


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

<b>Inscripción de Estudiantes</b>  Complete ambos lados del formulario. Favor de contestar todas las preguntas que le correspondan.		OFFICE USE ONLY			
		School #		Student #	Student Entry Date
		Grade Level		Teacher	Birth Certificate <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Immunization Certification <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Temp <input type="checkbox"/> Exempt		Physical <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		Transportation: <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Ext. Day <input type="checkbox"/> Day Care <input type="checkbox"/> Bus #			
Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)		Sufijo (Jr., Sr., II, III, IV, V)	<b>Estudiante</b> Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Grado a cursar este año escolar	Grado escolar que cursó el año pasado	<b>Estudiante #</b> de Seguro Social (solicitado) *	<b>Estudiante</b> Lugar de Nacimiento (ciudad, estado)		
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.					
¿El estudiante ha asistido con anterioridad a alguna escuela pública en el condado de Duval?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Estudiante</b> País de Nacimiento <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Es el estudiante de un nacimiento múltiple (gemelos, trillizos, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Hermano(s) de Edad Escolar- Nombre(s) y escuela(s):</b>					
<b>Origen étnico del estudiante (Debe contestar Sí o No)</b> <input type="checkbox"/> 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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> No, Hispano o Latino</span>					
<b>Estudiante:</b> Raza (seleccione las que apliquen según su caso) <input type="checkbox"/> <b>Indio Americano o Nativo de Alaska – I</b> (orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte o del Sur [incluyendo América Central]) <input type="checkbox"/> <b>Asiático - A</b> (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) <input type="checkbox"/> <b>Negro o Afroamericano - B</b> (orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África) <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico - P</b> (originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas Pacíficas.) <input type="checkbox"/> <b>Caucásico - W</b> (originarios de Europa, Medio Oriente, o Norte de África)					
<b>Estudiante</b> Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Estudiante Domicilio</b> número de casa y nombre de la calle, número de apartamento, ciudad, estado, código postal) Desarrollo de Vivienda (en su caso) <b>Condado de Domicilio (si no es Duval County):</b> _____			
<b>Estudiante #</b> teléfono (hogar)					
<b>Seleccione todas las que corresponden a la residencia actual del estudiante:</b>		<input type="checkbox"/> Shelter (Refugio) <input type="checkbox"/> Hotel/Motel (Hotel/Motel) <input type="checkbox"/> Shelter/Group Home (Albergue) <input type="checkbox"/> Shared Housing Due to Hardship (Vivienda Compartida por dificultad) <input type="checkbox"/> Awaiting Foster Care (En espera de padre adoptivo) <input type="checkbox"/> Relative Care (Cuido de un familiar) <input type="checkbox"/> Space Not Designed for Human Habitation (Lugar no diseñado para vivienda humana) <input type="checkbox"/> Foster Parent (Padre adoptivo) <input type="checkbox"/> Independent Living (Independiente) <input type="checkbox"/> Does not apply (No aplica)			
¿En qué <u>fecha</u> fue inscrito el estudiante <u>por primera vez</u> en una escuela en USA?					
En caso afirmativo, indique qué idioma.					
<b>SÓLO PARA NUEVOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS PÚBLICAS EN EL CONDADO DE DUVAL</b> 1. ¿En su hogar se habla otro idioma que no es inglés? <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No _____ 2. ¿El estudiante tuvo un primer idioma que no es inglés? <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No _____ 3. ¿El estudiante habla otro idioma con más frecuencia que no es inglés? <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No _____					
<b>If Yes is checked, school personnel fax this page to ESOL office at 390-2800.</b>					

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)
---

**Solamente para Estudiantes que Ingresan a Kindergarten - Información de Inscripción Preescolar** - (seleccione todos los programas que le correspondan)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> DCPS (Título I Pre-K) (C)    | <input type="checkbox"/> Head Start (H)                | <input type="checkbox"/> No atendió preescolar (N)         | <input type="checkbox"/> Programa de padres adolescentes (T) |
| <input type="checkbox"/> Pre-K con Discapacidades (D) | <input type="checkbox"/> Preparación de Coaliciones(L) | <input type="checkbox"/> Pre-K privado (NO VPK) (P)        | <input type="checkbox"/> Proveedor Privado VPK (V)           |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de Padres (F)         | <input type="checkbox"/> Emigrante Pre-K (M)           | <input type="checkbox"/> Pre-K en escuela del Distrito( S) |  |

Si el estudiante atendió Pre-K, nombre del proveedor de Pre-K: \_\_\_\_\_

**Cláusulas de Entrada** (marque según corresponda) FS 1006.07 (1)(b)

El estudiante ha sido expulsado de la escuela. Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

El estudiante ha sido arrestado o procesado por haber violado una ley penal resultando en un cargo.  Sí  No

El estudiante ha estado involucrado en el sistema de justicia juvenil.  Sí  No

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

<b>PADRE OR ENCARGADO</b>	Primer Nombre y Apellido		Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre adoptive
	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)		
	Correo electrónico		
<b>PADRE O ENCARGADO</b>	Primer Nombre y Apellido		Relación al Estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre adoptive
	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)		
	Correo electrónico		

**INFORMACION DE SUSTITUTO EDUCATIVO (si aplica)**

<b>SUSTITUTO EDUCATIVO (SI APLICA)</b>	Sustituto Educativo	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)	
	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

¿Eres padre adolescente?  Sí  No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información: \_\_\_\_\_

Nombre del hijo(a) Fecha de Nacimiento

Nombre legal (primer nombre, segundo, apellido)

**INFORMACIÓN ESCOLAR**

Nombre de la última escuela que asistió el estudiante	Teléfono – Última escuela	Tipo de escuela (marque sólo una) <input type="checkbox"/> pública ( <i>incluyendo charter schools</i> ) <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> estudios en casa
Ciudad de la última escuela que asistió	Estado de la última escuela que asistió	
Condado de la última escuela que asistió	País de la última escuela que asistió <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Otro:	
<p><b>Plan Educativo:</b> Marque todas las que corresponden. Proporcionar una copia del plan educativo junto con este documento de inscripción.</p> <input type="checkbox"/> Individual Education Plan ( <i>IEP</i> ) <input type="checkbox"/> 504 Plan <input type="checkbox"/> Private School Services Plan <input type="checkbox"/> Education Plan (Gifted only) Plan de Educación Individual (PEI)    Plan 504    Plan de Servicios de Escuelas Privadas    Plan de Educación (Solo gifted-dotado)		
¿El padre/tutor ha trabajado en la agricultura o pesca? Si su respuesta es sí, por favor complete la <b>Encuesta de Familia Migratoria</b> . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El padre o tutor trabaja o vive en propiedad federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p><b>Familias Militares (Pacto Interestatal de Oportunidades Educativas):</b> 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:</p> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Miembros de las fuerzas armadas que fueron gravemente heridos y dados de alta médicamente (el alta médica debe tener menos de 1 año) <input type="checkbox"/> Veteranos de las fuerzas armadas que se retiraron (la jubilación debió haber sido en menos de un año) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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:

¿Tiene seguro médico su estudiante?  Sí  No

¿Duval County Public Schools puede contactarlos con información de seguros médicos económicos?  Sí  No

