



**Maxwell unificado Distrito Escolar  
Registro/emergencia Forma  
(para ser completado por el padre o tutor)**

Uso de la oficina solamente:  
Identificación de estudiante no.

SSID no. \_\_\_\_\_

Fecha de inicio prevista: \_\_\_\_\_

Grado

Hombre   
Mujer

Del estudiante según nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(de certificado de nacimiento) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Mes. /Día/año

Dirección de residencia Ciudad Estado Código

Primer nombre de la madre/guardián Apellido (\_\_\_\_\_) Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) Teléfono celular/trabajo

Dirección postal de la madre Ciudad Estado Código Correo electrónico de la madre

Primer nombre del padre/guardián Apellido (\_\_\_\_\_) Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) Teléfono celular/trabajo

Dirección postal del padre (Si diferentes) Ciudad Estado Código Correo electrónico del padre

**Cuestiones de custodia: En ausencia de una copia de una orden judicial, supondremos que ambos padres tienen la custodia del niño. Si no es así, por favor proporcione a la escuela la información necesaria. Las restricciones específicas de custodia deben ser verificadas proporcionando a la escuela una copia del acuerdo de custodia legal**

Última escuela atendida: \_\_\_\_\_ Último día de asistencia \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela Ciudad/estado Número de teléfono.

Lugar de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/País

¿qué mes y año su hijo primero se inscribió en una escuela? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ En un California ¿Escuela? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes. / año mes. / año

**Etnia: Marque la etnia con la que el estudiante identifica más estrechamente: Por favor marque una:**

- Hispana/Latino (Una persona de nacionalidad cubana, mexicana, puertorriqueña, Sudamericana, Centroamericana u otra cultura u origen español, pesar de su raza)  
 No Hispana o Latino **Lenguaje en hogar:**  Inglés  Español  Otros **Lenguaje escrito:**  Inglés  Español  Otros

**¿Cuál es la carrera de su hijo? (Por favor marque hasta cinco categorías raciales) La parte anterior de la pregunta es sobre la etnicidad, no la raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, por favor siga respondiendo lo siguiente marcando una o más cajas para indicar lo que considera que su raza es.**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (100)<br>(Persona que tiene orígenes en cualquiera de los original de los pueblos del norte y del sur América (incluyendo América Central) | <input type="checkbox"/> Corean (203)<br><input type="checkbox"/> Vietnamesa (204)<br><input type="checkbox"/> indio asiático (205)<br><input type="checkbox"/> Laotian (206)<br><input type="checkbox"/> Cambodian (207)<br><input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Hawaiana (301)<br><input type="checkbox"/> guatemalteco (302)<br><input type="checkbox"/> samoana (303)<br><input type="checkbox"/> Tahitiano (304)<br><input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico (399)<br><input type="checkbox"/> Otros asiáticos (299) | <input type="checkbox"/> Africano Americano o Negro (600)<br><input type="checkbox"/> Blanco (700)<br><small>(Las personas que tienen orígenes en cualquier de los pueblos originarios de Europa, El norte de África, o el Oriente</small> |
|--|---|---|--|

**Nivel de Educación de los padres: Compruebe la respuesta que describe el Mayor nivel de educación del padre/guardián(s):**

- No un graduado de la escuela secundaria  Algo de colegio (grado AA)  Escuela de posgrado/formación posgrado  
 Graduado de secundaria  Graduado universitario

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (Por favor marque todas las casillas que aplican)

- Educación especial:**  Recursos (RSP)  Clase de día especial (SDC)  Habla/lenguaje  504 Plan de alojamiento  
**Otros:**  Dotados (GATE)  Matemáticas correctivas  Lectura correctiva  Consejería  Desarrollo del idioma inglés  
 Medical Health Plan

¿ha sido expulsado el estudiante o está el estudiante en el proceso de ser expulsado de cualquier escuela? Sí  No

Si sí: Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

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

**Residencia** – ¿Dónde vive su hijo/familia actualmente? (Mandato federal por NCLB: Compruebe por favor la caja apropiada)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> En casa o apartamento del padre/guardián                | <input type="checkbox"/> En un Motel/Hotel                      |
| <input type="checkbox"/> Viviendo temporalmente con otra familia                 | <input type="checkbox"/> no protegido(Coche/RV)                 |
| <input type="checkbox"/> En un camping   | <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda transitoria |
| <input type="checkbox"/> En un Refugio   | <input type="checkbox"/> Otra ubicación: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes no acompañados/cuidado sustituto o hogar grupal |   |

**Contactos de emergencia: En caso de enfermedad o suspensión, por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo sea liberado a la siguiente persona(s).**

**Nombre y apellido Relación Teléfono de casa Teléfono del trabajo**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Otros niños en la familia:**

Nombre y apellido	Relación	Vive en casa	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

**Otros adultos en el hogar:**

Nombre	Relación	Nombre	Relación
_____	_____	_____	_____

**Problemas de salud (Marque todas las que apliquen)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Diagnosticado ADD O ADHD..... <input type="checkbox"/>          | Epilepsia..... <input type="checkbox"/>                              |   |
| Asma..... <input type="checkbox"/>                              | Lesión ocular..... <input type="checkbox"/>                          |   |
| Alergias..... <input type="checkbox"/>                          | Problemas vesicales..... <input type="checkbox"/>                    | Hipoglucemia..... <input type="checkbox"/>  |
| Sangrado, trastorno..... <input type="checkbox"/>               | Hemorragias nasales frecuentes.. <input type="checkbox"/>            | Historia de las fracturas..... <input type="checkbox"/>                                       |
| Deficiencia de la visión de color..... <input type="checkbox"/> | Escoliosis..... <input type="checkbox"/>                             | Historia de Hospitalización..... <input type="checkbox"/>                                     |
| Diabetes..... <input type="checkbox"/>                          | Trastorno convulsivo..... <input type="checkbox"/>                   | Historia de la cirugía..... <input type="checkbox"/>  |
| Eczema, problema de la piel..... <input type="checkbox"/>       | Varicela..... <input type="checkbox"/>                               |   |
| Historia del problema del oído..... <input type="checkbox"/>    |  |   |
| Pérdida auditiva conocida..... <input type="checkbox"/>         | Correcto <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> |   |
| Pérdida de visión conocida..... <input type="checkbox"/>        | Correcto <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> |   |
| Limitaciones físicas..... <input type="checkbox"/>              |  |   |
| Usa lentes de contacto..... <input type="checkbox"/>            |  |   |
| Lleva gafas..... <input type="checkbox"/>                       | Para el trabajo cercano <input type="checkbox"/>                     | Sólo para la distancia <input type="checkbox"/> .....En todo momento <input type="checkbox"/> |

Otros detalles de arriba \_\_\_\_\_

**Seguro médico:** Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Policía # \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Alergias (Marque todos los que apliquen) Ninguno:**

- Animales  Drogas  Lista de artículo específico (s) el estudiante es alérgico: \_\_\_\_\_  
Insectos  Alimentos   
Picaduras de abeja  Plantas  Describir la reacción alérgica y/o Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Otros  Explicar: \_\_\_\_\_

**Permiso de medios**

Yo/nosotros damos permiso para que mi/nuestro estudiante sea observado, entrevistado, fotografiado y/o filmado cuando un representante de los medios de comunicación ha sido permitido por el director o el designado para estar en el campus. Sí  No

**Autorización médica de emergencia**

Soy/somos el padre/guardián del estudiante arriba nombrado. En caso de que yo/nosotros no podamos ser alcanzados durante cualquier emergencia, yo/nosotros autorizamos a un representante de la escuela, de acuerdo con las disposiciones del código de familia sección 6910, para actuar como cualquier agente para dar su consentimiento a la entrega de cualquier y todo médico, cuidado dental, hospitalario o quirúrgico al estudiante arriba nombrado. Sí  No

**He/hemos revisado este documento de dos páginas y al mejor de mi/nuestro conocimiento, la información contenida aquí es verdadera y completa. El abajo firmante declara bajo pena de perjurio que ellos son los padres o tutores legales del estudiante arriba nombrado y otorgan las autorizaciones arriba mencionadas.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del padre/guardián:** \_\_\_\_\_

Carrera a la cima: ¿Estás transfiriendo de una escuela con un menor API? \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Revisado: 1/19