

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PRINCETON – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

<b>ESCUELA</b> <input type="checkbox"/> Escuela Primaria de Princeton <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria de Princeton		<b>GRADO</b>	
<b>NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE</b> Primero    Segundo    Apellido    Sufijo			
<b>OTROS NOMBRES</b> Primero    Segundo    Apellido    Sufijo			
<b>DIRECCIÓN RESIDENCIAL</b> Calle    Ciudad    Código Postal			
<b>DIRECCIÓN DE ENVÍO</b> Calle    Ciudad    Código Postal			
<b>RESIDENCIA</b> – ¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (Marque la casilla correspondiente): <input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil) <input type="checkbox"/> En un motel/hotel <input type="checkbox"/> Duplicado (compartiendo la vivienda con otras familias/personas debido a dificultades económicas o pérdidas) <input type="checkbox"/> Sin refugio (coche/camping) <input type="checkbox"/> En un programa de refugio o vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	
		<b>GÉNERO</b> <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> No Binario	
<b>¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO/A? (Marque uno):</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino  <b>¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Marque hasta cinco categorías raciales):</b> <small>La parte anterior de la pregunta es sobre etnia, no raza. Independientemente de lo que haya seleccionado anteriormente, continúe respondiendo lo siguiente marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es su raza.</small> <input type="checkbox"/> Nativo de Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Blanco		<b>ENCUESTA DE IDIOMAS DEL HOGAR</b> <small>El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen los idiomas que cada estudiante habla en casa.</small> 1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?  2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa?  3. ¿Qué idioma (los padres o tutores) utilizan con más frecuencia cuando hablan con su hijo/a?  4. ¿Qué idioma hablan los adultos con mayor frecuencia en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)	
<b>COMUNICACIÓN</b> – ¿En qué idioma desea recibir comunicaciones escritas de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español			
<b>ESTUDIANTE ESCOLAR ÚLTIMO ASISTIDO</b> (si es aplicable)		<b>FECHA RESTANTE</b>	
		<b>FECHA DE PRIMERA ENTRADA A LA ESCUELA DE EE. UU.</b>	
<b>DIRECCIÓN DE ESCUELA ANTERIOR</b> Calle    Ciudad    Estado    Código Postal			
<b>¿HA ASISTIDO SU HIJO/A A PJUSD ANTES?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si, cuándo:		<b>¿SU HIJO/A TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  En caso afirmativo, especifique:	
<b>DISCIPLINA</b> ¿Alguna vez se recomendó la expulsión de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está su hijo/a en proceso de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo/a ha sido expulsado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>JUVENTUD ADOPTIVA</b> ¿Alguna vez su hijo/a se ha identificado como un joven adoptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si, cuándo:	
<b>¿TIENE SU HIJO/A UN IEP ACTUAL (PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> Clase diurna especial <input type="checkbox"/> Habla/lenguaje <input type="checkbox"/> Recurso <input type="checkbox"/> Otro		<b>¿ESTÁ SU HIJO/A INSCRITO EN ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS/CLASES?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    En caso afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> Especialista en lectura <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Desarrollo del idioma inglés <input type="checkbox"/> GATE	
<b>ESTUDIANTE RESIDE CON</b> (Marque uno): <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Solo padre <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Relativo <input type="checkbox"/> Solo madre <input type="checkbox"/> Madre/Padrastra <input type="checkbox"/> No relativo ¿La custodia compartida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Hay una orden de restricción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>NIVEL DE EDUCACIÓN PARA PADRES</b> (Padre más educado): <input type="checkbox"/> No soy un graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Escuela/formación de posgrado <input type="checkbox"/> Algún título universitario/asociado <input type="checkbox"/> Rechazo a declarar/desconocido	
<b>PADRE/TUTOR</b> (nombre completo) con el que reside el estudiante		<b>MADRE/TUTOR</b> (nombre completo) con el que reside el estudiante	
<b>RELACIÓN</b> (si no es el padre)		<b>RELACIÓN</b> (si no es el padre)	
<b>TELÉFONO DE CASA</b> <b>TELÉFONO MÓVIL</b>		<b>TELÉFONO DE CASA</b> <b>TELÉFONO MÓVIL</b>	
<b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>		<b>TELÉFONO DEL TRABAJO</b> <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>EMPLEADOR / NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>EMPLEADOR / NOMBRE COMERCIAL</b>	
<b>EMPLEADOR / DIRECCIÓN COMERCIAL</b>		<b>EMPLEADOR / DIRECCIÓN COMERCIAL</b>	

<b>SERVICIO ACTIVO</b> – ¿Está el padre / tutor en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardia Costera) o en servicio de tiempo completo en la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha militar activa más reciente de ese padre/tutor?			
<b>OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN CASA</b>			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	
LA ESCUELA			
<b>ENVÍO DUPLICADO</b> – Si divorciados/separados y la custodia compartida permite que se proporcione información/correo duplicado a otro padre			
Nombre Completo			Número de Teléfono
Calle		Ciudad	Código Postal
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b> – Si el padre/tutor no está disponible			
<b>ADULTO QUE NO SEA EL PADRE</b>		<b>ADULTO QUE NO SEA EL PADRE</b>	
RELACIÓN		RELACIÓN	
DIRECCION DE CASA		DIRECCION DE CASA	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
<b>ADULTO QUE NO SEA EL PADRE</b>		<b>ADULTO QUE NO SEA EL PADRE</b>	
RELACIÓN		RELACIÓN	
DIRECCION DE CASA		DIRECCION DE CASA	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL
<b>ALERTAS DE SALUD</b> – Enumere cualquier condición médica que restrinja la actividad física o requiera atención especial. Incluya afecciones como asma y alergias como cacahuates y picaduras de abejas. Si no tiene ninguno, indique "ninguno."			
Alergias		Medicamentos	
Médico	Número de Teléfono del Medico	Seguro Médico	
<b>AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>			
Afirmo, como padre/tutor legal de _____ (escriba el nombre del estudiante aquí) un menor, por la presente autoriza al director o su designado, a cuyo cuidado se le ha confiado el estudiante, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestésico, médico o quirúrgico, diagnóstico, tratamiento y/o atención hospitalaria que se brindará al estudiante con el consejo de cualquier médico y/o dentista con licencia. Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria requerida y proporciona autoridad y poder al Distrito Escolar Unificado de Princeton ("Distrito") para otorgar un consentimiento específico a todos y cada uno de dichos diagnósticos, tratamientos, o atención hospitalaria que un médico o dentista con licencia considere necesaria. Esta autorización se otorga de acuerdo con la Sección 49407 del Código de Educación de California y permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito y entregada al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y sus empleados no asumen responsabilidad de ningún tipo en relación con el transporte del estudiante. Además, entiendo que todos los costos de transporte paramédico, hospitalización y cualquier examen, radiografía o tratamiento proporcionado en relación con esta autorización serán mi única responsabilidad como padre/tutor del estudiante.			
<b>PERMISOS</b>			
Doy permiso para que mi hijo/a asista a excursiones LOCALES (en la ciudad). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado para el anuario de la escuela y otros medios de comunicación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Todos los adultos que figuran en este formulario pueden sacar a mi hijo/a de la escuela. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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

Fecha \_\_\_\_\_