



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Early Childhood Education

Pre School Collaborative Classroom (PCC / CSPP)

EEC _____
Phone: _____ E-mail: _____



This document should be included in the family file.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA MATRICULACION

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Bienvenidos a nuestro Centro de Educación Preescolar. Para poder matricular a su niño/a por favor tenga disponible y completa para el día de su cita, la información marcada abajo:

	(LAUSD SECTION)	
	Received COMPLETE	Scanned to EESIS
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento o Certificado de Bautismo de TODOS sus hijos/as menores de 18 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Inmunizaciones (vacunas) para del niño que se esta registrando 01/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación de Ingresos – Un mes completo de talones de cheque del mes anterior de cada padre empleado. Si le pagan semanalmente, traiga los últimos 4 talones de cheque consecutivos , si le pagan quincenalmente, traigan los últimos 2 talones de cheque consecutivos .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación si recibe TANF o algún otro tipo de asistencia económica. (Copia del cheque mas reciente, declaración de cuanto recibe de ingresos o el recibo de lo que recibio de ingresos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación de domicilio (CA ID, CA Licencia de manejo, Factura de Servicios Públicos o Recibo de Renta o Acuerdo de arrendamiento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTOS ADJUNTOS		
<input type="checkbox"/> Historia Medica Permanente (Blanco, llenado por el padre o guardian) 07/86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Examen físico reciente (Forma LIC 701 llenado por el Medico privado no mas de 12 meses) 08/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación de Empleo y Salario – Forma 83.56 04/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auto-Declaracion de Ingresos (Si as aplicable) 04/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación de Entrenamiento – Forma EESD-9605 01/15 (Record de progreso al renovar contrato) • Y carta escrita por madre/padre, pidiendo tiempo extra para estudiar y hacer tareas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verificación de Incapacidad firmada por su doctor – CD 9606 06/08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Formulario de Servicios de Protección completada por la agencia 83.66 06/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acuerdo de Busca de Empleo 04/18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manual Para Los Padres del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles (Llenar y firmar formas) SY 20-21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Información de Emergencia (Mínimo 3 nombres, direcciones y números de teléfonos de personas autorizadas para recoger a su hijo/a en caso de emergencia, mayores de 18 años) Necesitamos una copia de la identificación con fotografía de cada persona autorizada 01/14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LAUSD Formulario de Inscripción del Estudiante Student Enrolment Form Ref 5259.1 08/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La copia De Programa Individualizado de Educacion (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usted tiene una cita el día _____ a las _____ AM / PM

Favor de traer todos los documentos requeridos ese día, y tener 30 minutos libres para verificar la información, y revisar con usted las pólizas y procedimientos de nuestro programa.

This document should be included in the family file.

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)
a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE) (TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

! Risk factors not present; TB skin test not required.

! Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).

___ Communicable TB disease not present.

I have ! have not ! reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

! Physician ! Physician's Assistant ! Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
AUTO-CERTIFICACIÓN DE INGRESOS**



SECCION DE PADRES:

Nombre del Padre: _____ # de Familia: _____
 Nombre del Niño/a: _____

1. La auto-certificación de ingresos de empleo es solicitada por la siguiente razón:
- El Programa de Educación Preescolar solicita que yo complete esta forma porque mi empleador se ha negado de proporcionar mi información de empleo.
 - Yo pido que mi empleador no sea contactado para verificar mi empleo por la razón de que podría poner en riesgo mi empleo.
 - No tengo talones de cheque, recibos, u otra documentación de empleo.
 - Otro _____

EMPLEADOR	
Primer día de Empleo:	
Tipo de Trabajo:	
Tarifa de pago: (\$ ___ por ___)	\$
Con que frecuencia es pagado? (Semanal, mensual, etc.)	
Pagado Por: (En Efectivo, Cheque)	
Horario de su Trabajo: (___ AM - ___ PM)	
Dias que trabaja a la semana: (Lun. -Vier.)	
Total de sus ingresos el mes :	\$

2. Auto-certificación de ingresos **que no son de empleo** cuando ninguna documentación es posible:

Que Tipo?		
Cantidad?		
Con que frecuencia?		
Porque?		

Declaro bajo la pena del perjurio que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que pueden pedirme que yo documente mis actividades cada semana.

Firma del Padre

Fecha

LAUSD SECTION:

Notes: _____

Assessed By: _____

Date: _____



Training Verification –Parent or Caretaker Attending School or Receiving Training

Date				
Agency Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number	Parent Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number Signature _____			
Training/Education Information				
Profession/Vocational Goal (Not Academic Goal) (E.g. Vocational Goal is to become a teacher.) (E.g. Academic Goal is to obtain Degree or Certificate)				
Name of School or Organization where training/education is received	Phone Number			
Street Address, City, Zip Code	Anticipated Completion Date for Training/Education			
Date this Term Began	Date this Term Ends			
Complete One of the Following				
<input type="checkbox"/> Attached is the parent’s course printout form from the training institute. or <input type="checkbox"/> Below is the parent’s class schedule with the signature and stamp of the Registrar’s office.				
Class Schedule (if applicable)				
Day	Time	Room #	Course Name	Units
Signature and Stamp of Registrar of School/Organization				
Date of Signature and Seal				

STATEMENT OF PARENTAL INCAPACITY

Please print or type information.

PART I – To be completed by the authorized agency representative and the incapacitated parent.			
By signing this form and for the purpose of verifying my incapacity to care for the family's children as it relates to the family's eligibility for subsidized child care and development services, I authorize and request the health professional named in Part II to release the information requested to the agency identified below. I further authorize the health professional to discuss this Statement of Incapacity with the agency in order for the agency to verify, clarify, or complete it. I understand the health professional may also require that I complete his or her own release form prior to providing the information requested below.			
NAME OF PARENT/CARETAKER		SIGNATURE OF PARENT/CARETAKER	
DATE			
FIRST NAME AND AGE OF THE CHILD(REN) FOR WHOM FINANCIAL ASSISTANCE FOR CHILD CARE IS BEING REQUESTED:			
1.	2.	3.	4.
AGENCY		AUTHORIZED AGENCY REPRESENTATIVE (Please print.)	TELEPHONE NUMBER
			()
ADDRESS		CITY	ZIP CODE

PART II – To be completed by the licensed health professional.								
For the family to be eligible to receive child care and development services under the category of incapacity, the California law requires verification, at least annually, of the physical or mental incapacity of the parent or caretaker that renders the person incapable of caring for or supervising the family's child(ren) without assistance. (See <i>California Code of Regulations, Title 5, §18088.</i>) Your cooperation in completing and returning this form to the agency listed above within 15 days of receipt is requested.								
PATIENT _____ HAS a <input type="checkbox"/> physical condition or a <input type="checkbox"/> mental health condition that prevents him or her from providing care or supervision for the child(ren) listed above for at least part of the day.	Please indicate the time in a day and the days of the week, not to exceed 50 hours in a week, that the parent is unable to care for or supervise the child(ren).							
	Child care	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
	Start Time:	am/ pm						
	End Time:	am/ pm						
PROBABLY DATES OF INCAPACITY	If the time of day cannot be easily identified in consultation with the patient, please identify the number of hours <input type="checkbox"/> and days of the week [M, T, W, T, F, S, S] that services are needed.							
From:	To:							

If the parent has a physical/medical condition, please identify the extent to which the parent is incapable of providing care and supervision.

Please sign and submit this form to the agency listed in Part I within 15 days of receipt of this form.

NAME OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		LICENSE TYPE	LICENSE NUMBER
SIGNATURE OF LICENSED HEALTH PROFESSIONAL		DATE	TELEPHONE NUMBER
			()
MEDICAL GROUP OR ORGANIZATION WITH WHICH THE PROFESSIONAL IS AFFILIATED, IF ANY			
ADDRESS		CITY	STATE ZIP CODE



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
PROGRAMA DE EDUCACION PREESCOLAR
DE ACUERDO BASADA EN BUSCA DE EMPLEO**



SECCION DE LAUSD:

Nombre de Padre/Guardian: _____ Family ID: _____

Fecha actual en busca de empleo: _____

Ley estatal de California (5CCR 18086.5) requiere que la elegibilidad de buscar empleo sea limitada con un máximo de 12 meses.

Usted habrá usado el número máximo de días permitidos el _____. Si para esa fecha usted no ha asegurado empleo, los servicios de desarrollo infantil de su familia pueden ser terminados.

SECCION DE PADRE/GUARDIAN:

1. Por favor marque las actividades que usted usará para buscar activamente el empleo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Buscar empleos en el periódico | <input type="checkbox"/> Hacer llamadas telefonicas |
| <input type="checkbox"/> Utilizar el Internet | <input type="checkbox"/> Escribir y enviar mi Curriculum Vital |
| <input type="checkbox"/> Solicitar entrevistas en persona | <input type="checkbox"/> Aplicar con agencia de empleo |
| <input type="checkbox"/> Visitar el centro de colocación de colegio | <input type="checkbox"/> Visitar domicilios solicitando trabajo |
| <input type="checkbox"/> Ir al Departamento de Desarrollo de Empleo (Oficina de Desempleo) | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

2. Por favor indique si le gustaría:

- Un horario fijo (las mismas horas cada día, limitadas a 30 horas cada semana)
- Un horario variable (horas variadas basadas en actividades de buscar empleo, limitadas a 30 horas cada semana)

Si le gustara un horario fijo, indique las horas y días de la semana que usted usará para buscar activamente el empleo:

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DE:					
A:					

Declaro bajo la pena del perjurio que yo estoy en busca de empleo y que la susodicha información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser pedido documentar mis actividades cada semana. Notificaré el centro inmediatamente si hay algún cambio de mi estado de empleo.

Firma de Padre/Guardian

Fecha



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
EARLY CHILDHOOD EDUCATION DIVISION
CHILD PROTECTIVE SERVICES / AT RISK REFERRAL



Center Name : _____ Email: _____

Address: _____ Phone: (____)-____-____ Fax: (____)-____-____

CHILD SECTION

Child(ren) being referred for Early Childhood Education Services:

Child Name: _____ Child Name: _____
 Birthdate: _____ Birthdate: _____

Living with: Parent / Guardian Name: _____

Is the child in an out-of-home placement? Yes No If yes, child is living with:

Relative - relationship: _____ Foster Parent Other (*describe*) _____

Probable duration of services*: _____ Hours care needed: _____

**Not to exceed 12 months for child protective services or child at risk of abuse, neglect or exploitation*

DCFS REFERRAL SECTION *For use by Los Angeles County Department of Children and Family Services only*

- I certify that the child(ren) is receiving child protective services and child care and development services are a necessary component of the child protective services plan.
- I also certify that it is necessary to waive any family fee and income information will not be required from the family. Fee exemptions cannot be granted beyond 12 months regardless of whether the child continues to receive child protective services. The 12 month time limit is a cumulative total.
- If Early Childhood Education services have continued for 12 months, I certify that the family continues to receive child protective services and that child care and development services are part of the case plan.

DCFS Case Number: _____

 DCFS Representative Name / Title Signature Date

Address: _____ Phone: _____ Email: _____

AT RISK REFERRAL SECTION *For use by all organizations/entities other than DCFS*

- I certify that I am a legally qualified professional from a legal, medical, social service agency, or emergency shelter and that child care services are required to reduce or eliminate the risk of abuse, neglect or exploitation of the child(ren). I understand that these services are **limited to 12 months**.
- I also certify that it is necessary to waive any family fee for the 12 months and income information will not be required from the family.

Referring Agency: _____ Case Number: _____

 Referring Professional Name / Title Signature Date

Address: _____ Phone: _____ Email: _____



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles requiere de su permiso para reproducir por medios impresos, auditivos, visuales o electrónicos las actividades en las cuales su hijo(a) ha participado dentro de su programa educativo. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para: (1) preparar maestros y/o (2) aumentar la diseminación de información al público y promover la continuación y mejoramiento de los programas educativos mediante el uso de los medios masivos de comunicación, exhibidores, folletos, páginas web, redes sociales, foros web de diálogo (blogs) y publicaciones relacionadas con el distrito.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar - según lo desee - la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en diapositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como "Grabaciones"), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exoneró de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora

5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

**formulario aprobado por el
Despacho del asesor jurídico**

12. Escuela

Queda prohibido enmendar este formulario sin la autorización escrita tanto de la Oficina del Asesor Legal General como de la Oficina de Comunicación y Relaciones con Medios.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO			NOMBRE			INICIAL			
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA			
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número		CALLE			APT #	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE			APT #	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO			VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL		
Números telefónicos de contacto			Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*				CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/>	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.						
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO			VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DOMICILIO – número		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL		
Números Telefónicos de Contacto			Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo				
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/>	Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.						
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:									
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR		TEL. DEL TRABAJO	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:									
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO		
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO		
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____			Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Occiso				
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA									
El abajo firmante, como padre/tutor legal de:						_____ menor de edad,			
<small>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</small>									
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier indole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.									
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".									
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families									
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____									
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR			GRUPO #			1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR			GRUPO #
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA					NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.									
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :									
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:									
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.									
X						FECHA			
FIRMA DE:		(MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL		PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)					

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido mayo 2014

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

El director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:

<u>#</u>	<u>Nombre</u>	<u>Parentezco</u>	<u>Tel. del Hogar</u>	<u>Tel. de Celular</u>	<u>Tel. del Trabajo</u>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

HAGO CONSTAR QUE LEI Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA
INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMAUULARI ES VERIDICA Y CORRECTA.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Sólo para uso de oficina (Office Use Only)	
1. School Name:	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code:	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

Instrucciones: Favor de escribir en letra de molde, con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Nombre Preferido:						
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
Domicilio:						
Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono del hogar	
Sexo Legal: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Género: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> No binario			<input type="checkbox"/> No binario		____/____/____ Més/Día/Año
	<input type="checkbox"/> Intersexual					

B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre Preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

Inglés
 Español
 Armenio
 Mandarín
 Cantonés
 Farsi
 Coreano
 Ruso
 Vietnamita
 Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

No se graduó de la secundaria
 Graduado de la escuela preparatoria o equivalente
 Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado
 Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal
--------	-------	------------	--------	---------------

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Nombre preferido (Si corresponde):			
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA			
Idioma natal del alumno			
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?			
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?			
¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?			
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)			
¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico principal del estudiante			
¿Es la etnia del estudiante hispana o latina?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza principal del estudiante (marcar uno)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:		<input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:		<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:	
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar			
Raza adicional del estudiante (opcional)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:		<input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:		<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:	
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar			
D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE			
Servicios especiales		Marque una por cada pregunta	
¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuelas anteriores			
¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, cuándo:	
¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente:			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar):			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar:	

Información adicional del estudiante

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño? Sí No
 En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? *(Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos – Americanos de Alaska)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos – Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/embalaje de alimentos)? *(Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes)* Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)

1. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
2. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
3. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
4. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
5. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual

F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)

1. Nombre legal:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Domicilio:

Número

Calle

Apartamento/Unidad

Ciudad

Código postal

Número de teléfono-hogar

Número de teléfono-celular

Número de teléfono-trabajo

Dirección de correo electrónico

2. Nombre legal:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Domicilio:

Número

Calle

Apartamento/Unidad

Ciudad

Código postal

Número de teléfono-hogar

Número de teléfono-celular

Número de teléfono-trabajo

Dirección de correo electrónico

Firma

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X _____
Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante