

**Actualización de información del estudiante de reingreso.**



**OFFICE USE ONLY**

School #	Student #
Grade Level	Teacher

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido) \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., Sr., II, IV, V) \_\_\_\_\_ **Estudiante** Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Grado a cursar este año escolar \_\_\_\_\_ Grado escolar que cursó el año pasado \_\_\_\_\_ Escuela anterior \_\_\_\_\_ **Estudiante # de Seguro Social (solicitado)** \_\_\_\_\_

\*De acuerdo con el Estatuto de Florida 1008.386, cada Consejo de Educación puede solicitar el número de seguro social de cada estudiante (SSN), el cual será utilizado como forma estándar de identificación en el sistema de información que mantiene el distrito escolar. Un estudiante no está obligado a proporcionar su número de seguridad social. El distrito escolar deberá incluir el número de seguro social en los registros permanentes del estudiante e indicará si el número de identificación del estudiante no es un número de seguro social.

**Origen étnico del estudiante (Debe contestar Sí o No)**

**Yes**, Hispano o Latino (persona originaria de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o Sur, o de otra cultura u origen español sin importar la raza)  **No**, Hispano o Latino

**Estudiante:** Raza (seleccione las que apliquen según su caso)

- Indio Americano o Nativo de Alaska - I** (orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte o del Sur [incluyendo América Central])
- Asiático - A** (originarios del Lejano Oriente, el sudeste de Asia, o el subcontinente Indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam)
- Negro o Afroamericano - B** (orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África)
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico - P** (originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas Pacíficas.)
- Caucásico - W** (originarios de Europa, Medio Oriente, o Norte de África)

**Estudiante** Género

M  F

**Estudiante Domicilio**

número de casa y nombre de la calle, número de apartamento, ciudad, estado, código postal) Desarrollo de Vivienda (en su caso) **Condado de Domicilio (si no es Duval County):** \_\_\_\_\_

**Estudiante #** teléfono (hogar)

Medio de transporte:  A pie  Carro  Extensión de programa en la escuela  Guardería  Bus # \_\_\_\_\_  
 Independiente Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Hermano(s) de Edad Escolar- Nombre(s) y escuela(s):**

**Seleccione todas las que corresponden a la residencia actual del estudiante:**

- Shelter (Refugio)
- Shared Housing Due to Hardship (Vivienda Compartida por dificultad)
- Space Not Designed for Human Habitation (Lugar no diseñado para vivienda humana)
- Hotel/Motel (Hotel/Motel)
- Awaiting Foster Care (En espera de padre adoptivo)
- Foster Parent (Padre adoptivo)
- Shelter/Group Home (Albergue)
- Relative Care (Cuido de un familiar)
- Independent Living (Independiente)
- Does not apply (No aplica)

**INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO (Por favor incluya la información del padre/encargado en el orden que desee le comunique).**

<b>PADRE O ENCARGADO</b>	Primer Nombre y Apellido _____	Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal	
	Teléfono (hogar) _____	Teléfono (celular) _____	Teléfono (trabajo) _____
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal) _____		
<b>PADRE O ENCARGADO</b>	Primer Nombre y Apellido _____	Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal	
	Teléfono (hogar) _____	Teléfono (celular) _____	Teléfono (trabajo) _____
	Domicilio si no es el mismo al del estudiante (Núm. de casa, calle, núm. de departamento, ciudad, estado, código postal) _____		
<b>OTHER</b>	<b>SUSTITUTO EDUCATIVO (SI APLICA)</b> _____ Sustituto Educativo _____ Teléfono _____		
	Correo electrónico _____		

**Información acerca de la residencia del estudiante Indique con quién vive el estudiante (marque sólo una):**

- Ambos Padres  Madre  Padre  Padre y Madrastra/Padrastro  Tutor Legal
- Otro: \_\_\_\_\_
- No en custodia física del padre o tutor (Jóvenes no acompañados)**  Sí  No

¿El padre o tutor trabaja o vive en propiedad federal?  Sí  No

**Familias Militares (Pacto Interestatal de Oportunidades Educativas):** Por favor seleccione para indicar la descripción que aplique a su hijo(a). Con base a los Estatutos de la Florida; son considerados estudiantes de familias militares aquellos hijos de:

- Miembros activos al servicio de las fuerzas armadas, incluyendo a la Guardia Nacional y la reserve en servicio active.  
(conforme a 10 USC § 1209 y 1211)
- Miembros de las fuerzas armadas que fueron gravemente heridos y dados de alta médicamente (el alta médica debe tener menos de 1 año)
- Veteranos de las fuerzas armadas que se retiraron (la jubilación debió haber sido en menos de un año)
- Miembros de las fuerzas armadas que fallecieron durante su servicio, o como consecuencia de las lesiones sufridas durante su servicio como activo. (El fallecimiento debió haber ocurrido en menos de 1 año)

Si la estructura de su familia no está incluida en ninguna de las categorías mencionada, por favor marque la siguiente declaración:

Mi hijo(a) no es estudiante de familia militar.

**IMPORTANTE. A CONTINUACIÓN DEBERÁ CONTESTAR LAS PREGUNTAS A-D**

A. ¿Existe alguna orden de restricción judicial **prohibiendo a alguno de los padres sacar al estudiante** de la escuela?  Sí  No  N/A

En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia** actualizada de la orden judicial.

Si es divorciado o separado:

B. ¿Los padres tienen custodia compartida de derechos y responsabilidades?  Sí  No  N/A

Si su respuesta es no, **proporcione a la escuela una copia** de la orden judicial que indica las limitantes de la patria potestad y responsabilidades con respecto al estudiante.

C. ¿Alguno de los padres tiene la autoridad máxima de decisión a nivel educativo?  Sí  No  N/A

En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia** de la orden judicial que indica que uno de los padres tiene la decisión final con respecto a su educación.

D. ¿Existe una **orden de restricción temporal o permanente, orden de no contacto u otra orden judicial** que restringe o afecta el acceso al estudiante por cualquier persona incluyendo a algunos de los padres?  Sí  No  N/A

En caso afirmativo, **proporcione a la escuela una copia de la orden judicial correspondiente.**

**INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

**Exámenes de Salud:** Los estudiantes recibirán exámenes de salud no invasivos conforme al Estatuto de Florida § 381.0056 (7) (d). Exámenes no invasivos pueden incluir visión, oído, escoliosis, altura y peso. Estas pruebas se pueden administrar de forma individual o en grupos. Los padres o encargados (tutores), sin embargo, tienen el derecho de solicitar una exoneración por escrito. *(Esta exoneración cubrirá todos los tipos de exámenes.)*

Si usted **NO QUIERE** que su hijo(a) reciba estos exámenes de salud, escriba las palabras "**Do not screen**" aquí:

¿Su hijo tiene seguro médico?  Sí  No

¿Desea ser contactado para informarle acerca de cómo obtener un seguro médico accesible?  Sí  NO

**AHCA Autorización para liberar información:** las escuelas públicas del Condado de Duval está autorizado a divulgar información de mi hijo, para médicos relacionados con los servicios puede recibir en la escuela, a la Agencia para la administración del cuidado de la salud/o agente de facturación a efectos de seguimiento, facturación y recepción de reembolso de Medicaid para esos servicios. Tengo entendido que la prestación de servicios necesarios para una educación pública gratuita adecuada para un estudiante elegible bajo la ley para personas con discapacidad educación se proporcionará sin costo alguno. Entiendo y acepto que las escuelas públicas del Condado de Duval puedan acceder a beneficios públicos/seguros de padres y estudiantes para pagar los servicios requeridos bajo reglas 6A-6.03011 a través de 6A-6.0361, Fac. Acceso a esos beneficios no disminuir los beneficios de cobertura disponibles o resultar en la familia pagar por servicios que de lo contrario estaría cubiertos y pueden ser necesario fuera del tiempo que es el estudiante en la escuela. Tampoco habrá un incremento en las primas o discontinuación de beneficios de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor/Sustituto

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Lea cuidadosamente a continuación. Marque la casilla con la declaración que le corresponda.**

**Consentimiento de los padres para la publicación de fotografía e información del estudiante:** Por la presente autorizo a la escuela o al distrito a usar la fotografía de mi hijo, la imagen, escritura, grabación de voz, nombre, grado, nombre de la escuela, participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, peso y altura de miembros de equipos atléticos, fechas de asistencia, diplomas y premios recibidos, fecha y lugar de nacimiento, y la más reciente escuela que asistió con anterioridad, anuarios, programas de graduación, carteles, producciones escolares, sitios web, etc. y / o publicaciones similares patrocinadas por la escuela o el Distrito, o entrevistas aprobadas por el Distrito para medios de prensa, comunicados, artículos y fotografías. También doy permiso a la escuela o Distrito de publicar a los medios de comunicación y entidades gubernamentales el nombre de mi hijo(a), nombre de la escuela así como los reconocimientos recibidos para el anuncio al público acerca de sus logros como estudiante. Entiendo que si no selecciono la casilla de autorización, mi hijo no puede y no será incluido en cualquier publicación o presentación, incluyendo el anuario de la escuela.

Sí, doy consentimiento  No doy consentimiento

¿Le gustaría recibir mensajes de texto\*, mensajes automatizados y/o mensajes de voz pre-grabadas del distrito o escuela, con relación al cierre de escuelas y eventos de las mismas?

\_\_\_\_\_ SI

NO \_\_\_\_\_

*\*Los mensajes de texto pueden incurrir en cargos adicionales, dependiendo de su plan de teléfono celular. Consulte con su proveedor de telefonía celular.*

**ESTA INSCRIPCIÓN NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA Y LA FECHA**

**Bajo pena de perjurio,** declaro que he leído el formulario anterior y que lo establecido en el mismo son verdaderos y exactos. El Estatuto de Florida 92.525 (3) dispone que todo aquel que hace una declaración falsa bajo pena de perjurio, es culpable de un delito de tercer grado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor/Sustituto (firma del estudiante si es mayor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha