



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA FORMA DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

Complete la forma con tinta negra o azul y escriba lo mas claramente posible. Muchas gracias.

Teacher's Name: _____
Room#: _____ Date input: _____ Stu# _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido[s] _____ Primer Nombre _____ Seguro Nombre _____ Sujiyo _____ Sexo / Masculino / Femenino
Grado actual _____ Fecha de nacimiento {mes/dia/año} _____ Edad _____ Apodo _____
Dirección POSTAL (Calley número de apartamento) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección DE LA CASA (Calley número de apartamento) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Ciudad de nacimiento _____ Estado/Provincia de nacimiento _____ País de nacimiento _____ Número de teléfono de casa _____
Si su hijo nació en otro país, desde cuando vive en Estados Unidos {mes/año} _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

El estudiante vive con: Ambos Padres Con la madre Padre y madrastra Padres de Crianza
 Tutor(es) Legal(es) Con el padre Madre y padrastro Otro: _____

Nombre de la Madre o de la Tutora Legal: _____
Apellido[s], Nombre _____
Número de teléfono principal: Celular de Casa de Trabajo Otro
Número de teléfono alterno: Celular de Casa de Trabajo Otro

Nombre del Padre o del Tutor Legal: _____
Apellido[s], Nombre _____
Número de teléfono principal: Celular de Casa de Trabajo Otro
Número de teléfono alterno: Celular de Casa de Trabajo Otro

Contacto principal (marque sólo uno): Madre/ Tutora Legal Padre/ Tutor Legal
Correo Electrónico del padre o madre (anote sólo uno, por favor): _____
La Familia vive en: Residencia Familiar Hotel/Motel Institución autorizada para albergar menores
 Hacer de crianza temporal o con parientes A la intemperie Otro:
 Junto con otra Familia de foima temporal Hogar de Crianza en espera de reubicación bajo cuidado

usted o algún miembro de su familia inmediata ha trabajado en la agricultura, la pesca o la elaboración de alimentos de forma temporal en las últimas tres años? SI NO

INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL ESTADO DE CALIFORNIA

¿cual es la ETNIA de su hijo? (marque sólo una, por favor) Hispano o Latino *En este caso, independientemente de la raza: personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o suramericano, o cualquier otra cultura hispanica.*
 Ni Hispano ni Latino

¿A que RAZA pertenece su hijo? Por favor, marque AL MENOS UNO, y hasta un máximo de cinco grupos raciales. La primera parte de la pregunta se refiere a origen étnico, no a la raza. Además de la elección que marcó arriba, por favor seleccione una o más de las opciones que se listan en seguida, dependiendo de las que usted considere son aplicables a la raza o razas a las que pertenezca su hijo.

- Indio Americana o Native de Alaska
- Camboyano
- Hmong
- Nativo de Hawaii/Islands del Pacifico
- Vietnamita
- Armenia
- Chino
- Japonés
- OIra, Asiática
- Blanco
- Inda asiático
- Filipino
- Coreano
- Samoano
- Tahitiano
- Negro o Afroamericano
- Guamés
- Laosiano

Nivel Educativo del Padre o Tutor (por favor sólo marque el NIVEL MÁXIMO de escolaridad de alguno de los padres):
 Título Universitario/Estudios de Posgrado Algunos Estudios Universitarios [Incluido título de Nivel Media (AA)] No se graduó de la preparatoria
 Graduado Universitario Graduado de preparatoria

¿SU hijo estuvo en clases de pre-escolar? SI NO En caso de que sí, ¿en que escuela? _____
¿Culando inscribió a su hijo por primera vez en Estados Unidos en una escuela de los grados K al 12? (mes/día/año) _____ Grado _____
¿Culando inscribió a su hijo por primera vez en California en una escuela de los grados K al 12?? (mes/día/año) _____ Grado _____

FOR OFFICE USE ONLY	Enrolling SchQol:	Today's Date:	Enrollment Date:
Verification of Legal Name and Birth date by:		Medical:	Student's Perm. ID #:
<input type="checkbox"/> Birth Cert <input type="checkbox"/> Hospital Cert <input type="checkbox"/> Passport/Visa <input type="checkbox"/> Baptism <input type="checkbox"/> School Records <input checked="" type="checkbox"/> Affidavit		Immunizations completed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exempt Verified by (name): _____	Form Processed By:

PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT - STUDENT REGISTRATION FORM - PAGE 2

APELLIDO[S]. DEL ESTUDIANTE _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

PERM.ID# _____

ENCUESTA DEL IDIOMA PREDOMINANTE EN EL HOGAR

1. Cual es el idioma natal de su niño? _____

2. Cual es el idioma que más habla su niño en la casa? _____

3. Cual es el idioma que usted usa con más frecuencia para hablar con su niño? _____

En caso de que fuese posible, ¿en qué idioma le gustaría a usted recibir información relacionada con la escuela de su hijo? _____

DATOS DE OTROS MENORES QUE VIVAN EN EL MISMO HOGAR

Apellido(s), Primer Nombre, Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Escuela a la que acude	Grado
--	------------	---------------------	------------------------	-------

Apellido(s), Primer Nombre, Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Escuela a la que acude	Grado
--	------------	---------------------	------------------------	-------

Apellido(s), Primer Nombre, Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Escuela a la que acude	Grado
--	------------	---------------------	------------------------	-------

Apellido(s), Primer Nombre, Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Escuela a la que acude	Grado
--	------------	---------------------	------------------------	-------

HISTORIAL ESCOLAR

¿Su hijo ha estado inscrito alguna vez en escuelas del Distrito Escolar Unificado de Pasadena (Incluido Pre-Ko escuela de verano)? Sí No

Mi hijo [] la divulgación de estos datos ES UN REQUERIMIENTO del Código de Educación de California 48915.1(b):

No tiene orden ni recomendación de expulsión emitida por otro distrito escolar.

Actualmente tiene una orden de expulsión, o fue recomendada su expulsión por parte del Distrito Escolar _____

ESCUELAS EN LAS QUE HA ESTADO INSCRITO • POR FAVOR INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS ESCUELAS

Nombre de la escuela anterior	Distrito Escolar	Ciudad	Estado/ Condado	Grado(s)
-------------------------------	------------------	--------	-----------------	----------

Nombre de la escuela anterior	Distrito Escolar	Ciudad	Estado/ Condado	Grado(s)
-------------------------------	------------------	--------	-----------------	----------

Nombre de la escuela anterior	Distrito Escolar	Ciudad	Estado/ Condado	Grado(s)
-------------------------------	------------------	--------	-----------------	----------

ESCUELA Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA

Mi hijo recibe o ha recibido los siguientes servicios (Por favor marcar todos los que sean pertinentes):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan 504 | <input type="checkbox"/> Educación para Dotados y Talentosos (GATE) | <input type="checkbox"/> Título I |
| <input type="checkbox"/> Programa Alternativo/Bilingüe (exención) | <input type="checkbox"/> Educación Especial/IEP, por favor, detalle: _____ | <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique cual: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés | <input type="checkbox"/> Servicios de Habla/Lenguaje (IEP) | <input type="checkbox"/> Mi hijo no ha recibido ninguno de estos servicios |

DATOS DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA

Nombre, dirección y teléfono del médico que lo atiende: _____

Nombre de algún pariente: _____ Parentesco con el niño: _____ Teléfono: _____

Otro contacto para casos de emergencia: _____ Parentesco con el niño: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS DEL ESTUDIANTE • AUTORIZACIÓN DE DATOS CONFIDENCIALES FERPA

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Pasadena para que de información a Paradigm, proveedor de la LEA, con propósitos de facturación por los servicios de salud prestados por la escuela a mi niño para el fin de recibir el reembolso federal. Este reembolso ayuda a cubrir el costo de la prestación de dichos servicios. Toda la información se mantendrá confidencial. Iniciales del Padre o Tutor _____

INFORMACION SOBRE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Muchas compañías de seguros no cubren los servicios de salud escolar, pero los distritos escolares deben tratar de cobrarles a las agencias por estos servicios. Si su hijo tiene seguro médico privado (no de Medi-Cal) ¿autoriza al PUSD para que intente cobrarle a la compañía de seguros? Si no, tenga en cuenta que los servicios de salud en la escuela se le seguirán prestando a su hijo y los padres no tendrán que pagar nada. En caso de que nos de la autorización, por favor complete lo siguiente: Sí No

Compañía de seguros: _____ Póliza # _____ Grupo # _____ Teléfono # _____

El estudiante podrá salir de la escuela sólo con las personas autorizadas en esta forma. En casos de emergencia, y sólo con la autorización previa del padre o tutor, no se le dará ningún tratamiento médico. Certifico que toda la información es exacta y para mantener a mi hijo seguro me comprometo a informar de cualquier cambio de domicilio, teléfono, o información de emergencia a la escuela dentro de cinco días hábiles.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

FECHA _____