

Student #:	School/ Teacher:	Date:	Grade Level:	Entry Code:
------------	---------------------	-------	-----------------	----------------



# Formulario de inscripción estudiantil

El padre/tutor (F.S. §1000.21(5)) que inscribe a el/la estudiante (es decir, quien llena este formulario) es la única persona que puede retirarlo(a) de la escuela actual, a menos que existan documentos que indiquen circunstancias atenuantes que señalen lo contrario. Si ocurre algún cambio en la información de abajo, es responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela por escrito en un plazo de 10 días escolares. La información provista en este formulario se mantendrá de forma confidencial (en un área protegida) y las escuelas y los funcionarios del Distrito serán los únicos que puedan usarla y divulgarla en la medida que sea necesaria.

<b>Apellido del estudiante (legal)</b>		<b>Nombre (legal)</b>		<b>Segundo nombre</b>	<b>Nombre social</b>
<b>Dirección principal del estudiante</b>			<b>Apto.</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código Postal</b>
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Teléfono de la casa</b>		<b>Celular del estudiante</b>		<b>Correo electrónico del estudiante</b>	
<b>N.º de Seguro Social</b>		<b>Fecha del primer ingreso del estudiante a escuelas de EE.UU.</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Lugar de nacimiento (Ciudad/Estado/País)</b>	
* No es obligatorio para la inscripción o graduación F.S. F.S. §1008.386 exige que SBBC solicite el SSN para el sistema de gestión de la información.					
<b>El estudiante vive con</b>		<b>Origen étnico</b>		<b>Raza (Marque todas las que apliquen)</b>	
<input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Ambos padres (el mismo domicilio) <input type="checkbox"/> Ambos padres (diferente domicilio)		<input type="checkbox"/> No hispano o No latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otra Isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Otro: _____					
<b>Apellido del padre que inscribe (legal)</b>		<b>Nombre (legal)</b>		<b>N.º de licencia de conducir</b>	<b>Parentesco con el estudiante</b>
<b>Teléfono de trabajo del padre que inscribe</b>		<b>Celular del padre que inscribe</b>		<b>Correo electrónico del padre que inscribe</b>	
<b>Apellido del padre que no inscribe (legal)</b>		<b>Nombre (legal)</b>		<b>N.º de licencia de conducir</b>	<b>Parentesco con el estudiante</b>
<b>Teléfono de trabajo del padre que no inscribe</b>		<b>Celular del padre que no inscribe</b>		<b>Correo electrónico del padre que no inscribe</b>	
<b>Domicilio del padre que no inscribe</b>			<b>Apto.</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
					<b>Código Postal</b>
<b>Encuesta del idioma que se habla en casa (Si responde "Sí" a cualquiera de estas preguntas, el estudiante debe ser evaluado en su dominio del idioma inglés).</b>					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se habla en casa un idioma diferente al inglés?		Si respondió "sí", ¿qué idioma?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante tiene un primer idioma diferente al inglés?		Si respondió "sí", ¿qué idioma?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante generalmente habla un idioma diferente al inglés?		Si respondió "sí", ¿qué idioma?		

**La residencia principal del estudiante es: (Solo marque un casillero)**

<input type="checkbox"/> <b>propia</b> del padre/tutor	<input type="checkbox"/> <b>compartida</b> con alguien por mutuo acuerdo (no por problemas económicos) con una Declaración Jurada de Vivienda Compartida válida
<input type="checkbox"/> <b>rentada</b> con un contrato de alquiler válido Fecha de vencimiento: _____	<input type="checkbox"/> <b>compartida</b> con alguien debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, o por razones similares. (califica para McKinney-Vento )

¿La residencia principal del estudiante es...	¿El estudiante vive en o alguno de los padres trabaja en...
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No un lugar público, un vehículo de cualquier tipo, un autobús o una estación de tren, un edificio abandonado, una vivienda precaria o lugar similar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No una vivienda de renta baja (como una vivienda subsidiada del Plan 8)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No un albergue temporal/de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No tierras de los indios americanos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No un hotel/motel/parque de casas móviles, o en un campamento debido a la carencia de un alojamiento alternativo y adecuado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No una propiedad federal, una instalación militar adquirida por el gobierno federal, o una propiedad de la NASA?

**¿Uno de los padres...**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No es miembro del servicio activo de los servicios uniformados, incluso la Guardia y la Reserva Nacional?	Si respondió sí, ¿qué división? _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No es veterano, que ha sido dado de baja por estado de salud, o ha muerto en el servicio activo de los servicios uniformados?	Si respondió sí, ¿qué división? _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ha estado empleado en la industria agrícola o pesquera en algún momento durante los últimos tres años?	

**¿El estudiante anteriormente...**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo inscrito en las Escuelas Públicas del Condado de Broward?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fue retenido (repitió el mismo grado)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo inscrito en una escuela chárter en el condado de Broward?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No perteneció al programa de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo en un programa de Educación en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo en el plan 504?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fue expulsado de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No perteneció al programa ESOL?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fue condenado por un delito grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo en un programa Magnet?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo involucrado en el Sistema de Justicia Juvenil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo en una casa de acogida ( <i>Foster care</i> )?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No fue derivado a servicios de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo en un programa para superdotados?

Nombre(s) de la(s) última(s) escuela(s)	Ciudad/Estado/País	Año(s) de asistencia	Grado(s)	Tipo
				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Chárter <input type="checkbox"/> Educación en el hogar
				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Chárter <input type="checkbox"/> Educación en el hogar

La información de arriba es correcta y completa a mi mejor saber y entender. En caso de cambio de nombre, dirección o teléfono, lo notificaré por escrito a la oficina de la escuela en un plazo de diez (10) días. Yo entiendo que cuando los padres proporcionen información fraudulenta para inscribir a sus hijos en escuelas que no les corresponden, y sean descubiertos luego de una investigación, los estudiantes serán retirados de inmediato de dichas escuelas, y los padres deberán inscribirlos en la zona escolar correspondiente o seguir el proceso de transferencia. Yo he leído y entendido que debo presentar la documentación de verificación de domicilio, según la Norma de la Junta Escolar 5.1. La sección 837.06 de los Estatutos de la Florida establece que cualquiera que brinde una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será considerado culpable de un delito menor de segundo grado. La sección 92.525 de los Estatutos de la Florida establece que cualquiera que brinde una declaración falsa bajo pena de perjurio es culpable de este delito por rendir una declaración falsa por escrito, el cual es un delito de tercer grado.

Nombre del padre que inscribe (en imprenta)	Firma del padre que inscribe	Fecha

# Broward County Public Schools

## Tarjeta de Contacto de Emergencia del Estudiante

Este formulario debe actualizarse todos los años

<i>For Office Use Only:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medical</i>
<i>School #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Court Order</i>
<i>Student #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Special Needs</i>
<i>Date Enrolled:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Other</i>

En caso de emergencia, es sumamente importante que la escuela pueda contactarse con los padres del estudiante (como se indica a continuación). Por favor, llene la información en ambos lados de esta tarjeta con cuidado y exactitud. Use un bolígrafo para escribir claramente. Los nombres de los padres del estudiante (según la Sección 1000.21(5), de los Estatutos de la Florida), el que inscribe y el que no inscribe, se ingresarán en la tarjeta de contacto de emergencia como personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela, salvo exista una orden judicial que haya revocado los derechos parentales y cuya copia certificada haya sido entregada a la administración de la escuela.

Ambos padres escribirán los nombres de todas las personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela en la Tarjeta de Contacto de Emergencia. Ningún padre borrará o cambiará los nombres provistos por el otro padre en esta tarjeta.

Grado:	Información del estudiante	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
		Maestro (solo para escuela primaria):	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado académico:	
		Domicilio:	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:	
		Dirección de envío (si es diferente a domicilio):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. móvil del estudiante:	
		Fecha de nacimiento:        /        /	El estudiante vive con:	Correo electrónico del estudiante:	
		Marcar los casilleros relacionados con la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Orden médica <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro	¿El estudiante ha cambiado de domicilio desde la última inscripción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existe una orden judicial que impida a un padre tener contacto con el estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, contactar la escuela	
	Padre que inscribe	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:	
		Domicilio (si es diferente al del estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:	
		Empleador:	Tel. del trabajo:	Correo electrónico:	
	Otro padre	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:	
Domicilio (si es diferente al del estudiante):		Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:		
Empleador:		Tel. del trabajo:	Correo electrónico:		
Número de identificación del estudiante:	Autorización para recoger/de contacto	Por favor, escriba el nombre de las personas que pueden recoger a su hijo(a) o que podamos contactar en caso de que no lo encontremos. SOLO LAS PERSONAS NOMBRADAS EN LA LISTA DE ABAJO ESTÁN AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE. Cuando dé su autorización, asegúrese de que la persona está preparada para atender las necesidades médicas de su hijo(a). Yo autorizo/Nosotros autorizamos a las siguientes personas para que las contacten, compartan la información relacionada con la emergencia, recojan a mi/nuestro hijo(a) en caso de enfermedad, evacuación, u otra emergencia que pueda ocurrir mientras se encuentre en la escuela:			
		Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	
	Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y correcta. Notificaré inmediatamente a la oficina de la escuela cuando haya algún cambio.				
	Firma:		Fecha:	Parentesco:	
	Estudiante:	Autorización para recoger/de contacto del padre que no inscribe	El padre que no inscribe es el único que puede llenar esta sección a fin de nombrar más personas para recoger al estudiante, pero no puede hacer cambios en otras secciones de la tarjeta. El padre que inscribe no puede hacer cambios en esta sección de la tarjeta.		
			Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y correcta. Notificaré inmediatamente a la oficina de la escuela cuando haya algún cambio.					
Firma:		Fecha:	Parentesco:		

# Broward County Public Schools Tarjeta de Contacto de Emergencia del Estudiante

La información personal que se proporcione en este formulario será confidencial (se mantendrá en un área protegida) y el personal escolar solo la usará y divulgará cuando sea necesario.

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Informe de medicamentos	¿Su hijo(a) toma medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela, envíelos en su envase original con la fecha actual y el nombre del estudiante. Además, usted (el padre) y el médico deben completar y firmar el formulario de "Autorización de medicamento/tratamiento" que debe archivar en la escuela.	
	Medicamento:	Dosis:	Hora(s) de administración	
Seguro de salud y proveedores	Por favor, marcar el casillero correspondiente: <input type="checkbox"/> Seguro de salud familiar <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno			
	Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono al seguro Florida Kid Care para que evalúe su elegibilidad para la cobertura de seguro de salud? Si está de acuerdo, firme aquí:			
	Médico:	Teléfono:		
	Dentista:	Teléfono:		
Información de salud	Condiciones de salud:		Por favor, marcar todas las que correspondan:	
	<input type="checkbox"/> Asma. Si marcó este casillero, ¿usa inhalador?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso diario	
	<input type="checkbox"/> Convulsiones. Si marcó este casillero, ¿toma medicamentos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Diabetes. Si marcó este casillero, ¿es insulino dependiente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Restricciones de movimiento (especificar):			
	<input type="checkbox"/> Enfermedad/hospitalización/cirugía reciente (describir):			
	<input type="checkbox"/> Alergias graves. Si marcó este casillero, especifique el tipo:		En caso de alergia usar:	
<input type="checkbox"/> Alimentaria/ambiental:		<input type="checkbox"/> EpiPen		
<input type="checkbox"/> Picadura de mosquitos/abejas:		<input type="checkbox"/> Benadryl		
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		<input type="checkbox"/> Otro:		
¿Su hijo(a) usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Su hijo(a) usa algún tipo de aparato auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Divulgación de tratamiento e información médica en caso de emergencia	Por la presente autorizo la divulgación de la información médica, contactos de los padres, y otra información de salud de mi hijo(a) (recolectada de los servicios de salud ofrecidos en la escuela, incluso la información almacenada electrónicamente) al personal de emergencia y a los funcionarios del departamento de salud para tratar las condiciones de salud pública de importancia, que incluye la información para la preparación frente a circunstancias potenciales o confirmadas de salud pública. En el caso de estudiantes que reciben servicios de salud de la escuela, funcionarios del Distrito u otros funcionarios asociados bajo contrato, autorizo al Distrito a divulgar al Departamento de Salud de la Florida la información de salud con datos de identificación y estadísticas demográficas relacionadas para que supervise, garantice el cumplimiento y evalúe la prestación de servicios del programa en el Distrito y las escuelas.			
	Firma del padre: _____		Fecha: _____	
	La información médica y de otra índole se divulgarán sin consentimiento del padre o estudiante elegible en caso de emergencias de salud, como lo determina la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela solicitará atención médica de emergencia cuando lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los paramédicos.			
Información de salida	<b>Procedimientos habituales de salida.</b> En un día normal, ¿cómo sale su hijo(a) de la escuela?			
	<input type="checkbox"/> En carro		<input type="checkbox"/> En autobús escolar	
<input type="checkbox"/> Programa de Cuidado después de clase EN la escuela		<input type="checkbox"/> Programa de Cuidado después de clase FUERA de la escuela		
<input type="checkbox"/> En transporte público		<input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta		
<b>Procedimientos para salidas de emergencia.</b> En caso de tormentas severas u otra emergencia repentina su hijo(a) ha recibido la instrucción de:				
<input type="checkbox"/> Ir a pie a la casa		<input type="checkbox"/> Subir al autobús escolar como siempre		
<input type="checkbox"/> Ir a casa solo con sus padres		<input type="checkbox"/> Ir a casa solo con las personas autorizadas en la lista de contactos		
Hermanos e idioma del hogar	Apellido:	Nombre:	Grado académico:	
Encuesta	Por favor, escriba los idiomas que se hablan en casa a parte del inglés:			
	Ayúdenos a entender mejor a nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas. Marque los casilleros correspondientes:			
	¿Su hijo(a) tiene acceso a una computadora en la casa?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Usted tiene acceso a internet en la casa?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Su hijo(a) tiene acceso a internet en su computadora?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Usted tiene acceso a internet fuera de la casa?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Por favor, indique la mejor forma de contactarnos con usted: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico				

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/O SOLICITAR INFORMACIÓN

Por este medio solicito y autorizo a: \_\_\_\_\_
(Nombre de la persona, escuela o Departamento)

\_\_\_\_\_ entrar en
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono #)

comunicación oral o escrita para revelar información a: \_\_\_\_\_
(Nombre de la persona, cargo o escuela/agencia/organización)

\_\_\_\_\_
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono)

en relación con la información indicada abajo de mi hijo(a)\* \_\_\_\_\_
cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_. Entiendo que lo concerniente al diagnóstico psiquiátrico, psicológico, médico, de
abuso de drogas o alcohol y la parte académica de mi hijo(a) se podrá divulgar o solicitar si se indica a continuación.
Asimismo, entiendo que esta información puede contener datos de la familia, además de los de mi hijo(a).

- Plan de tratamiento
Resumen de altas hospitalarias/tratamiento
Información de la salud/Historia Clínica
Caso/evolución/notas de terapia
Número de identificación del estudiante
Informe académico/Registros escolares:
Calificaciones
Resultados de exámenes
Asistencia
Suspensiones / Expulsiones
Educación para estudiantes excepcionales/Expediente de la Sección 504
Otros
Expediente de tratamiento por abuso de sustancias
Expediente social y/o de desarrollo
Evaluaciones psicológicas y psiquiátricas
Servicios de apoyo restaurativo
Servicios de apoyo social (alimentación, vestimenta y vivienda)
Servicios médicos
Resultados de la prueba del VIH/SIDA o enfermedades relacionadas (para revelar o recibir esta información, escribir los nombres de las personas en la parte superior)

Con el fin de: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he autorizado para ser divulgada o solicitada será tratada con estricta confidencialidad y que el destinatario no la podrá divulgar sin un consentimiento escrito. Entiendo que tendrá un (1) año de validez a partir de la fecha de la firma o hasta el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, la que ocurra primero. Una copia de esta autorización es válida en sustitución de la original. Asimismo, entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Escriba nombre del padre/tutor/ estudiante elegible Firma del padre/tutor/estudiante elegible Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\*Estudiantes elegibles (18 años de edad o mayores) pueden autorizar la divulgación de sus registros de educación.

(USAR ESTE ESPACIO PARA RETIRO DE CONSENTIMIENTO)

Por la presente retiro el consentimiento para la divulgación de la información de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Fecha de retiro de consentimiento Firma del padre / tutor/ estudiante elegible

Form #4301SP
REV 07/18
Risk Management