

Distrito Escolar Independiente de Houston

Información para Inscripción

20__ - 20__

Maestro:

¿Ha asistido el alumno a una escuela de HISD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Última escuela o guardería que asistió							
Identificación del estudiante HISD		Fecha de inscripción		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado		
Apellido legal del estudiante		Primer nombre	Segundo nombre		Generación (Jr., III, etc.)	Número de Seguro Social del alumno			
Lugar de nacimiento del alumno		Ciudad	Estado	País	Año que comenzó la escuela en los Estados Unidos		El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ambos Padres		
Etnica del alumno (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino		Raza (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Otra Isla Del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco				
Domicilio del alumno	Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	País	Teléfono del hogar	
El Código §25.002(f) de Educación de Texas requiere que el distrito escolar cuente con un expediente con el nombre, el domicilio y la fecha de nacimiento de la persona que inscribe al niño.									
Madre/Primer contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico			
Padre/Segundo contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico			
Emergencia o tercer contacto (Apellido, Nombre)		Relación		Número de la calle	Nombre de la calle	Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador		Ocupación		Teléfono del hogar		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
Lenguaje preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Necesita traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico			
¿Qué tipo de seguro médico tiene para su hijo?		Médico de la familia		Teléfono del médico					
<input type="checkbox"/> CHIP		<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> HCHD		<input type="checkbox"/> Seguro Privado		<input type="checkbox"/> Ninguno	
Escribe los nombres de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años. (Si necesitas más espacio, escribe al reverso)									
Apellido, Nombre y segundo nombre		Sexo	Fecha de nacimiento	Grado	Dirección de este niño				
La firma a continuación certifica que toda la información anterior es correcta y precisa.									
Si se inscribe a un niño con documentación falsa, se exigirá el pago de matrícula o costos bajo el Código §25.001(h) de Educación de Texas.									
Firma de la madre o tutora legal				Número de licencia de conducir de Texas			Fecha de nacimiento (madre o tutora legal)		
Firma del padre o tutor legal				Número de licencia de conducir de Texas			Fecha de nacimiento (padre o tutor legal)		
Ingresos totales mensuales de familia					Cantidad total de personas en el hogar				

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON
Servicios de Salud

FORMULARIO DE SALUD

ESCUELA _____

FECHA _____

MAESTRO _____

Por favor completen este formulario y devuélvanlo al maestro o enfermera escolar lo antes posible. La información nos ayudará a saber más sobre la salud de su hijo.

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso al nacer _____

Dirección _____ Teléfono _____

Historia médica	Edad	Historia médica	Edad
Asma		Trastornos ortopédicos	
Alergia ¿a qué?		Poliomielitis	
Trastornos de la sangre		Fiebre reumática	
Convulsiones		Accidente grave	
Diabetes		Fracturas o cirugía	
Epilepsia		Contacto con tuberculosis	
Trastornos del corazón		Pérdida de oído	
Trastornos de los riñones		Pérdida de vista	

Indique si su hijo recibió tratamiento médico para las aficciones mencionadas anteriormente
Sí No

¿Está recibiendo tratamiento actualmente? Sí No

Por favor marque los signos o síntomas que ha observado recientemente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> se cansa fácilmente | <input type="checkbox"/> dolor de oídos |
| <input type="checkbox"/> está bajo de peso; delgado | <input type="checkbox"/> se desmaya frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> tiene sobrepeso; gordo | <input type="checkbox"/> frecuentes dolores de estómago |
| <input type="checkbox"/> frecuentes dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> se come las uñas |
| <input type="checkbox"/> resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> se muestra inquieto |
| <input type="checkbox"/> frecuentes dolores de garganta | <input type="checkbox"/> se comporta tímidamente |
| <input type="checkbox"/> le sangra la nariz con frecuencia | <input type="checkbox"/> no le gusta la escuela |
| | <input type="checkbox"/> no se lleva bien con otros |

¿Ha consultado con un médico sobre los síntomas indicados anteriormente? Sí No

¿Han hecho un examen médico completo a su hijo durante el último año? Sí No

¿Está tomando medicamentos? _____

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? _____

¿Para qué? _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____

Nombre del médico o de la clínica _____

Otros comentarios _____

¿Asistió su hijo a alguna escuela pública de Houston? _____

Nombre de la escuela – Fecha de asistencia

TENGA CONFIANZA CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA PARA CONSULTAR SOBRE LOS
PROBLEMAS DE SALUD DE SU NIÑO.

Firma _____

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

CUESTIONARIO DE AYUDA PARA EL ESTUDIANTE (SAQ)

Es necesario que los padres, el personal escolar o el coordinador de enlace de la comunidad proporcione toda la información a continuación.

Escuela _____ Fecha _____
 Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. Id. de HISD _____
 Domicilio actual _____ Grado _____ Masculino Femenino
 Vive con: Ambos padres Madre Padre Tutor legal Tutor o familiar sin derechos legales de custodia Otro _____ relación _____
 ¿El estudiante está actualmente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? Sí No
 Si marcó sí, proporcione el nombre del administrador del caso DFPS _____ Teléfono: _____
 ¿El estudiante estuvo anteriormente bajo la tutela del Departamento de Protección y Servicios para la Familia (Foster Care)? Sí No

A fin de determinar su elegibilidad para para obtener los beneficios que establece el Acta McKinney Vento, proporcione la siguiente información.

Parte A: SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA – Marque, ya sea que el estudiante esté en (1) una casa estable O (2) en transición

1. **ESTABLE:** El estudiante vive en una casa/departamento propia o alquilada por su padre o tutor legal. (Si marca "estable" no marque ninguna otra situación en el #2.) ¿La casa o departamento tienen electricidad y agua corriente? Sí No
2. **SITUACIONES DE VIVIENDAS DE TRANSICIÓN**
- Vive en un albergue Vive en un hotel o motel
- Vive con más de una familia en una casa o departamento (compartidos)
- Desamparado**
- Se muda de un lado a otro Vive en una estructura que no se usa por lo general para vivienda
- Vive en un auto, parque, campamento o al aire libre sin agua corriente y/o electricidad
- Vive en un camper Está en una vivienda privada (Apéndice del HUD)

VIVE SOLO: Sí No (Un joven que vive solo es un estudiante que no está bajo la custodia física de un padre o tutor legal. Esto incluye a estudiantes que viven con familiares sin custodia o amigos sin custodia legal.)

Parte B: ANTECEDENTES (Si marcó alguna Situación de Vivienda de Transición (2) arriba – por favor marque CUALQUIERA de las de abajo que aplique)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave /gastos médicos / discapacidad | <input type="checkbox"/> Desastre Natural / evacuación |
| <input type="checkbox"/> Nuevo en la ciudad | <input type="checkbox"/> Problema doméstico |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo | <input type="checkbox"/> Trabajo de migrante en pesca o agricultura |
| <input type="checkbox"/> Dificultad económica/bajos ingresos | <input type="checkbox"/> En espera de un lugar con padres temporales/ en custodia de CPS |
| <input type="checkbox"/> Desalojado/expulsado | <input type="checkbox"/> Padre(s) en despliegue militar |
| <input type="checkbox"/> Incendio u otra destrucción | <input type="checkbox"/> Padre encarcelado / Recién liberado de la cárcel |

Parte C: SERVICIOS QUE NECESITA – basados en disponibilidad (Marque el servicio que necesita y llame al 713-556-7237 para hablar con un trabajador social)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para inscripción | <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Uniformes, ropa de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Desayuno / Almuerzo Gratis (Nutrición Infantil) | <input type="checkbox"/> Artículos escolares | <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Ayuda de Medicaid/CHIP | <input type="checkbox"/> Ayuda con cupones de alimentos (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

A mi leal entender esta información es verdadera y correcta.

Nombre (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): _____ Firma _____ # Tfno _____

School Personnel: This form is intended to address the McKinney-Vento Act U.S.C. 11435. If any "Transitional Housing Situation" is checked under "Current Housing Situation" AND the family has indicated one of the "Background Situations" (1) immediately add PEIMS Coding on the At-risk Chancery panel for At-risk reason code 12, (2) code all of the McKinney-Vento Panels on that screen (the start date should be the date the form was completed and also add the end date, and (3) Email forms to HomelessEducation@houstonisd.org. If information is missing, please follow-up with the parent/guardian/school personnel who completed the form to make sure each section is completed, as needed.

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Este documento autoriza al Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD) a imprimir imágenes, grabar material y fotografiar a mi hijo y utilizar el material para promocionar las actividades y logros de HISD. Esta autorización comprende la inclusión de mi hijo en material didáctico para capacitar a maestros o informar al público sobre las escuelas de HISD a través de medios digitales o impresos como: periódicos, radio, TV, páginas web, blogs, redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube, etc.) DVD, letreros y folletos. Esta autorización incluye los trabajos de mi hijo, su nombre, su imagen y su voz.

- Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **SÍ** le otorgo a HISD, a sus empleados y sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar y grabar material que incluye a mi hijo y utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.
- Doy fe de que soy el padre o tutor legal de _____ y **NO** le otorgo a HISD, a sus empleados ni a sus representantes la autorización para imprimir, fotografiar o grabar material que incluye a mi hijo ni utilizar el material en medios electrónicos, digitales e impresos.

El Distrito Escolar Independiente de Houston, sus representantes, oficiales, empleados y agentes pasados, presentes y futuros quedan exentos de toda responsabilidad, reclamo, demanda, o litigio por el uso de este material.

Certifico que leí este documento y comprendo totalmente los términos y condiciones. Entiendo que puedo retractar mi autorización en cualquier momento solicitándolo por escrito al director de la escuela de mi hijo.

Escriba con letra de molde.

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Nombre del padre o tutor legal _____

Escuela _____

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha _____ Número de teléfono _____