



**DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR  
DE WINDSOR  
FORMA DE REGISTRO**

**NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE**

# ID PERM \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

MAESTRO/A \_\_\_\_\_ SALON \_\_\_\_\_

FECHA DE MATRICULACION \_\_\_\_\_

**GRADO ACTUAL**

**Sexo**

- Masculino  
 Femenino

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección para correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Dirección de su residencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN**

Padre \_\_\_\_\_ Tel.de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Tel. de su trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO		
Mes	Día	Año
LUGAR DE NACIMIENTO		
Ciudad	Edo.	Condado
VERIFICACION NACIMIENTO		
Evidencia		Iniciales

**¿CUÁL ES EL GRUPO ETNICO DE SU HIJO/A? (Por favor marque uno)**

- Hispánico ó latino  No es hispánico o latino

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Marque hasta cinco categorías raciales)**

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano ó nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> De Guam  | <input type="checkbox"/> Otro asiático              |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro de Islas del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Negro ó americano africano         | <input type="checkbox"/> Hmong    | <input type="checkbox"/> Samoano                    |
| <input type="checkbox"/> Camboyano                          | <input type="checkbox"/> Japonés  | <input type="checkbox"/> Tahitiano                  |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Vietnamita                 |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Blanco                     |

**Educación de los padres: (Marque sólo uno)**

- No se graduó de la preparatoria (1)  
 Graduado de la preparatoria (2)  
 Algo de colegio o universidad (3)  
 Graduado de universidad (4)  
 Graduado de escuela/Entrenamiento Después de graduado (5)  
 Me niego decir (6)

**PROGRAMAS ESPECIALES: (Marque todos los que aplican)**

- |                              |                                 |                                   |                                |                                 |                                   |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SDC | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Habla | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente |
| <input type="checkbox"/> RSP | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> GATE  | <input type="checkbox"/> Pasado | <input type="checkbox"/> Presente |

- Otro  Pasado  Presente

**EL ESTUDIANTE RESIDE CON: (marque)**

- padre  madre  
 padrastro  madrastra  
 tutor (masculino)  tutor (femenino)  
 padre adoptivo  madre adoptiva  
 otro

**Estado Civil de los padres**

- casados  
 separados  
 divorciados  
 fallecidos

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA PREVIA**

Nombre de la escuela previa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Han estado alguna vez matriculados en el Distrito Unificado de Windsor? Si contestó Sí, año \_\_\_\_\_ escuela \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE LA SALUD:**

- |   |                                |  |   |  |  |
|---|--------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a abejas | Fecha de última picadura _____ | <input type="checkbox"/> Alergias de comida      | <input type="checkbox"/> Desmayos           | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales           | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
|   |                                | <input type="checkbox"/> Alergias de la estación | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> Ataques                       | <input type="checkbox"/> Visión              |
|   |                                | <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Oído               | <input type="checkbox"/> Toma medicamento regularmente |  |
|   |                                | <input type="checkbox"/> Asma Severa             | <input type="checkbox"/> Condición cardiaca |  |  |
|   |                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Condición renal    |  |  |

Describa la reacción \_\_\_\_\_

Comprendo que debo de llenar un FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA y tenerlo en el archivo de mi hijo/a para que le administren **cualquier** medicamento.

¿Qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**OTROS HERMANOS QUE VIVEN EN SU CASA:**

Nombre _____	Nacimiento _____	Nombre _____	Nacimiento _____	Nombre _____	Nacimiento _____
--------------	------------------	--------------	------------------	--------------	------------------

**ENCUESTA DEL IDIOMA:**

El Código Educativo de California requiere a las escuelas que determinen el idioma(s) que cada estudiante habla en casa. Esta información es esencial para que las escuelas ofrezcan instrucción significativa para todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir con este requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Cuál idioma/dialecto aprendió su hijo/a cuando él/ella primero comenzó a hablar? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma/dialecto usa su hijo/a más frecuentemente en la casa? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma/dialecto usa usted más seguido para hablarle a su hijo/a? \_\_\_\_\_
- ¿Nombre el idioma/dialecto que hablan más seguido los adultos en casa? \_\_\_\_\_
- ¿Le han administrado a su hijo la prueba CELDT (Prueba de Desarrollo del Idioma Inglés de California)?  
 Sí  No  No sé

Quando entró a US _____ Mes/Día/Año
Quando entró a escuela en US _____ Mes/Día/Año
Quando entró a escuela en CA _____ Mes/Día/Año

Por favor envíen a casa las cartas/reportes en:  Inglés  Español

Necesitaré un intérprete para las juntas y conferencias

<b>VACUNAS:</b> Cumplió con los requisitos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Para uso de la escuela</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>DISCIPLINA:</b> ¿Alguna expulsión previa, ó candidato para ser expulsado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ORDEN JUDICIAL (Debe de tener copia en el archivo)		Explique: _____

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_