

- Escuela Anna Yates Elementary (Grados K – 6) para el Grado \_\_\_\_
- Escuela Emery Secondary (Grados 7 – 12) para el Grado \_\_\_\_

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Generación (Jr. Sr.) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado Actual \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**El estudiante:**  
(Marque uno)

vive en Emeryville con su padre legal o tutor(a)

vive en Emeryville con una persona encargada

tiene una forma de transferencia interna de Distrito \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

El estudiante es Ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No

Si no es ciudadano de los Estado Unidos, ¿De dónde es ciudadano? \_\_\_\_\_

¿Qué fecha comenzo a estudiar en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

**Padre principal / Tutor** Vive en la misma dirección del estudiante?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica – *MUY IMPORTANTE* \_\_\_\_\_

**Información del encargado(a)** (Complete solo si la forma de apoyo fue firmada)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

¿Por qué está viviendo este estudiante en hogar del este cuidador? \_\_\_\_\_

## HISTORIA ESCOLAR

Escuelas Anteriores (Ponga la mas reciente primero)	Distrito Escolar	Grados	Fecha y Razón por la que tuvo que salir
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tiene el estudiante una Educación Individual o Especial?  Sí  No

Por favor especificar:  Programa Especializado  Clase Especial  Otro \_\_\_\_\_

Ha sido este estudiante expulsado o está citado para una audiencia de expulsión por otro distrito?  Sí  No

**LA ETNICIDAD Y LA RAZA**  
*(Requerido por las regulaciones federales NCLB)*

El Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere la colección de datos sobre la raza y la etnicidad de los estudiantes y los empleados. Estos datos, que informan los sistemas construidos para apoyar la instrucción y medir lo que aprenden los estudiantes, son esenciales para controlar y evaluar la instrucción, el aprendizaje y el logro de los estudiantes a través de los grupos raciales y étnicas.,

**Favor de contestar AMBAS preguntas siguientes sobre la etnicidad y la raza de su hijo.**

**¿Cuál es la etnicidad de su hijo?** Marque una opción.

- Hispánico o Latino** *(Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, no importa la raza)*
- No Hispánico ni Latino**

**¿Cuál es la raza de su hijo?**

*La pregunta previa no es sobre la raza, sino la etnicidad. No importa lo que Ud. haya elegido, favor de indicar abajo lo que considera la raza de su hijo. Marque entre una a cinco de las opciones seguidas.*

- African American** (600) – *Una persona con orígenes en las gentes originales negras de África*
- Asian** (200) – *Una persona con orígenes en las gentes originales del Lejano Oriente, del Suroeste Asiático, o del Subcontinente Indo*
- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Chinese</b> (201)      | <input type="checkbox"/> <b>Japanese</b> (202)    | <input type="checkbox"/> <b>Korean</b> (203)    | <input type="checkbox"/> <b>Vietnamese</b> (204) |
| <input type="checkbox"/> <b>Asian Indian</b> (205) | <input type="checkbox"/> <b>Laotian</b> (206)     | <input type="checkbox"/> <b>Cambodian</b> (207) | <input type="checkbox"/> <b>Hmong</b> (208)      |
| <input type="checkbox"/> <b>Filipino</b> (400)     | <input type="checkbox"/> <b>Other Asian</b> (299) |   |  |
- Native Indian, American Indian, or Alaskan Native** (100) – *Una persona con orígenes en las gentes originales de Norteamérica, Centroamérica y Sudamérica, y que mantiene una asociación tribal o una conexión con la comunidad*
- Native Hawaiian or Pacific Islander** (300) – *Una persona con orígenes en las gentes originales de Hawaii, Guam, Samoa, o las otras Islas Pacíficas*
- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Hawaiian</b> (301)               | <input type="checkbox"/> <b>Guamanian</b> (302) | <input type="checkbox"/> <b>Samoaan</b> (303) | <input type="checkbox"/> <b>Tahitian</b> (304) |
| <input type="checkbox"/> <b>Other Pacific Islander</b> (399) |   |   |  |
- White** (700) – *Una persona con orígenes en las gentes originales de Europa, el Medioeste, o el Norte de África*

**EL IDIOMA EN LA CASA**

*Las respuestas a las preguntas sobre el idioma ayudarán en determinar la mejor manera de apoyar a su hijo y su familia.*

**¿Qué idioma aprendió este estudiante a hablar primero?** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma usa este estudiante más en casa?** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma usa Ud. más al hablar con este estudiante?** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma hablan los adultos más en casa?** \_\_\_\_\_

**¿En qué idioma prefieren recibir la correspondencia?** \_\_\_\_\_



Apellido del Estudiante

Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Cumpleaños

## SALUD Y BIENESTAR

*Por favor enumere su condición médica, alergias, problemas mentales y/o problemas de salud.*

Nombre del Médico

Nombre del Dentista

Número de Teléfono del Médico

Número de Teléfono del Dentista

Nombre del Plan de Salud

Número de Póliza del Plan de Salud

### ACCEDER A TRATAMIENTO — en caso de emergencia

Yo, padre/Tutor del estudiante arriba mencionado, doy mi autorización y consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico o tratamiento quirúrgico y tratamiento médico de emergencia que se considere aconsejable bajo la supervisión general del personal médico de emergencia autorizado para ejercer en el estado de California. Se entiende que primero se tratara de contactar a la persona encargada antes de proceder a darle algún tratamiento al paciente, pero ninguno de los tratamientos arriba mencionados serán retenidos si el encargado no puede ser encontrado. Esta autorización es dada para ser ejercida en base a la Sección 25.9 del Código Civil de California.

Padre/Nombre del Tutor Legal (*por favor escribir con letra de molde*)

Padre/Firma del Tutor Legal

Fecha

*Enumere los teléfonos del padre/tutor legal en caso de emergencia relacionado con el estudiante*

Teléfono de la casa o el trabajo

Teléfono celular

Otros

### CONTACTOS DE EMERGENCIA *Enumere las personas que pueden ser contactadas en caso de emergencia.*

Nombre

Teléfono

Relación con el estudiante

Nombre

Teléfono

Relación con el estudiante

### CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Yo, padre/tutor legal del estudiante arriba mencionado, doy mi consentimiento al Distrito Escolar de Emery para poder hacer reuniones, tomar fotos y videos del estudiante, o de los trabajos de arte creados por el estudiante.

También doy mi consentimiento para que estas reuniones, fotos, o videos puedan aparecer en los medios de comunicación nacional, incluyendo radio, televisión, publicaciones, en documentos de internet del Distrito Escolar de Emery boletín informativo, sitio web y noticias producidas en sociedad con otras organizaciones autorizadas por el Distrito Escolar de Emery.

Estoy de acuerdo de que no tendré ningún derecho, título, o interés en las fotos, videos, filmaciones, publicaciones, sitios web, o en el contenido de las reuniones, ni yo encontrare una causa o acción por daño o lesiones que resulten de las reuniones o la difusión de tales cuando estas sean distribuidas de la manera y para los propósitos arriba descritos.

Entiendo que no recibiré ninguna compensación monetaria de parte del Distrito Escolar de Emery o por las organizaciones en conjunto, y que El Distrito Escolar de Emery no se beneficiará de la distribución de estos medios.

Nombre del Padre/Tutor Legal  
(*Por favor escribir con letra de molde*)

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha