



## SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

**¡BIENVENIDOS A SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT!**

### **Procedimiento de inscripción:**

- Complete este paquete y adjunte todos los documentos requeridos. Se puede enviar por correo electrónico en cualquier momento o llevarlos en persona a la oficina, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
- El estudiante estará inscrito en el sistema de estudiantes de SUHSD.
- El consejero será asignado y creará un horario de clases para el estudiante.
- Nos comunicaremos con usted por correo electrónico o por teléfono para programar la recogida del Chromebook (de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.)
- El padre/madre/tutor recibirá una clave de activación de ParentVUE. El padre/madre/tutor **debe** activar su cuenta y completar el registro en línea, ése es su paso final. Esto SOLAMENTE se puede entregar al padre/madre/tutor.

Para brindar un mejor servicio a su hijo/hija y brindarle una asignación adecuada, la siguiente es una lista de documentos necesarios para la inscripción:

\_\_\_\_\_ Registros de inmunización/vacunas

\_\_\_\_\_ Copia del acta de nacimiento

\_\_\_\_\_ 3 comprobantes de domicilio – deben ser ACTUALES. Las familias que se inscriban deben vivir en nuestra área o zona de asistencia.

\_\_\_\_\_ Expediente académico y retiro/Hoja de retirarse de la escuela/programa anterior

Si es aplicable:

\_\_\_\_\_ Educación especial: copia del último IEP (Programa educativo individualizado)

\_\_\_\_\_ Declaración jurada del cuidador con identificación y comprobante de domicilio

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame o envíe un correo electrónico al Registrador/Oficinista del registrador en el plantel escolar.

Student ID \_\_\_\_\_



# SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE DATOS

¿Estaba el estudiante inscrito anteriormente en ESTE distrito? Sí No Grado(s) \_\_\_\_\_ Escuela(s) \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Nombre legal (si es diferente al nombre anterior) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País): \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino No binario Teléfono principal \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Domicilio de correo (si diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Estudiante vive con: Ambos padres Padre Madre Padre/Madre adoptivo  
Padraastro/madrastra Pariente Tutor/a nombrado/a por la corte Otro \_\_\_\_\_

### Primer/a Tutor/a Principal

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Empleador del Tutor/ \_\_\_\_\_ Teléfono-Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Parentesco al niño/a: \_\_\_\_\_

No graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de estudios universitarios (A.A.)

Graduado universitario Escuela posgrado/Formación de posgrado

### Segundo/a Tutor/a Principal

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Empleador del Tutor/ \_\_\_\_\_ Teléfono-Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Parentesco al niño/a: \_\_\_\_\_

No graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de estudios universitarios (A.A.)

Graduado universitario Escuela posgrado/Formación de posgrado

¿Cuál es el origen étnico de su hijo/a? Hispano o latino No hispano ni latino

¿A cuál raza pertenece su hijo/a? La parte anterior de esta pregunta es sobre etnia, no una raza. Independientemente de lo que haya seleccionado anteriormente, continúe respondiendo lo siguiente marcando una o más casillas para indicar lo que

considera ser: Indígena americano o nativo de Alaska Indígena asiático negro o afroamericano camboyano

chino filipino guameño hawaiano hmong japonés coreano laosiano vietnamita Otro asiático

Otro isleño del Pacífico tahitiano blanco Isleño del Pacífico samoano

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:** En caso de que el menor nombrado arriba se enferme o se lastime en la escuela y no se puedan comunicar conmigo, las autoridades escolares tienen mi permiso de contactar y dejar ir a mi hijo/hija con la persona indicada abajo:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Puede recoger en situación de no emergencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Puede recoger en situación de no emergencia \_\_\_\_\_

Student ID \_\_\_\_\_



# SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital preferido: Salinas Valley Memorial Hospital Natividad Hospital CHOMP Otro \_\_\_\_\_

En caso de emergencia debido a enfermedad o accidente, cuando no se nos pueda localizar, las autoridades escolares tienen nuestro permiso para usar su mejor juicio en beneficio de la salud de nuestro/a hijo/hija. Entendemos que la escuela no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte en ambulancia en caso de emergencia.

## ENCUESTA DEL IDIOMA HABLADO EN CASA

Idioma que el estudiante habló primero \_\_\_\_\_ Idioma que el estudiante habla más \_\_\_\_\_

Idioma que yo hablo más con mi hijo/hija es \_\_\_\_\_ Idioma que los adultos hablan en la casa es \_\_\_\_\_

Información de la escuela debería ser en \_\_\_\_\_ Indicar el primer año que asistió a la escuela en los Estados Unidos \_\_\_\_\_

**¿Ha recibido el estudiante algún servicio de educación especial?** Sí No

¿Tiene el estudiante problemas de salud que el Distrito debería conocer? Sí No

¿Alguna vez el estudiante ha estado inscrito en educación alternativa (no educación especial)? Sí No

¿Tiene el estudiante un plan de la Sección 504? Sí No

**¿Alguna vez este estudiante ha sido expulsado de la escuela?** Sí No

El estudiante tuvo que mudarse debido al trabajo de los padres/tutores en Agricultura o

Procesamiento de alimentos frescos, o trabajo forestal o pesca comercial en los últimos tres años. Sí No

## CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

¿Cuál describe mejor el arreglo de vivienda al presente?

Alquilar o ser propietario de una casa, casa móvil, apartamento o condominio (si marcó esta casilla, vaya a información del historial médico).

Vivir en la casa o apartamento de otra persona debido a dificultades financieras o pérdida de vivienda (120)

Vivir en un hotel o motel (110) Nombre: \_\_\_\_\_

Vivir en un refugio para personas sin hogar o una vivienda temporal (100)

Vivir en un vehículo, RV (vehículo caravana), parque, lugar de campamento, o lugar similar (130)

Vivir en una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, sin calefacción o sin electricidad) (130)

Vivir en un campamento o en la calle (130)

Vivir en un cobertizo o garaje no convertido (100)

Otro \_\_\_\_\_

Student ID \_\_\_\_\_



# SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

¿Su arreglo de vivienda es el resultado de alguno de los siguientes factores?

Dificultades financieras	Sí	No
Pérdida de la previa situación de vivienda	Sí	No

## INFORMACIÓN DE HISTORIAL DE SALUD

Problemas de salud: Marque abajo si su hijo/hija tiene actualmente uno de los siguientes problemas de salud:

Diabetes	ADHD-Síndrome de Atención Deficiente e Hiperactividad
Anafilaxia (alergia grave)	Asma
Abuso de drogas/alcohol	Trastorno convulsivo
Alergia a _____	Otro _____

Si su hijo/hija está tomando medicamentos para cualquier o todos los problemas marcados, por favor proporcione a la escuela un formulario completado de la Orden para la Administración de Medicamentos en la Escuela.

Escriba el nombre de los medicamentos tomados al presente:

Nombre del Medicamento _____	Dosis _____	Hora(s) de tomarse _____
Nombre del Medicamento _____	Dosis _____	Hora(s) de tomarse _____
Nombre del Medicamento _____	Dosis _____	Hora(s) de tomarse _____

**Un nuevo formulario de Administración de Medicamentos debe ser completado cada nuevo año escolar, para todos los medicamentos, incluyendo medicamento(s) recetado(s).**

¿Es su hijo alérgico/hija alérgica a algún medicamento? Si contesta afirmativamente, sírvase escribir: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo/hija físicamente capaz de participar plenamente en las actividades escolares?    Sí    No

(Si la respuesta es no, debemos tener una nota del doctor dando permiso de excluir a su hijo/hija de participar con una explicación de cuáles actividades evitar y sugerencias para las actividades aprobadas con una fecha de comienzo y una fecha de terminación.)

¿Tiene su hijo/hija problemas de audición?    Sí    No

Si contesta que sí, ¿usa audífonos?    Sí    No

Si contesta que sí, ¿está bajo el cuidado de un médico?    Sí    No

¿Tiene su hijo/hija problemas con los ojos o dificultad para ver?    Sí    No

Si contesta que sí, ¿está bajo el cuidado de un médico?    Sí    No

Si se le ha recetado lentes, por favor haga que su hijo/hija venga a la escuela con los lentes.

¿Usa lentes su hijo/hija?    Sí    No

Durante el curso del año escolar, SUHSD estará realizando un examen de salud por mandato estatal para la visión y la audición. **Si no desea que su hijo/hija sea examinado/a, por favor marque esta casilla.**

Student ID \_\_\_\_\_



# SALINAS UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## INSCRIPCIÓN ESCOLAR PREVIA DEL ESTUDIANTE

Bajo la legislación federal, la Ley No Dejar Atrás a Ningún Niño de 2001 (NCLB), todas las escuelas públicas de California deben implementar un programa de responsabilidad en todo el estado que mida el progreso académico de sus estudiantes y escuelas. El Identificador de Servicios de Información de Escuela de California (CSIS) es un valor numérico aleatorio de diez dígitos que se almacena en el distrito del estudiante para que pueda asociarse con ese estudiante. Para asignar correctamente este número, necesitamos el historial completo de inscripción escolar del estudiante.

	ESCUELA	CIUDAD, ESTADO
Kindergarten		
Grado 1		
Grado 2		
Grado 3		
Grado 4		
Grado 5		
Grado 6		
Grado 7		
Grado 8		
Grado 9		
Grado 10		
Grado 11		
Grado 12		

Yo certifico con mi firma que toda la información presentada en todos los formularios es correcta según mi leal saber y entender. He recibido la "Notificación de los derechos y las responsabilidades de los padres" y he leído y hablado de su contenido, incluyendo las Reglas de asistencia y el Manual de conducta para los estudiantes (notado según E.C.35291). También he recibido y leído y analizado el Reglamento de uso aceptable de Internet y el Contrato del Chromebook. Entiendo y acepto los parámetros para la participación de los estudiantes en el uso de Internet a través de las computadoras y la red del Salinas Union High School District. Certifico que revisaré las reglas con mi hijo/hija. **Entiendo que ningún estudiante puede inscribirse hasta que este formulario esté firmado.**

Nombre del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Office Issued Student ID# \_\_\_\_\_ Student Enrolled \_\_\_\_\_

Student ID \_\_\_\_\_