

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS
TARJETA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE
CURSO 2021-22**

Nombre del estudiante _____
 Nombre _____ Apellido _____
 Maestro/a (Escuela Prim.) _____
 Consejero/a (Escuela Sec./Prep.) _____
 Escuela _____ Grado _____

<p>SITUACIÓN DE LA MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Continuación: Asistió a la misma escuela el año pasado. <input type="checkbox"/> Transfer./Promoción: Asistió a otra escuela de este distrito. <input type="checkbox"/> Nuevo/a: No ha estado matriculado previamente en este distrito. <input type="checkbox"/> Anterior: Vuelve al distrito después de una ausencia. Última fecha en que asistió al distrito _____</p>	<p>INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES</p> <p>A. Nivel de Educación del padre/madre o tutor MÁS educado. <input type="checkbox"/> Doctorado/entrenamiento después de graduado <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Alguna universidad (incluyendo Diploma de AA) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela preparatoria <input type="checkbox"/> No graduado de escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Declino indicar o no sé</p> <p>B. ¿Participa activamente alguno de los padres/tutores en servicios militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

<p>ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ:</p> <p>Domicilio: Calle o Apartado Postal/ Ciudad/Código Postal/ y Teléfono _____</p> <p>Última fecha de asistencia: _____ Razón por irse: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Expulsión</p> <p>¿Su hijo o hija ha sido expulsado de un distrito escolar alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuando y por qué? _____</p> <p>¿Asistió su niño o niña al Preescolar o al Kindergarten Transitivo (TK) en el SLCUSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, en cual escuela? _____</p>	<p>RESIDENCIA: El/la estudiante y/o su familia esta viviendo:</p> <p>1. ¿Con otra familia y/o pariente, por necesidad económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Con alguien que no sea el padre o tutor(a) legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿En un hotel o motel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿En un campamento, en un coche, R.V., o sin albergue? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿En un refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿En un hogar adoptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

PLAN DE SALUD/SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE:

Ninguno Medi-Cal/CenCal Seguro Privado Yo desearía más información acerca del Centro de Recursos para la Familia Yo quisiera saber más acerca de seguro gratis o de poco costo.

Nombre del Plan: _____

¿Tiene aseguranza de visión? Sí No ¿Tiene aseguranza dental? Sí No

Yo pido traducciones al español para <input type="checkbox"/> reuniones en la escuela <input type="checkbox"/> comunicaciones del distrito y la escuela.	Mi hijo o hija tiene un plan: IEP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Plan de Sección 504 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

DOY AUTORIZACIÓN PARA LO SIGUIENTE:

Sí No Doy permiso al personal de escuela para discutir las condiciones de salud/medicinas indicadas en la Tarjeta de Información de Emergencia de mi hijo/hija con el(los) médico(s) anotado(s) en la Tarjeta de Información de Emergencia de mi hijo/hija. **Entiendo que el permiso para ponerse en contacto con el médico está obligado debo pedir a la escuela para dispensar medicamentos a mi hijo.**

Sí No Como padre/tutor, doy permiso para que mi nombre, dirección, número de teléfono, y domicilio de correo electrónico sea publicado en un directorio escolar.

Sí No Como padre/tutor, el domicilio de mi correo electrónico puede ser dado para uso relacionado con la escuela.

Sí No Mi hijo/a puede ser entrevistado/a, pueden tomarle fotos o video, o puede aparecer en el periódico, en la televisión, o en programas de la radio y puede ser identificado por su nombre.

Sí No El primer nombre, foto, y/o muestras de trabajo de mi niño o niña puede ser publicado en la Internet (incluyendo sitios en la red de maestro(a), escuela, distrito y/o aquellos afiliados con el distrito) para reconocer actividades relacionadas con la escuela.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA SOLAMENTE:

Grados 9-12 solamente: Sí No Dar mi dirección a la compañía para el anillo de clase/diploma/gorro y túnica/fotos de escuela.

Grados 11 y 12 solamente:

1. El nombre de su hijo será incluido en un directorio de nombres y direcciones proporcionadas anualmente a los reclutadores militares a menos que rechaza al optar aquí: Sí, me gustaría optar a cabo mi hijo. No quiero que la información divulgada a los reclutadores militares.

2. El nombre de su hijo será incluido en un directorio de nombres y direcciones proporcionadas anualmente a los representantes de las universidades a menos que rechaza al optar aquí: Sí, me gustaría optar a cabo mi hijo. No quiero su información dada a conocer a los representantes de las universidades.

3. Acepto a dar mi dirección a: Comité de la Noche de Graduación Sí No
 Suministradores del paquete de fotos de estudiantes del doceavo grado Sí No

Mi firma indica que la información contenida aquí es exacta según mis conocimientos y que mi permiso se ha dado según se indica arriba, y, que por parte de la Sección No. 48982 del Código de Educación, que he recibido, leído y entendido el 2020-21 Notificación anual a los padres, que incluye el Código de Conducta del Estudiante y el Acuerdo del Uso Responsable de Tecnología por el Estudiante.

 Firma de los Padres/Padrastros/Tutores Fecha Y Firma del Estudiante Fecha

Sí, me gustaría ser contactado respecto optando mi estudiante fuera de uso la tecnología del distrito. Revised 1/14/20

El/La estudiante tiene acceso a la internet en casa: Si No El/La estudiante tiene acceso a una computadora en casa: Si No

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS
TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE CURSO 2021-22**

Nombre Completo _____

Maestro/a o Consejero/a _____

Escuela _____ Grado _____

Nombre Legal del Estudiante: Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____		Nombre Preferido por estudiante _____	
Dirección de Domicilio: Calle/Ciudad/Código Postal _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección		Teléfono del Hogar _____	Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____
Dirección de Correos (si es diferente): Calle o Apartado Postal, Ciudad, Código Postal _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si nueva dirección		Grado _____	Sexo (F/M/N) _____
Otros niños en la familia:			
Nombre _____ Edad _____ Escuela _____		Nombre _____ Edad _____ Escuela _____	
1. _____		3. _____	
2. _____		4. _____	

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (Incluya solamente los nombres de padres/tutores legales/responsables por cuidado, comenzando con padre(s) con quien el/la estudiante vive): **NOTA:** La información de Padres/Tutores se podrá usar para negocios de la escuela que incluyen mensajes informativos. (Código de Regulaciones Federales, Título 34, 99.1-99.67, FERPA) Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente a su teléfono celular, por favor marque el 'Recibo Textos' en la caja debajo. Marcando la caja, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular.

Contacto #1	Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
	Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
	Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
			<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
				Empleador _____
				Ocupación _____
Contacto #2	Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
	Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
	Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
			<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
				Empleador _____
				Ocupación _____
	Nombre (Primer Nombre/ Apellido) _____		El estudiante vive aquí: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Domicilio (Si diferente al del estudiante) _____		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
	Mejor número de teléfono a llamar durante horas escolares (marque uno por favor) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro	
	Mande correo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
			<input type="checkbox"/> Responsable por Cuidado	
	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular/Recibo Textos <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____
				Empleador _____
				Ocupación _____

PARA SECUNDARIA/PREPARATORIA SOLAMENTE: Si está de acuerdo con permitir al distrito que mande mensajes de recordatorio y anuncios por medio de texto directamente al teléfono celular de su estudiante, por favor escriba el número del teléfono celular de su estudiante aquí. Escribiendo el número de teléfono, usted se pone de acuerdo con pagar los cargos de su proveedor de servicio celular. **Número de Teléfono Celular de Estudiante:** _____

Orden de Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, adjunte una copia de la orden e incluye el horario (es decir, madre M-W, padre Th/F).	Orden de Restricción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, adjunte copia.
--	--

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (OTRO QUE NO SEA PADRE/TUTOR) En el caso de ausencia de padre o madre, padrastro o madrastra o tutor legal, el personal de la escuela puede notificar o entregar mi estudiante a la(s) persona(s) indicada(s) debajo en caso de enfermedad, accidente, o evacuación. Apunte solo personas locales, en el orden en que se deben llamar.

Primer contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____
Segundo contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____
Tercer contacto:	Nombre _____	Parentesco/Relación _____	Teléfono del Hogar _____	Teléfono del Trabajo _____	Celular _____

SALUD: Nombre del Médico: _____ **Número de teléfono:** _____
 La escuela puede dar los primeros auxilios a cualquier estudiante y el hospital/doctor puede administrar tratamiento médico aunque el padre/tutor no esté disponible si no hay objeción en escrito para tratamiento médico en los archivos de la escuela. (C.E.C. 49407, 25.8)

Por favor anote alergias y/o otras condiciones de salud que usted desee que nosotros compartamos con los maestros y otros empleados de la escuela:

¿Usa lentes su hijo o hija? Sí No ¿Usa una silla de ruedas su hijo o hija? Sí No

Si su hijo/hija tiene condiciones de salud confidenciales que usted desea compartir, por favor haga una cita con la enfermera de escuela.

MEDICINAS: Mi estudiante: Toma medicinas continuas: Si es así, antes/después de escuela, Durante horas de escuela.
 (Si se debe dispensar medicina, sea por receta médica o sin receta médica, durante horas escolares, una forma de consentimiento DEBE ser firmada por los padres/padrastros/tutores y el médico y archivada en la escuela.)

Si la medicina se toma durante horas de escuela, nombre la medicina y su uso: _____

FIRMAS	
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____
Firma de Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Tutor: _____	Fecha: _____

Uso Administrativo Solamente: Enroll Status: New OE IDT COR Alerts: Medical Custody
 Entry date: _____ Leave date: _____ If student leaves the district, note the following information:
 The student's record was sent to (school) _____ located in (city) _____ on (date) _____

Nombre Legal del Estudiante:



SAN LUIS COASTAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2021-2022 Información Confidencial para la Enfermera Estudiantil

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres de los Representantes: _____ Teléfono: _____

Preescolar TK/Kinder Estudiante nuevo, Grado: _____

Usa lentes: Sí No Razón (miope, hipermetrope, astigmatismo): _____

Pérdida de audición/preocupaciones: Sí No Notas: _____

Mi niño/a tiene una condición de salud No **(ALTO AQUÍ)** Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Sí, Por favor de completar el resto del formulario

Asma: Severa Moderada Causas: _____

Medicamentos*: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

Alergias: Anafilaxia/Epipen Severa Moderada Causas: _____

Síntomas: _____

Medicamentos*: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

La fecha del episodio más reciente: _____ No aplica

Diabetes: Tipo 1 Inyección/Pluma Bomba MCG Independiente en el cuidado

Tipo 2 Medicamentos*: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

(Se requieren órdenes escolares del médico antes de que el personal escolar participe en el cuidado de la diabetes.)

Convulsiones: **Historia** Edad del primer incidente: _____ Tipo: _____ Tratamiento: _____

Trastorno convulsivo actual Tipo: _____ La fecha del ataque más reciente: _____

Medicamentos*: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

Estimulador del nervio vago

Otras condiciones de salud: _____

Medicamentos*: _____ Tomado en la escuela Tomado en casa

**Se requiere un formulario de autorización de medicamentos de la escuela completado por un padre y un médico para CUALQUIER medicamento (incluso medicamentos de venta libre) para tomar en la escuela (formulario disponible en la oficina).*

Firma del Representante

Fecha

Firma de Enfermera

Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS
División de Servicios de Educación
CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

Fecha _____ Escuela _____

El Código de Educación del Estado de California requiere que todas las escuelas públicas averigüen qué idioma se habla en casa de cada estudiante. Esta determinación es esencial para poder proveer instrucción significativa para cada estudiante. Les pedimos su cooperación en contestar las siguientes preguntas. Por favor regrese esta forma firmada a la secretaria de la escuela.

Nombre del estudiante: _____

	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado
	Edad			

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo/hija cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma usa su hijo/hija con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué idioma utiliza usted con más frecuencia cuando habla con su hijo/hija? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar? _____

¿Ha tomado su hijo/hija la Evaluaciones de competencia en idioma inglés para California (ELPAC) durante los últimos 12 meses? No Sí
 (Esta prueba se aplica a los futuros estudiantes que hablan una lengua materna que no sea el inglés y anualmente todos los Aprendices del Inglés.)

Si respondió "Sí," indique la fecha aproximada cuando su hijo/hija tomó el examen: _____

Lugar de Nacimiento del estudiante: Ciudad _____ Estado _____

País: Estados Unidos (E.U.) Otro: _____

Fecha del primer día matriculado en una escuela de los E.U.:

<p>ETNICIDAD</p> <p>Parte I: Marque un recuadro</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino</p>	<p>Parte II: Además de su respuesta en la Parte I, marque uno o más recuadros abajo.</p> <p><u>Asiático/a</u></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Indígena de Asia <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"/> Laoisiano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Otro asiático </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> de Guam <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> de Samoa <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Indígena de Asia <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"/> Laoisiano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> de Guam <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> de Samoa <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Indígena de Asia <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"/> Laoisiano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> de Guam <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> de Samoa <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico		

La información aquí contenida es exacta de acuerdo con mi mejor conocimiento. _____

Firma de los padres/padrazos/tutores