asistencia, nivel del grado, resultados de las pruebas en la clase, calificaciones)
- Carpeta del historial de salud (exámenes de los oídos, de la vista, vacunas, etc.)
- Si es de un estado que no sea Oregón, por favor incluya el Certificado de Inmunización (Vacunas)
- Todo el historial de Educación Especial
- Pruebas Psicológicas (información educativa, social, del desarrollo)
- Historial del Comportamiento
- Otro historial de programas especiales (talentosos y dotados, almuerzo en la escuela, Título 1, etc.)

Bajo la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad de 1974 y la ley Estatal de Oregón, autorizo por medio de la presente la publicación de todos los expedientes del alumno(s) a la escuela mencionada anteriormente.

\*Por favor note: La Ley Federal 99.31 no exige la firma del padre de familia para que se envíe el historial educativo a otra agencia.

\_\_\_\_\_  
Firma de la/del secretario(a) o delegado de la escuela\*      Firma del padre de familia o apoderado      Fecha

Fecha de Matriculación en la nueva escuela: \_\_\_\_\_

Enviar el historial a: Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Eugene, OR 9740\_

## Información Adicional

Los formularios de matriculación Escolar son muy importantes para su familia y para el Distrito Escolar de Eugene 4J. La información que nos proporciona nos permite:

- Distribuir información escolar importante para usted, incluyendo el progreso y asistencia a clases de sus hijos.
- Responder adecuadamente en caso de situaciones médicas que involucren a sus hijos
- Ponernos en contacto con usted o personas delegadas si existe alguna emergencia en la escuela
- Ayudar a sus hijos para que reciban servicios de apoyo cuando los necesite
- Buscar subvenciones que robustezcan las clases
- Asegurarnos de que estamos cumpliendo las leyes que tienen que ver con los alumnos y el personal docente

Instrucciones: El formulario de matriculación es un documento oficial y obligatorio. Las preguntas contenidas en este formulario tratan sobre información de gran importancia que se utilizará para brindar servicios a sus hijos. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor póngase en contacto con su escuela. Por favor escriba con pluma negra, lene todas las páginas, firme y ponga la fecha en la última página. Si sus datos cambian en el transcurso del año lectivo, infórmele a su escuela de inmediato.

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Programa Título VI A: Educación Aborígen

Programa Título VII - A, Educación Aborígen: Esta información estableció la elegibilidad del distrito para una subvención federal bajo el Título VII-A de la ley Que Ningún Niño se Quede Atrás.

¿Este alumno, padre de familia o abuelo, es miembro de alguna Tribu Aborígen de los Estados Unidos, reconocida a nivel federal en los Estados Unidos?

· Sí · No

Si respondió "Sí", por favor ponga el nombre de la tribu: \_\_\_\_\_

## Programa Título I-C de Oregón: Educación Migrante

El Programa de Educación Migrante, Título I de Oregón: Este programa le ayuda a niños y jóvenes de entre 3 y 21 años de edad que se cambian de casa con frecuencia (solos o con sus padres) para buscar u obtener trabajo temporal o por temporada en el campo de la agricultura, silvicultura y / o pesca.

¿El alumno (o sus padres) trabaja en granjas, ranchos, procesadoras de enlatados, viveros, árboles o pesca?

· Sí · No

## Programa de Título X: McKinney-Vento

Programa McKinney-Vento, Título X: Este programa se asegura de que los alumnos, sin importa cómo vivan, tengan acceso a una educación pública. Entre los recursos que este programa ofrece, se encuentran: ayuda con el transporte, suministros escolares y demás servicios para garantizar un buen rendimiento académico.

Por favor ponga un visto en el casillero que corresponda:

- Está viviendo en un motel, vehículo, casa rodante o campamento hasta que pueda encontrar una vivienda asequible.
- Está compartiendo la casa con otra familia por motivos de austeridad económica.
- Está cambiando de domicilio frecuentemente y no tiene una vivienda permanente.
- Está viviendo en un albergue.

Personal Encargado: si la respuesta fue "Sí" en cualquiera de las secciones, por favor haga una copia de este formulario y envíela al representante o departamento pertinente en el distrito.

# Eugene School District 4J Student Enrollment Form



Este formulario de matriculación es un documento legal. La información que nos da tiene que ser correcta y completa. Esta información está protegida por la Ley de Derechos Educativos para la Familia y Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés).

## Información Demográfica del Alumno

Fecha de Ingreso de datos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de Alumno

### Nombre Legal del Alumno:

Apellido Legal

Nombre Legal

2do Nombre Legal

Sufijo

**Grado** (que comenzará en esta escuela): \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Femenino  Masculino

### Idioma Hablado en Casa:

- ¿Qué idioma aprendió primero el alumno?  inglés \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma habla el alumno con más frecuencia en la casa?  inglés \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma usan los padres con más frecuencia en la casa?  inglés \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_
- ¿Ha asistido este alumno a la escuela en otro país?  No  Sí: \_\_\_\_\_ (País) \_\_\_\_\_  
 a. Si respondió que "sí", ¿cuándo comenzó el alumno a asistir a clases en los Estados Unidos? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mes Día Año  
 b. Si respondió que "sí", ¿ha estado este alumno en un programa para Estudiantes del Idioma Inglés en los Estados Unidos?  Sí  No  
 c. Si respondió que "sí", ¿cuándo? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y dónde? \_\_\_\_\_

### Verificación de Nacimiento:

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Traiga 1)

**Ciudad de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Estado de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**País de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

- Documentos de adopción, Orden del Juzgado
- Certificado de Bautismo
- Partida de Nacimiento, Formulario de Registro de Nacimiento
- Registro del Hospital
- Tarjeta Médica
- Pasaporte

**Etnia:**  Hispana  No Hispana

**Raza:**  Blanca (ancestros de Europa)  Asiática  Aborigen de Hawaii o de las Islas del Pacífico  
 (Marque todas las que apliquen)  Negra o Afro-Americano  Aborigen de los Estados Unidos o de Alaska  
 Aborigen Americano (no de los Estados Unidos) (ancestros de México, Centroamérica, Sudamérica o Canadá)

**Dirección Domiciliaria del Alumno:** \_\_\_\_\_ **Dirección Postal:**  La misma que la dirección domiciliaria

\_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección (Si es que es diferente que la dirección domiciliaria)

\_\_\_\_\_  
O \_\_\_\_\_  
Ciudad Zip

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zip

Condado según la dirección: \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono del Alumno (Casa):** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono del Alumno (Celular):** \_\_\_\_\_

**Verificación de la Dirección:** Traiga 1 documento o correspondencia **actual** (de los últimos 60 días) de **cada** columna.

### Documentos de la Columna A

- Declaración de Impuestos a la Propiedad
- Contrato de Arrendamiento o Alquiler
- Documentos de compra de viviendas
- Estado de cuenta de tarjetas de crédito

### Documentos de la Columna B

- Administración de Seguridad Social
- Instituciones Financieras (ahorros/cq)
- Agencias Gubernamentales de Oregón
- Compañía de seguros
- Servicios Públicos
- Documentos Estatales y Federales a la Renta
- Información sobre salarios

## Información de los Padres de Familia / Apoderados Legales

Identificación con Foto del Padre que Matricula **obligatorio**  Licencia (ODL)  Tarjeta de Identificación de OR  Pasaporte / Consular

El Alumno Vive Con (ponga un visto en el casillero) Parentesco:  Padre  Madre  Apoderado  Otro: \_\_\_\_\_  
(Especifique)

Apellido Legal del Padre de Familia \_\_\_\_\_

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Ponga un visto en todo lo que aplique a este padre de familia:

Contacto permitido  Derechos Educ.  Custodia  Correspondencia permitida  Padre Matricula  Divulgar info

Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

✓ Teléfono Principal (método de contacto preferido):  Casa  Trabajo  Celular

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesita un Intérprete:  Sí  No

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección (si no es la misma que la del alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

El Alumno Vive Con (ponga un visto en el casillero) Parentesco:  Padre  Madre  Apoderado  Otro: \_\_\_\_\_  
(Especifique)

Apellido Legal del Padre de Familia \_\_\_\_\_

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Ponga un visto en todo lo que aplique a este padre de familia:

Contacto permitido  Derechos Educ.  Custodia  Correspondencia permitida  Padre Matricula  Divulgar info

Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

✓ Teléfono Principal (método de contacto preferido):  Casa  Trabajo  Celular

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesita un Intérprete:  Sí  No

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección (si no es la misma que la del alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

El Alumno Vive Con (ponga un visto en el casillero) Parentesco:  Padre  Madre  Apoderado  Otro: \_\_\_\_\_  
(Especifique)

Apellido Legal del Padre de Familia \_\_\_\_\_

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Ponga un visto en todo lo que aplique a este padre de familia:

Contacto permitido  Derechos Educ.  Custodia  Correspondencia permitida  Padre Matricula  Divulgar info

Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

✓ Teléfono Principal (método de contacto preferido):  Casa  Trabajo  Celular

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesita un Intérprete:  Sí  No

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección (si no es la misma que la del alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

El Alumno Vive Con (ponga un visto en el casillero) Parentesco:  Padre  Madre  Apoderado  Otro: \_\_\_\_\_  
(Especifique)

Apellido Legal del Padre de Familia \_\_\_\_\_

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Ponga un visto en todo lo que aplique a este padre de familia:

Contacto permitido  Derechos Educ.  Custodia  Correspondencia permitida  Padre Matricula  Divulgar info

Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

✓ Teléfono Principal (método de contacto preferido):  Casa  Trabajo  Celular

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Necesita un Intérprete:  Sí  No

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección (si no es la misma que la del alumno) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

## Contactos de Emergencia (No repita los que ya constan como Padres / Apoderados)

Ponga sólo aquellos que estén autorizados a recoger al alumno

# 1	_____	Parentesco con el Alumno	(____) _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
	Nombre		Teléfono	
# 2	_____	Parentesco con el Alumno	(____) _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
	Nombre		Teléfono	
# 3	_____	Parentesco con el Alumno	(____) _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
	Nombre		Teléfono	
# 4	_____	Parentesco con el Alumno	(____) _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
	Nombre		Teléfono	

(Contactos de servicios, si es que aplica)

_____	Supervisor	(____) _____	Teléfono
(Trabajador Social)			
_____	Juzgado	(____) _____	Teléfono
(Oficial de Libertad Bajo Palabra)			

## Hermanos (Ponga todos los hermanos y hermanastros en edad escolar del alumno que vivan en 4J)

_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				
_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				
_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				
_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				
_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				
_____	Parentesco con el Alumno	Grado	_____	Escuela donde se Matriculó
Nombre del Alumno				

## Información Adicional

**Escuela Anterior:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Servicios Especiales:** Por favor ponga un visto en todos los servicios que necesita este alumno

<input type="checkbox"/> Servicios de ELL/LEP	<input type="checkbox"/> Plan de Sección 504	<input type="checkbox"/> IEP de Educación Especial
<input type="checkbox"/> Servicios del Habla	<input type="checkbox"/> Programa de Niños Talentosos y Dotados VII (Programa para Aborígenes)	<input type="checkbox"/> Educación Aborigen de Título Tribu: _____

## Permisos:

Mi hijo puede participar en todas las Salidas de Campo de la escuela.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Directorio de Escolar:</b> La información de mi hijo se puede imprimir en un directorio de la escolar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Sitio web de la escuela:</b> Se puede mencionar a mi hijo o publicar su foto en el sitio web de la escuela.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Medios de Comunicación:</b> Lo pueden ver, entrevistar o citar en la televisión, radio o periódicos a mi hijo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Fotos:</b> Se le puede tomar fotos a mi hijo en clases o actividades de la clase.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Video:</b> Se le puede tomar videos a mi hijo en clases o actividades de la clase.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Clases de VIH/SIDA:</b> Mi hijo puede estar presente durante las clases de VIH/SIDA.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Anuario Escolar:</b> Se puede mencionar a mi hijo o publicar su foto en el Anuario Escolar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

## Información Médica:

Médico del Alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha del Último Examen Físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Examen Físico Completo:  Sí  No

Pasó:  Sí

### Evaluación Médica del Alumno

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo tiene alguna incapacidad física?  No  Sí \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez le han operado a su hijo?  No  Sí \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave su hijo?  No  Sí \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo usa lentes?  No  Sí \_\_\_\_\_
5. ¿Sufre su hijo de alguna enfermedad?  No  Sí \_\_\_\_\_
6. ¿Toma su hijo algún tipo de medicamento?  No  Sí \_\_\_\_\_
7. ¿Su hijo va a tomar medicamentos en la escuela?  
a. Si respondió "sí": medicamento: \_\_\_\_\_ para (enfermedad): \_\_\_\_\_
8. ¿Puede su hijo participar plenamente en actividades de la escuela?  Sí  No (si respondió "no", explique) \_\_\_\_\_

9. ¿Ponga un visto si su hijo ha sufrido de alguna de las siguientes?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias – comida: _____       | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida * |
| <input type="checkbox"/> Alergias – insectos _____      | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida * |
| <input type="checkbox"/> Alergias – de temporada: _____ | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida * |
| <input type="checkbox"/> Alergias – otros: _____        | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida * |
| <input type="checkbox"/> Asma*                          | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes*                      | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida   |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón*         | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Convulsivos *       | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida   |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                   | <input type="checkbox"/> Ponga un visto si constituye una amenaza para su vida * |

Si su hijo sufre de alguna de estas enfermedades que tienen un asterisco\*, pídale a alguien del personal que le de un formulario para enfermedades específicas.

ADD/ADHD  Desmayos  Pérdida del Oído  Trastorno del Habla  Historial de Infecciones del Oído

Explique la condición médica: \_\_\_\_\_

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

### Circunstancias Especiales:

¿Se encuentra este alumno suspendido actualmente?  No  Sí, desde \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

¿Se encuentra este alumno expulsado actualmente?  No  Sí, desde \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

**Firma:** Declaro que la información en este documento es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que estaría cometiendo el delito de perjurio si hago una declaración falsa, a sabiendas de que es falsa. (ORS 162.075). Además, entiendo que se podría regresar a mi hijo a la escuela de su vecindario si se determina que la dirección es falsa.

Padre de Familia / Apoderado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_