

# **Información de la Familia y el Hogar**

**Llene un grupo de formularios para cada familia**

Uso de la Oficina Solamente	Date Received:	Date Processed:	Household Number:
Student Number(s):	School Assignment(s):	Student Number(s):	School Assignment(s):

Los siguientes documentos tienen que ser presentados al entregar este formulario:

- ✓ ID con foto del padre/tutor. Los tutores tendrán que tener llenos y firmados ante un notario los formularios apropiados que confirman la custodia legal del estudiante o una copia de la autorización del tribunal.
- ✓ Documentos de custodia, de ser pertinente.
- ✓ Copia del certificado/acta de nacimiento del estudiante.
- ✓ Registros actualizados de la inmunización del estudiante o una exención.
- ✓ Dos documentos como prueba de domicilio con el nombre del padre/tutor y la dirección impresos en el papel (Ej., facturas de agua, cable, electricidad, gas o recogido de basura; acuerdo de alquiler/arrendamiento o compra de su hogar).
- ✓ Reporte más reciente de las notas del estudiante y/o transcripción de la escuela anterior; registros de asistencia a clases y reporte disciplinario; copia del IEP o 504 (de ser pertinente.)

PADRES/TUTORES QUE VIVEN CON EL/LOS ESTUDIANTE(S) (donde el estudiante vive la mayor parte del tiempo)					
Dirección del lugar donde vive					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	Teléfono del hogar	
Dirección postal (si es diferente a la que aparece arriba)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		
Apellido del padre/tutor		Nombre del padre/tutor		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Idioma hablado en el hogar:		Preferimos correspondencia en: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español		Fecha de nacimiento	
Teléfono del trabajo	Teléfono celular		Dirección electrónica (email)		
Apellido del padre/tutor		Nombre del padre/tutor		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Idioma hablado en el hogar:		Preferimos correspondencia en: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español		Fecha de nacimiento	
Teléfono del trabajo	Teléfono celular		Dirección electrónica (email)		

PADRES/TUTORES QUE VIVEN EN OTRO LUGAR (diferente al mencionado arriba)					
Dirección del lugar donde vive					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	Teléfono del hogar	
Dirección postal (si es diferente a la que aparece arriba)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		
Apellido del padre/tutor		Nombre del padre/tutor		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Idioma hablado en el hogar:		Preferimos correspondencia en: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español		Fecha de nacimiento	
Teléfono del trabajo	Teléfono celular		Dirección electrónica (email)		
Apellido del padre/tutor		Nombre del padre/tutor		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Idioma hablado en el hogar:		Preferimos correspondencia en: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español		Fecha de nacimiento	
Teléfono del trabajo	Teléfono celular		Dirección electrónica (email)		

El propósito de este cuestionario es identificar a estudiantes y familias elegibles de acuerdo al Acta McKinney-Vento para Ayuda Educativa a Personas Sin Hogar (42 U.S.C. 11435)

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporera? Sí \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿Este arreglo de vivienda temporera se debe a la pérdida de su vivienda o a problemas económicos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Si contestó que sí a las preguntas anteriores, usted pudiera ser elegible para algunos servicios y/o ayuda de parte del distrito escolar. Si contestó sí, llene este formulario. (Si contestó que no, deténgase aquí).**

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ # de ID del estudiante \_\_\_\_\_

¿Dónde vive el estudiante actualmente? Por favor, marque una:

- En un motel  
 En un albergue/refugio  
 Con más de una familia en una casa, apartamento o casa móvil  
 Se mueve de un lugar a otro  
 En un lugar no designado para dormir tal como un carro, parque o terreno para acampar  
 Otro, por favor describa \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección en que podemos comunicarnos con usted o enviarle correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Código Postal

Número(s) de teléfono en que puede recibir llamadas o mensajes \_\_\_\_\_

Por favor, escriba los nombres y edades de otros niños de edad escolar o menores que están bajo su cuidado

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aviso: Un representante del distrito escolar se comunicará con usted, o usted puede comunicarse directamente con Goals, Inc., nuestro asociado en la comunidad, llamando al 720-977-7796 para hablar con un asesor familiar que podrá determinar la ayuda apropiada que asegurará el éxito escolar para su hijo y/u otros servicios que pudieran ser útiles para usted. Use el revés de este formulario para completar o proveer información adicional.**

# **Información del Estudiante**

**Llene un grupo de formularios para cada  
estudiante que desea matricular**

Uso de la Oficina Solamente	Start Status Code :	School Assignment:	Student Number :
Grade:	Enrollment Start Date:	Boundary Code:	Teacher:
Apellido legal del estudiante		Primer nombre legal	Segundo nombre legal
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Etnicidad: Hispano/Latino (seleccione una)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (Seleccione una o más)	<input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	

Padre/tutor que vive con el estudiante (tiene que residir en la misma casa)

Tutor legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Yo
---	--	--	---	-----------------------------

Esta persona tiene permiso para acceso a todos los expedientes/registros educativos del estudiante.

Padre/tutor que vive con el estudiante (tiene que residir en la misma casa)

Tutor legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Yo
---	--	--	---	-----------------------------

Padre/tutor que vive en otra dirección

Tutor legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Yo
---	--	--	---	-----------------------------

Esta persona tiene permiso para acceso a todos los expedientes/registros educativos del estudiante.

Padre/tutor que vive en otra dirección

Tutor legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Yo
---	--	--	---	-----------------------------

**Información de Contactos de Emergencia que No Viven en la Casa**

Las siguientes personas tienen permiso para autorizar procedimientos de cuidados de emergencia médica, dental, quirúrgica, o cuidado de hospital para mi hijo si el distrito escolar no puede comunicarse con uno de los padres/tutores legales autorizados.

Prioridad	Nombre del Contacto	Sexo	Relación	Teléfono de la Casa	Teléfono Celular
1					
2					
3					

Este estudiante ha recibido servicios en:

<input type="checkbox"/> Educación Especial	<input type="checkbox"/> Programas de Bachiller Internacional	<input type="checkbox"/> Título I
<input type="checkbox"/> Dotados y Talentosos	<input type="checkbox"/> Tipo de Intervención: _____	<input type="checkbox"/> Migrante
<input type="checkbox"/> Inglés Como Segundo Idioma	<input type="checkbox"/> Educación Preescolar	<input type="checkbox"/> Inmigrante
<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Educación en el Hogar	<input type="checkbox"/> Retenido: Grado(s): _____
<input type="checkbox"/> Plan de Alfabetización	<input type="checkbox"/> Legacy 2000	<input type="checkbox"/> Escuela de Verano

**CUSTODY / DECISION – MAKING INSTRUCTIONS**  
**INSTRUCCIONES PARA CUSTODIA Y TOMA DE DECISIONES**

Nombre que usa el estudiante \_\_\_\_\_  
 Grado \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Nombre en el certificado de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

**\*Aviso: Los expedientes oficiales del distrito tienen que estar bajo el nombre legal del estudiante.**

¿Quién tiene la custodia legal y la mayor responsabilidad de toma de decisiones educativas? \*Por favor, incluya documentos actualizados del tribunal \*

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Compartida \_\_\_\_\_  
 (Por favor, mencione ambos padres)

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor, indique las personas a las que el personal escolar tiene autorización de entregar a su niño. \*Por favor, añada los nombres, direcciones y números de teléfono que sean necesarios.

Nombre	Dirección	Teléfono

Nombre	Dirección	Teléfono

Si se solicitan, los expedientes de asistencia a clases, notas, y otros expedientes del estudiante pueden entregarse a las siguientes personas:

Nombre	Relación con el estudiante

¿Quién puede asistir a las conferencias con los maestros?

Nombre	Relación con el estudiante

Si ambos padres comparten la toma de decisiones respecto a la educación del niño y no pueden llegar a un acuerdo, o si no hay autorización de los padres, la escuela pudiera tomar una decisión basada en la información en las órdenes oficiales de custodia, la forma de matrícula más reciente, o basada en el bienestar del estudiante.

**Bajo la ley del Estado de Colorado, los padres tienen el derecho a copias del expediente de su niño, a menos que sus derechos hayan sido terminados por un tribunal o el distrito escolar haya recibido una Orden de Restricción del Tribunal de Colorado prohibiendo específicamente que hagamos accesibles los expedientes al padre que los solicita. Si usted tiene tal orden, por favor adjúntela.**

**POR FAVOR NOTE:** El Distrito pide que ambos padres firmen esta declaración indicando que están de acuerdo con la información mencionada arriba. Si solamente hay una firma, el Distrito requiere una explicación de la razón por la cual solamente hay una firma. El que un padre rehúse irrazonablemente ejecutar esta forma no prevendrá el que se haga disponible la información al otro padre del estudiante.

Firma del padre/madre	Fecha	Firma del padre/madre	Fecha

Si solamente hay una firma, explique la razón \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA LOS PADRES**

Las escuelas tienen que desarrollar oportunidades equitativas para cualquier estudiante cuyo idioma dominante no es el inglés. Para lograrlo, las reglas federales y estatales requieren que las escuelas determinen el(los) idioma(s) que cada estudiante habla y entiende.

Nombre del estudiante (use letra de molde) \_\_\_\_\_ Nombre de padre/tutor (use letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección (número y calle) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. ¿Qué idioma(s) habló su niño cuando comenzó a hablar?<br/>_____</p> <p>2. Describa el idioma que <u>su niño habla</u>.<br/>(Marque sólo una)</p> <p>_____ a. Habla sólo el otro idioma y nada de inglés.</p> <p>_____ b. Habla más el otro idioma y un poco de inglés.</p> <p>_____ c. Habla el otro idioma y el inglés por igual.</p> <p>_____ d. Habla más inglés y un poco del otro idioma.</p> <p>_____ e. Habla inglés solamente.</p> <p>3. Describa el idioma que <u>su niño entiende</u>.<br/>(Marque sólo una)</p> <p>_____ a. Entiende sólo el otro idioma y nada de inglés.</p> <p>_____ b. Entiende más el otro idioma y un poco de inglés.</p> <p>_____ c. Entiende el otro idioma y el inglés por igual.</p> <p>_____ d. Entiende más inglés y un poco del otro idioma.</p> <p>_____ e. Entiende inglés solamente.</p> | <p>4. Hablan los <u>adultos</u> en su hogar (padres, abuelos, u otros adultos) otro idioma que <u>no</u> es inglés <u>todos los días</u>?<br/><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesto sí, ¿cuál idioma(s)? _____</p> <p>¿Entiende su niño las conversaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Participa su niño en las conversaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Qué idioma(s) <u>lee</u> su niño?<br/>_____</p> <p>6. ¿Qué idioma(s) <u>escribe</u> su niño?<br/>_____</p> <p>7. ¿Asistió su niño a la escuela en otro país?<br/><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesto sí, ¿por cuantos años? _____</p> <p>¿En cuál país? _____</p> <p>Idioma(s) usados en su instrucción:<br/>_____</p> |
|---|--|

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY LANGUAGE ACQUISITION SUPPORT SERVICES**

Please print student's full name: \_\_\_\_\_ Male  Female

SASID # \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY SCHOOL**

Current School: \_\_\_\_\_ Student ID # \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

(Se usará este inventario para todos los estudiantes nuevos y todas las Reuniones para Elegibilidad de Educación Especial)  
Este formulario es confidencial y será compartido solamente con empleados del Adams 12 Five Star School que necesiten saber la información por razones de seguridad y/o progreso del estudiante. **Por favor, llene el frente y el revés del formulario.**

**\*\* Los padres/guardianes son responsables por comunicarse con el Departamento de Transportación al (720) 972-4299 e informarles sobre cualquier condición de salud que tenga el estudiante si él/ella viajará en el autobús escolar.**

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b> _____		<b>Escuela:</b> _____	
<b>Grado:</b> _____	<b>Fecha de Nacimiento</b> ___/___/___	<b>Edad</b> _____	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F <b>Vive con:</b> _____
<b>Escuela y Distrito al que asistió anteriormente:</b> _____			
<b>Nombre(s) de padre(s)/guardián(es):</b> _____			
<b>Seguro Médico: (Circule uno)</b> Seguro Privado    CCHP    # de Medicaid _____    Ninguno			
<b>Diagnóstico/Condición Médica:</b> _____			
<b>Médico que hizo el diagnóstico: (Nombre/Fecha)</b> _____			
<b>Persona que llena este formulario:</b> _____			
		<small>Nombre</small>	<small>Firma</small>
<b>Relación con el niño:</b> _____		<b>Teléfono de la casa:</b> _____	<b>Teléfono del trabajo:</b> _____
<b>Dirección de correo electrónico:</b> _____			

### HISTORIAL MÉDICO

<b>ADD</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>ADHD</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Autismo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Condición del corazón</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Tipo:</b> _____ <b>Limitaciones:</b> _____
<b>Alergias/Reacciones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, ¿a qué? _____ <b>Tipo de reacción:</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<b>Problemas del sistema inmunológico (Lupus, Transplantes)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Tipo/Fecha:</b> _____
<b>Asma/Condiciones respiratorias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pulmonía, bronquitis) <b>Tipos/Fechas</b> _____	<b>Problemas de los riñones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Enfermedades de los huesos/deformidades</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____ <b>Equipo especial:</b> _____	<b>Problemas mentales</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Cáncer/Problemas en la sangre</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Tipo/Fecha:</b> _____	<b>Condición neurológica/muscular</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Enfermedades contagiosas (sarampión, TB, hepatitis)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Tipo/Fecha</b> _____	<b>Condiciones en la piel</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Quemaduras serias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Diabetes Tipo</b> _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Supervisión de glucosa en la escuela</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Insulina requerida en la escuela</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Meriendas/dieta supervisada en la escuela</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Condiciones del estómago/intestinos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Infecciones del oído</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Cirugía (se le pusieron tubos)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fechas:</b> _____	<b>Cirugías/hospitalizaciones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha</b> _____ <b>Razón</b> _____ <b>Fecha</b> _____ <b>Razón</b> _____ <b>Fecha</b> _____ <b>Razón</b> _____
<b>Enuresis (incontinencia urinaria)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Encopresis (incontinencia fecal)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Frecuencia/edad:</b> _____	<b>Síndromes</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Lista:</b> _____ <b>Limitaciones:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Describe:</b> _____
<b>Epilepsia/convulsiones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Tipo:</b> _____ <b>Frecuencia:</b> _____ <b>Limitación:</b> _____ <b>Fecha de la última convulsión:</b> _____	<b>Lesión traumática del cerebro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Fecha:</b> _____ <b>Causa:</b> _____ <b>Alcance/resultado:</b> _____