

DISTRITO ESCOLAR CONDADO DE PUTNAM  
Información del pupilo

Número estudiante de Florida

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MAESTRO(A) \_\_\_\_\_ NUMERO DE ALMUERZO \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ NUMERO SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
RAZA: BLANCA \_\_\_\_\_ NEGRA \_\_\_\_\_ COBRIZA \_\_\_\_\_ AMARILLA \_\_\_\_\_ MULTIRACIAL \_\_\_\_\_ ETNIA: HISPANO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_  
ULTIMA ESCUELA QUE ATENDIIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
**INCLUYA EL NOMBRE DE CUALQUIER ESCUELA PÚBLICA O PRIVADA**

¿HA ATENDIDO EL ESTUDIANTE A UNA ESCUELA PÚBLICA EN FLORIDA? PRE-K O GRADOS K-12 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿ESTÁ EL ESTUDIANTE EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EXCEPCIONAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TERAPIA DE LENGUAJE SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
ESPECIFIQUE CUALQUIER EXPULSIÓN PREVIA, ARRESTOS, RESULTANDO EN CARGOS Y ACCIONES DE JUSTICIA JUVENIL:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
NUMERO LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE HABITACION \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREOS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
DIORECCION 911 \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
SITIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
NUMERO LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE HABITACION \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREOS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
DIORECCION 911 \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
SITIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

EL ESTUDIANTE VIVE CON AMBOS PADRES \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA**

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firmado y jurado en mi presencia el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Notario Público Estado de Florida)

Conocido personalmente \_\_\_\_\_ o se identificó mediante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre, o Sello del Notario Comisionado

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA DIFERENTE A LOS PADRES \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO HABITACION \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION 911 \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

SEGUNDA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA DIFERENTE A LOS PADRES \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO HABITACION \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION 911 \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS HERMANOS Y HERMANAS QUE VIVEN EN LA CASA	EDAD	GRADO	ESCUELA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SI EL ESTUDIANTE USA EL BUS, BUS NUMERO \_\_\_\_\_ CONDUCTOR \_\_\_\_\_  
SI EL ESTUDIANTE NO USA EL BUS, ¿COMO VA A LA ESCUELA? \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION MEDICA DE LOS PADRES**

Yo, SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_ (MARQUE UNO) autorizo a la escuela para obtener los servicios médicos necesarios para mi hijo/a \_\_\_\_\_  
en caso de que yo no pueda ser localizado. EL doctor de mi hijo/a es \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES DE SALUD**

Por la presente doy consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ participe en los exámenes de salud conducidos durante el año escolar. Dichos exámenes podrán incluir medidas de tamaño, peso, visión, oídos, presión arterial, observación por desviaciones de la columna y evaluaciones por parte de la enfermera por sospecha de problemas o problemas reales de salud.

Es entendido que no se le administrará tratamientos adicionales sin permiso adicional de los padres. Los padres serán notificados en case o de que se detecte algún problema.

Por favor enumere cualquier problema, condiciones o medicamentos que podrían afectar el funcionamiento del niño en la escuela o participación en educación física u otros programas,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Distrito Escolar Condado de Putnam LEP y Encuesta Ocupacional

Para ser completada por el padre, guardián o adulto con el estudiante al momento de la inscripción.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

**Fecha de inscripción inicial en una escuela de los Estados Unidos:** \_\_\_\_\_

### Parte I

### ENCUESTA IDIOMA HABLADO EN CASA

1. ¿Es un idioma diferente al inglés usado en casa? \_\_\_ Si \_\_\_ No
2. ¿Tiene el estudiante un idioma como primera lengua diferente al inglés? \_\_\_ Si \_\_\_ No
3. ¿Habla frecuentemente el estudiante un idioma diferente al inglés? \_\_\_ Si \_\_\_ No
4. ¿Qué idioma se usa en casa? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es la nacionalidad del estudiante? \_\_\_\_\_

Si usted marcó "Si" en alguna de las preguntas en la encuesta del idioma hablado en casa Parte I, su hijo será ubicado temporalmente en el programa ELL dependiendo de futuras evaluaciones para determinar si su estudiante satisface los criterios para entrar en el programa.

Los servicios del programa ELL incluye:

- Maestros tienen entrenamiento ELL avalado por el estado.
- Los niños serán educados usando estrategias ELL para una instrucción efectiva.
- Los padres son invitados para reuniones especiales LEP (Actuación limitada en Inglés) para discutir los planes de educación de su hijo.
- Todos los estudiantes ELL participan en los mismos programas que los estudiantes regulares.
- Los estudiantes son evaluados cada año y permanecerán en el programa ELL con una nota en LAS de 1, 2, o 3 y saldrán con una nota de 4 ó 5.
- El progreso de los estudiantes es monitoreado por dos años después de salir del programa ELL.
- Los niños que califican para ELL y Educación especial recibirán ambos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Traductor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

### Definición Federal de un estudiante Inmigrante

El término "niños y jóvenes inmigrantes" el cual es definido en la sección 3301(6) del Título III, se refiere a individuos que: (A) tienen edades comprendidas entre 3 y 21 años de edad; (B) no nacieron en los Estados Unidos de América; y (C) no han atendido a una o más escuelas en ninguno de los Estados por más de tres años académicos completos, Parte II

### Parte II

Ocupación actual de los padres: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha cruzado usted o alguien en su familia las fronteras del estado o condado para trabajar o buscar trabajo en una de las siguientes ocupaciones, a tiempo completo o parcial durante los últimos seis (6) años?

- | Si  | No  |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | AGRICULTURA (arando, plantando, cultivando, cosechando, o procesando las cosechas) |
| ___ | ___ | PRODUCTOS LACTEOS  |
| ___ | ___ | GANADERIA (arreglando/cortando pezuñas, marcando, alimentando o recogiendo ganado) |
| ___ | ___ | PLANTANDO, SEMBRANDO O PROCESANDO ARBOLES.   |
| ___ | ___ | TRABAJANDO CON POLLOS O HUEVOS.  |
| ___ | ___ | PESCA COMERCIAL (agua dulce/salada, cangrejos y camarones.)                        |
| ___ | ___ | TRABAJANDO EN UN CRIADERO DE PESCADO.  |
| ___ | ___ | PROCESANDO O TRANSPORTANDO PRODUCTOS DE LA FINCA/PECES.                            |

2. Si usted marcó Si en alguna de las preguntas en la parte II, ¿su hijo se mudó con usted? \_\_\_ Si \_\_\_ No



Putnam County School District

**Raza y Etnia**  
Race and Ethnicity

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Por favor responda ambas preguntas 1 y 2**

**1.- ¿Es su hijo hispano o latino? (por favor marque una solamente)**

- ◇ No, mi hijo no es hispano o latino.
  
- ◇ Si, mi hijo es hispano o latino - Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, u otra cultura u origen sin importar la raza.

**2.- ¿Cual es la raza de su hijo? (por favor marque todas las que apliquen)**

- ◇ Indio Americano o Nativo de Alaska - Una persona con orígenes de Norte y Sur América (incluyendo Centro América) y que mantiene afiliación con las tribus o la comunidad.
  
- ◇ Asiática - Una persona de origen del Lejano Este, Sureste de Asia, subcontinente Indio ej. Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
  
- ◇ Negro o Afroamericano - Una persona con orígenes de cualquier grupo racial de África . Términos tales como Haitiano o Negro pueden ser usados además de Afroamericano.
  
- ◇ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico. - Una persona con origen en Hawaii, Guam, Samoa, u otras islas del pacífico.
  
- ◇ Blanco - Una persona de origen de la gente original de Europa, Este Medio o África del norte.

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

Información Enfermedades crónicas  
Información de salud

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

Salón de clases \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Esta forma deberá ser llenada anualmente. El padre o guardián es responsable de mantener al personal de la escuela informado de cualquier cambio en las condiciones médicas del estudiante. La información será compartida con el personal apropiado de la escuela para poder darle el mejor cuidado.

\_\_\_\_\_ **Mi niño no tiene ninguna condición médica**

Liste las condiciones médicas que su hijo tiene actualmente	Liste las medicinas que su hijo está tomando <b>AHORA</b> casa + escuela	Liste cualquier medicina que deberá ser administrada en la escuela. Autorización médica requerida
ADD ___ ADHD ___		
A2 ___ Alergias Insectos		___ Epipen
A4 ___ Alergia medicinas (nombre la medicina)		___ Epipen
A5 ___ Alergia látex		___ Epipen
A7 ___ Alergia comidas. (nombre la comida) para dietas especiales se necesita la orden del médico		___ Epipen
A-9 ___ Otras alergias		___ Epipen
AS ___ ASMA ¿Que frecuente son los episodios? ___		Inhalador en la escuela ___ En la casa ___ Nebulizador en la casa ___ Nebulizador en la escuela ___
CA ___ CANCER		
CP ___ Parálisis cerebral		
CYF ___ Fibrosis cística		
DB ___ DIABETES Hipoglucemia o Hiperglucemia		___ dieta ___ medicina oral ___ insulina ___ bomba ___ contador carbohidratos
EA ___ Problemas de los oídos (describa)		___ Audífono (izquierdo/derecho/ambos) ___ Sistema FM Sordo (izquierdo/derecho/ambos)
EP ___ Epilepsia/ataques enumere posible causas		Último ataque _____
GA ___ Gastrointestinal ___ Reflujo ___ IBS ___ Crohn		
___ HD Enfermedad el corazón ___ HM murmullo en el corazón		
HE ___ Hemofilia		
HP ___ Presión alta		
KD ___ Enfermedad de los riñones		
MD ___ Distrofia muscular		
MG ___ Migraña		
NO ___ Nariz sangrante ___ ocasional, ___ frecuente ___ condición médica		
PC ___ Condición psiquiátrica Enumere		
SC ___ Anemia		Última crisis _____
VP ___ Problemas de Visión Describa		Gafas, contacto, Impedimento visual Ciego _ izq. derecho, ambos
Liste cualquier condición médica no mencionada anteriormente		

¿Será administrada la medicina en la escuela para alguna de las enfermedades listadas anteriormente? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

SI, Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Medicinas no podrán ser administradas en la escuela hasta no llenar esta autorización.-**

¿Usa su hijo algún equipo ortopédico? \_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_ Andador \_\_\_ Muletas \_\_\_ Otro (especifique)

Se le contactará para determinar el cuidado de ciertas condiciones listadas anteriormente.

**Por favor escriba en letra de imprenta el nombre de las personas a llamar en caso de emergencia:**

1 \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Firma del padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_