

(ESCRIBA CLARAMENTE)

Formulario de Inscripción del Distrito Escolar Unificado de Manteca Año Escolar _____

<input type="checkbox"/> Nuevo Domicilio		Información del Estudiante (Escriba Claramente)			<input type="checkbox"/> Nuevo Teléfono#	
Apellido Legal (como aparece en el Acta de Nacimiento)		Primer Nombre		Segundo Nombre	Grado:	Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad	Código Postal	Teléfono Primaria		
Domicilio-Entrega de Correo (si es diferente al anterior)		Ciudad	Código Postal	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No-binario		

Etnicidad/Raza - (Completa A y B)					Familias Militares	
Parte "A"		Parte "B" Favor de marcar al menos una adicional a la selección en la Parte "A"			Uno o más de los padres/tutores que sean miembros del servicio activo a tiempo completo de las fuerzas armadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este estudiante es Hispano o Latino? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro/Islandia del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
		<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Hmong
		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Tahitiano	
		<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Vietnamita	

Información del Padre/Madre/Tutor						
1) Nombre Completo de Padres/Tutor		Teléfono Primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación al Estudiante
Domicilio (si es diferente al del estudiante)		Ciudad/Código Postal	Correo Electrónico:		Grado más alto que termino/título	
Vive con el Estudiante <input type="checkbox"/>		Tiene Derechos Educativos <input type="checkbox"/>	Recibir Mensaje de Texto <input type="checkbox"/>		Acceso del Padre al Portal	
2) Nombre Completo de Padres/Tutor		Teléfono Primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Correo Electrónico:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación al Estudiante
Domicilio (si es diferente al del estudiante)		Ciudad/Código Postal	Correo Electrónico:		Grado más alto que termino/título	
Vive con el Estudiante <input type="checkbox"/>		Tiene Derechos Educativos <input type="checkbox"/>	Recibir Mensaje de Texto <input type="checkbox"/>		Acceso del Padre al Portal <input type="checkbox"/>	
3) Nombre Completo de Padres/Tutor		Teléfono Primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Correo Electrónico:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Relación al Estudiante
Domicilio (si es diferente al del estudiante)		Ciudad/Código Postal	Correo Electrónico:		Grado más alto que termino/título	
Vive con el Estudiante <input type="checkbox"/>		Tiene Derechos Educativos <input type="checkbox"/>	Recibir Mensaje de Texto <input type="checkbox"/>		Acceso del Padre al Portal <input type="checkbox"/>	

Encuesta Sobre el Idioma		Otros Niños que Viven en la Casa			
1. ¿Cuál idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar?		Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Escuela de Asistencia	
2. ¿Cuál idioma habla su hijo/a más frecuentemente en el hogar?		Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Escuela de Asistencia	
3. ¿Cuál idioma usa más frecuentemente para hablar con su hijo/a?		Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Escuela de Asistencia	
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos más frecuentemente en el hogar?		Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Escuela de Asistencia	

Información Sobre la Escuela Anterior						
Escuela a la que asistió anteriormente		Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
¿Contrato de Asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Contrato Disciplinario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	¿Orden de Expulsión Actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué Distrito?	¿Cuándo?	¿Ofensa?
Programas Especiales			Preescolar que Asistió:		¿Anteriormente retenido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> SDC	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> Habla Solamente	<input type="checkbox"/> RSP	<input type="checkbox"/> MUSD	Nombre del Programa: _____
<input type="checkbox"/> AVID	<input type="checkbox"/> GATE	<input type="checkbox"/> Estudiante de Inglés	<input type="checkbox"/> Educación Para Migrantes	<input type="checkbox"/> Educación Indígena	<input type="checkbox"/> Otro	Frecuencia de Asistencia: _____
<input type="checkbox"/> Ninguno	¿Documentos judiciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

SOLO PARA ESCUELA TÉCNICA						
Student ID Number	Physical Date	Address Verification	Birth Verification	Immunizations	Home School	MSD Contracted Employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Entrance Date	Teacher	5111.1-A	Affidavit	Conditional	Overflow School	Funding
Entrance Grade	Counselor	5111.1-B	Birth Certificate	Exempt	Overflow Date	S.E. Split Slot
Date Records Requested	Room	Electric/Gas Bill	Baptism Record	Unconditional	Boundary Exception #	Information Verified By:
		Garbage/Water Bill	Passport	Schedule		
		Phone Bill	Transfer			

FAVOR COMPLETAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Revised 4/10/19

(ESCRIBA CLARAMENTE)

Formulario de Inscripción del Distrito Escolar Unificado de Manteca Año Escolar

Contactos de Emergencia (aparte de la custodia de los padres/tutores)

El adulto(s) enumerado como contacto de emergencia ha sido autorizado como alguien que puede recoger al estudiante cuando el padre/guardián que tiene la custodia no puede ser contactado y el director o persona designada verifique la identificación del adulto.

Contacto de Emergencia #1	Teléfono Primaria	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Domicilio (si es diferente al del estudiante)	Ciudad	<input type="checkbox"/> Trabajo	Estado	Código Postal
Contacto de Emergencia #2	Teléfono Primaria	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Domicilio (si es diferente al del estudiante)	Ciudad	<input type="checkbox"/> Trabajo	Estado	Código Postal
Contacto de Emergencia #3	Teléfono Primaria	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Domicilio (si es diferente al del estudiante)	Ciudad	<input type="checkbox"/> Trabajo	Estado	Código Postal
Trabajador/a Social	Ciudad		Código Postal	Teléfono

INFORMACION MEDICA

	Número de Teléfono	Fecha de la Última Cita	Hospital de Preferencia
Especialista (1)	Número de Teléfono	Especialista (2)	Número de Teléfono

Proveedor de Seguro Medico	Nombre del Asegurado	Póliza/Numero de Grupo	Número de Teléfono
----------------------------	----------------------	------------------------	--------------------

Alergias	Otra Condición de Salud/Médica
<input type="checkbox"/> Piquete de Abeja <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Cacahuete Otra, Lista: _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Ortopédico <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Problemas de Hemorragia <input type="checkbox"/> Otro, Lista
¿Su niño/a tiene alguna limitación o restricción de salud o física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, explique: _____
¿Su niño/a tiene alguna restricción o necesidad en su régimen alimenticio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, explique: _____
¿Su niño/a ha sido hospitalizado durante el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, explique: _____
¿Tiene usted alguna otra preocupación de salud o medicaporsu niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es, explique: _____

Medicamentos/Procedimientos/Exámenes

Medicamento/Procedimiento/Examen 1	¿Suministrar en la Escuela?	¿Frecuencia?	¿Dosis?	¿Necesita ayuda con el medicamento/procedimiento?
Medicamento/Procedimiento/Examen 1	¿Suministrar en la Escuela?	¿Frecuencia?	¿Dosis?	¿Necesita ayuda con el medicamento/procedimiento?

¿Presento en la escuela una autorización médica u orden de médico, firmada por un proveedor médico, para cualquier medicina, procedimiento, o examen que debe suministrarse durante el horario escolar en _____?

Consentimiento Medico

El Distrito Escolar Unificado de Manteca se dedica a que su niño alcance su potencial académico y personal. Las condiciones médicas o de salud pueden interferir o impedir que el estudiante alcance su potencial personal. Nuestras enfermeras revisaran esta información y puede ser que se comuniquen con usted. Si es necesario, la enfermera escolar trabajara con usted para hablar sobre la salud de su niño o condición médica. Si tiene cualquier pregunta por favor llame al Departamento de Salud al (209) 858-0782.

Yo el padre/madre/tutor legal de este niño/a, certifico que toda la información en este formulario esta correcta y es verdadera. Comprendo que el MUSD protegerá esta información tal como está prescrito en la Ley de los Derechos de Familia y la Confidencialidad (Family Education Rights and Privacy Act [FERPA]) y que la información será incluida en el archivo académico permanente del estudiante. Esta información se compartirá con individuos que trabajan en la escuela y/o en el distrito escolar para proveer un ambiente educacional sano, apropiado, y lo menos restrictivo y servicios y programas de salud. En caso de emergencia, le otorgo permiso a la escuela para que obtenga cuidado médico para mi niño/a y mi niño/a sea transportado al hospital de mi preferencia o ambulancia a costo mío. Mi firma también otorga consentimiento para administrar tratamiento médico en caso de emergencia.

Consentimiento de Padre/Tutor

Favor de tomar en cuenta que, al darnos su información como contacto y registro, usted está dando su consentimiento voluntariamente de recibir llamadas telefónicas y comunicación vía correo electrónico de los maestros, administradores, y personal del Distrito. Esto podría incluir correos electrónicos sobre el progreso de su hijo, eventos de la escuela, eventos del distrito y eventos que se lleven a cabo en la comunidad. También estaremos compartiendo noticias y publicaciones del Distrito – todo en un esfuerzo para ayudar a mantenerlo informado.

Yo, el padre/tutor legal de este estudiante, certifico que la información en esta forma es correcta y verdadera.

Nombre de Padre/Tutor:

Firma de Padre/Tutor:

Fecha