



ESCUELAS DE LA CIUDAD
DE SANTA CRUZ
FORMULARIO DE MATRÍCULA

School of Enrollment:

Student ID Number:

Por favor escriba toda la información del estudiante como aparece en el Acta de Nacimiento

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /
Lugar de Nacimiento: Ciudad	Estado	País		

Lo siguiente es un requisito Federal y Estatal

Origen Étnico del Estudiante: Hispano o Latino o No Hispano o Latino

Raza del Estudiante: (Marque todas las que apliquen. Debe seleccionar por lo menos una.)

La pregunta de arriba es acerca del origen étnico, no de raza. No importa lo que seleccione arriba, por favor conteste también lo siguiente marcando uno o más de los cuadros para indicar la raza a la que usted considera que pertenece.

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco: No Hispano o Latino	Asiático: <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro Asiático	Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico: <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico
---	--	--	---

Participación en un Programa (Marque todas las que apliquen)

¿Está el estudiante en adopción provisional? Sí No Si respondió sí, favor de proporcionar documentación.

GATE Plan de Colocación 504 (Proporcione copia actual) Migrante

Educación Especial: Fecha del ultimo IEP: Terapia de lenguaje (Adjunte copia del IEP actual)

¿Alguna vez ha sido el estudiante referido al Comité de Revisión de Asistencia Escolar (SARB)? Sí No

¿Alguna vez ha sido el estudiante referido a una audiencia disciplinaria escolar? Sí No

Historial de Matriculación

Ultimo nivel de grado completado:	Nivel de grado de matriculación:
Fecha original de ingreso en una escuela de EE.UU:	____/____/____ Mes Día Año
Fecha original de ingreso en una escuela de California:	____/____/____ Mes Día Año
Fecha original de ingreso en este distrito escolar:	____/____/____ Mes Día Año

¿Alguna vez ha repetido el estudiante un nivel de grado? Sí No Si respondió sí, ¿Qué nivel fue?:

Escuelas Asistidas Previamente

Nombre de la Escuela:	Nombre de la Escuela:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono: ()	Teléfono: ()
Fax: ()	Fax: ()
Fechas de Asistencia:	Fechas de Asistencia:



ESCUELAS DE LA CIUDAD
DE SANTA CRUZ
FORMULARIO DE MATRÍCULA

Información de Contacto de la Residencia Primaria					
Domicilio					
Número	Nombre de la Calle	Nº de Apto.	Ciudad	Código Postal	
¿Es esta una vivienda permanente, regular y adecuada para pasar la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (No un motel, campamento, albergue o viviendo con amigos o familiares por necesidad, no por elección)					
Dirección Postal (si es diferente de la dirección del domicilio)					
P.O. Box	Número	Nombre de la Calle	Nº de Apto.	Ciudad	Código Postal
<input type="checkbox"/>					
Número de Hogar Primario: ()		<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Móvil			
Número de Contacto del Estudiante: ()			Correo Electrónico del Estudiante:		
Información del Padre/Guardián (Complete una sección para cada adulto. Si usted es un tutor legal, adjunte documentación)					
<input type="checkbox"/> Residencia Primaria			<input type="checkbox"/> Residencia Primaria <input type="checkbox"/> Residencia Secundaria		
Nombre:			Nombre:		
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:			Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de Contacto Primario: ()			Domicilio (Si es diferente a la del estudiante):		
Número de Contacto Secundario: ()					
Correo Electrónico:			¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleador:			Número de Contacto Primario: ()		
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Número de Contacto Secundario: ()		
Nivel Más Alto de Educación			Correo Electrónico:		
<input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria			Empleador:		
<input type="checkbox"/> Algunos grados de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio			Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Graduado de Universidad					
¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nivel Más Alto de Educación		
Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____			<input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria		
			<input type="checkbox"/> Algunos grados de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio		
			<input type="checkbox"/> Graduado de Universidad		
Anote a todos los niños que viven en casa					
Nombre		Escuela		Nivel de Grado	
¿Hay algo más que usted quisiera que supiéramos acerca de su estudiante? _____					
Por favor notifique a la escuela inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.					
Firma del Padre/Guardián:				Fecha: / /	



ESCUELAS DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ
 INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Sda. Inicial	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /	Grado
Información del Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Cambio de Información		Información del Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Cambio de Información			
Nombre:		Nombre:			
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:			
Domicilio: _____		Domicilio: _____			
Número de Contacto Primario: ()		Número de Contacto Primario: ()			
Número de Contacto Secundario: ()		Número de Contacto Secundario: ()			
Correo Electrónico:		Correo Electrónico:			
Empleador:		Empleador:			
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____		Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____			
Anote a los hermanos/as que asisten a alguna Escuela de la Ciudad de Santa Cruz					
Nombre		Escuela		Nivel de Grado	
Contactos de Emergencia					
Si no podemos comunicarnos con usted, debemos tener 3 personas locales que usted autorice para recoger a su estudiante de la escuela si: su estudiante está enfermo/a, necesita atención médica o debe ser evacuado/a debido a un desastre natural.					
Nombre		Relación		Número de Contacto	
Información Médica					
Médico Familiar		Número de Teléfono		Dentista	
		()			
				()	
¿Tiene su estudiante seguro médico actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de Aseguradora:					
Si respondió no, ¿Le gustaría recibir información acerca de seguro médico gratuito o de bajo costo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Liberación del Estudiante de Emergencia					
En caso de un desastre natural o civil, (para estudiantes de 14 años de edad o mayores) deseo que mi estudiante sea:					
<input type="checkbox"/> Liberado tan pronto como la Oficina de Servicios de Emergencia indique que es seguro hacerlo					
<input type="checkbox"/> Liberado sólo a los Contactos de Emergencia anotados					
En caso de una emergencia (enfermedad grave o lesión), cuando no pueda ser contactado, por la presente autorizo al personal de ECSC a obligarme por los servicios de un médico/hospital local para mi estudiante.					
Por favor notifique a la escuela inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.					
Firma del Padre/Guardián:				Fecha: / /	

Name of Student: _____ **Age** _____ **Birth date** _____ **Grade** _____

(Nombre del Estudiante): **Last** (Apellido) **First** (Primer Nombre) **Middle** (Segundo Nombre) (Edad) (Fecha de Nacimiento) (Grado)

Birthplace: _____ **Last School Attended:** _____

(Lugar de Nacimiento): **City** (Ciudad) **State/Country** (Estado/País) (última escuela que asistió): **Name** (Nombre) **City/State/Country** (Ciudad/Estado/País)

A Home Language Survey (HLS) is used to determine a student's primary language and is on file for each student in the District, including Migrant, Special Education and continuation school enrollees. Your assistance in providing accurate information is requested.
Please answer all the questions and sign below.

Una encuesta de idioma del hogar es usada para determinar el primer idioma y está archivada para cada estudiante en el distrito, incluyendo estudiantes inscritos como migrantes o en Educación Especial. Se solicita su ayuda en proveer la información correcta.
Por favor conteste todas las preguntas y firme abajo.

1. Which language did your child learn when he/she first began to speak? _____
2. What language do you use most frequently to speak to your child? _____
3. What language does your child most frequently use at home? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home. _____
5. What year and in what state did your child enroll in a school in the USA for the first time? _____
6. Have you moved within the past 3 years, even for a short time? _____
7. Did you move so that you or a member of our family could find work in agriculture? _____

1. Cuando su hijo empezó a hablar. ¿cuál idioma aprendió primero? _____
2. Cuando usted habla con su hijo. ¿Qué idioma usa con más frecuencia? _____
3. En casa. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia? _____
4. Mencione el idioma que hablan los adultos con más frecuencia en la casa. _____
5. ¿En qué año y en qué estado inscribió a su hijo por primera vez en una escuela de los Estados Unidos? _____
6. ¿Se ha mudado de domicilio durante los últimos 3 años aunque sea por un período corto? _____
7. ¿Se mudó para que usted o algún miembro de su familia obtuviera trabajo en la agricultura? _____

Each student whose home language is other than English as determined on this form will be assessed in English listening, speaking, reading and writing. You will receive a letter with your child's results and program placement recommendation.

Cada estudiante para quien su idioma del hogar es diferente al inglés por determinación de este formulario será evaluado en escuchar, hablar, leer y escribir en inglés. Ud. recibirá una carta con los resultados y la recomendación del programa en que se ubicará a su hijo.

Do you prefer communication from your school in: English Spanish ?

¿Usted prefiere comunicación de la escuela en: Inglés Español?

Parent/Guardian Signature: _____ Address: _____ Phone: _____

Firma De Padre/Tutores _____ Domicilio _____ Teléfono _____

CA Ed Code S52164.1(a) Distribution: **Original Student's Cum** Copy to: **Curriculum, Intervention, and Assessment**

2017-18
Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz
Historia Médica del Estudiante

M F

Apellido del Estudiante Primer Nombre Segundo Nombre Fecha de Nac. Grado

Doctor: _____ Dentista: _____ Proveedor de Seguro Médico _____

1. MARQUE ESTE CUADRO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE NINGUN PROBLEMA DE SALUD CONOCIDO Y FIRME ABAJO.

2. Marque los cuadros de abajo que correspondan a su estudiante y firme abajo.

- *Diabetes** Tipo 1 Tipo 2 ¿Medicamentos? Oral Inyección Bomba ¿Administrado en la escuela? Si No
Nombre del medicamento _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
- * Reacciones Alérgicas** ¿A qué? _____ ¿Urticaria /comezón? Si No
¿Dificultad al respirar? Si No ¿Tiene epipen? Si No
Nombre/Teléfono del Doctor _____
- * Convulsiones** Fecha de la última convulsión _____ ¿Requiere medicamento? Si No
Nombre del medicamento _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Condiciones ortopédicas** ¿Alguna limitación física? _____
¿Silla de ruedas? ¿Zapatos ortopédicos/tirantes? ¿Muletas?
- Asma** ¿Requiere medicamento/inhalador? Si No Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Problemas del corazón** Diagnóstico: _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
¿Medicamentos? Si No ¿Restricciones Físicas? Si No
- Salud Mental** Diagnóstico: _____ ¿Bajo cuidado médico? Si No
Ansiedad, Depresión Medicamentos: _____ Nombre/Teléfono del Doctor/Terapeuta _____
PTSD
- ADHD** ¿Requiere medicamento? Si No Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Hospitalizaciones** Explique: _____
- Está tomando medicamento?** ¿Para qué? _____ Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Problemas de Visión** ¿Usa lentes? ¿Lentes de contacto? ¿Para leer solamente? ¿Todo el tiempo? Fecha del último examen _____
- Problemas de audición** ¿Pérdida permanente del oído? ¿audífono? Izquierdo Derecho Ambos
 Fecha del último examen _____

Por favor escriba alguna otra información importante de salud o de conducta: _____

Estas condiciones requieren un Plan de Salud. Nota: Cualquiera de las condicione de arriba pueden requerir un Plan de Salud. Todas las formas pueden obtenerse en la Oficina de Salud de la Escuela.

Nombre del Padre/Madre _____ Firma del Padre/Madre _____
Fecha _____ Mejor número telefónico para localizar al Padre/Madre _____



Dear Parent/Guardian:

In order to attend Middle School or High School in the Santa Cruz City Schools, you must provide a copy of your child's immunization record showing that your child has received all the required immunizations to enroll or a Medical Exemption letter from your child's doctor,.

- **Polio** : 4 doses (3 doses if at least one polio were given after 2nd birthday)
- **DPT**: 4 doses (3 doses if at least one DTP or DT/Td were given after 2nd birthday)
- **Tdap booster** given on or after 7th birthday *for grades 7 only*
- **MMR**: 2 doses (both doses must be given on or after 1st birthday)
- **Hepatitis B**: 3 doses (2 doses of the 2-dose hepatitis B vaccine formulation and both doses were received at age 11–15 years will also fulfill this requirement.)
- **Varicella**: 1 dose or documentation of disease. (For children 13–17 years old, 2 doses are needed)

Querido Padre/Guardián:

Para que su hijo/a pueda asistir a la escuela Secundaria ó Preparatoria en las escuelas de Santa Cruz, usted debe presentar una copia del récord de inmunización indicando que su hijo/a ha recibido todas las vacunas requeridas para ser matriculado, o una carta de exención médica del doctor de su hijo/a

- **Polio** : 4 dosis (3 dosis si al menos una de polio fue dada después de los 2 años de edad)
- **DPT**: 4 dosis (3 dosis si al menos una de DTP o DT/Td fue dada después de los 2 años de edad)
- **Vacuna Tdap** dada durante ó después de los 7 años de edad *para los grados 7 solamente*
- **MMR**: 2 dosis (ambas dosis deben darse durante o después de 1 año de edad)
- **Hepatitis B**: 3 dosis
- **Varicela**: 1 dosis o documentación de la enfermedad. (Para niños de 13–17 años de edad, se necesitan 2 dosis)