



Bienvenido a
FAIRFIELD CITY SCHOOLS

Para uso Oficial solamente:

Student ID:

Entry Date ____/____/____

Building _____ AM / PM

HLS IEP Session Change Requested

Transportation Form Attached Intake _____

Preschool Evaluation Only Entry _____

SU FIRMA SERA REQUERIDA AL FINAL DE LA PAGINA 2
Favor de completar TODAS las secciones

Información del Estudiante *Por favor imprima. Provea nombres legales*

Apellido(s) _____ Primer Nombre _____ Segundo _____

Grado _____ Sexo (Marque una): Masculino Femenino

Dirección de casa _____ Número Apartamento/Lote/Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número Tel. principal _____ (Marcar Una): Móvil Casa

Lugar de Nacimiento del Estudiante

Ciudad _____ Estado _____ País _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante ____/____/____ (mes/día/año)

¿El estudiante es Hispano o Latino? No Si

Raza/Etnicidad *(Marque todas las que correspondan)* Negro/Afro-Americano Blanco/Caucásico Asiático

Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano u otra Isla del Pacífico

Motivos de Inscripción. (Marque Una)

De Distrito Público de Ohio o chárter/Esc. comunitaria

De "Escuela en casa" en Ohio

De otro estado

De Otro País

De una escuela no pública en Ohio.

 Distrito Escolar Previo al que asistió: _____

Nombre de la Escuela Ciudad Estado

Primera vez en Esc. Pública de Ohio debido a la edad

El Estudiante ha asistido antes a Fairfield City Schools?

No Si *(Si fue así, provea el grado y el año en que fue dado de baja)*

Grado _____ Año Escolar _____

Si no es residente de Fairfield, Seleccione la razón de su inscripción.

Inscripción abierta/ Open Enrollment

Fuera del distrito -colocación de crianza (Foster Placement)

Otra _____

¿Esta este estudiante actualmente en expulsión o suspensión Sí No

Para estudiantes de secundaria - año escolar cuando comenzó el noveno grado _____

Servicios Especiales

Si No Mi hijo tiene en un IEP o actualmente está recibiendo Servicios Especiales.

Si No Mi hijo está actualmente con un 504

Si No Mi hijo ha sido identificado como dotado o ha recibido servicios para dotados de otro Distrito Escolar

Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

Nombre del alumno: <i>(nombre y apellido)</i>		Fecha de nacimiento del alumno: <i>(mm/dd/aaaa)</i>	
<p>Preferencias de comunicación Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.</p>		<p>1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____</p>	
<p>Antecedentes del idioma La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.</p>		<p>2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____</p>	
<p>Educación previa Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.</p>		<p>5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____</p> <p>6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____</p> <p>7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____/_____/_____ Mes Día Año</p>	
<p>Información adicional Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.</p>			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



Estado civil de los padres de nacimiento / adoptivos

- Casados/Ambos en casa Casados/Separados Nunca Casados* Divorciados*
 Madre Fallecida Padre Fallecido

** Si los padres son divorciados o no casado, requerimos documentación legal actual relacionada con los niños.*

Información de Contacto

Estudiante reside (Guardián legal): (marque todos los que correspondan)

- Madre Padre Padre de Crianza* Guardián* Abuelo(a)/ Poder legal *
 Otro * _____ **Si el estudiante es colocado con un tutor legal/ Padre de Crianza temporal o reside con sus abuelos, documentos legales que identifican ubicación deben ser provistos.*

Información de Contacto para:

- Madre Padre Guardián Trabajador Social
 Abuelo(a) Padrastro/Madrastra Padre de Crianza

Apellido _____
 Primer Nombre _____
 Tel. de Casa _____
 Tel. Móvil _____

Misma dirección del estudiante

Información de Contacto para:

- Madre Padre Guardián Trabajador Social
 Abuelo(a) Padrastro/Madrastra Padre de Crianza

Apellido _____
 Primer Nombre _____
 Tel. de Casa _____
 Tel. Móvil _____

Misma dirección del estudiante

Información de Contacto para:

- Madre Padre Guardián Trabajador Social
 Abuelo(a) Padrastro/Madrastra Padre de Crianza

Apellido _____
 Primer Nombre _____
 Tel. de Casa _____
 Tel. Móvil _____

Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Código postal _____

Información de Contacto para:

- Madre Padre Guardián Trabajador Social
 Abuelo(a) Padrastro/Madrastra Padre de Crianza

Apellido _____
 Primer Nombre _____
 Tel. de Casa _____
 Tel. Móvil _____

Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Código postal _____

Firma _____ Fecha ____/____/____ (mes/día/año)

Yo, el que firma, declara bajo pena de falsificación que soy el Padre Guardián Legal del estudiante arriba mencionado y que la información provista es verdadera y correcta. Yo entiendo que toda información provista que sea incorrecta puede resultar en cambio de grado, grupo o transferencia inmediata o ser dado de baja de esta escuela.

**La falsificación bajo el Código Revisado de Ohio 2921.13 es un delito menor de primer grado penado por un máximo de 6 meses de prisión y/o una multa de \$1,000.*

Declaración de Residencia

Dirección _____ Apartamento/Lote/Unidad _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián _____

Yo afirmo que soy el propietario/arrendatario de la residencia listada arriba, donde el estudiante arriba mencionado reside: Si

No – Por favor conteste las siguientes preguntas.

***El Propietario/Arrendatario debe completar la caja de abajo.**

¿La dirección actual del estudiante está bajo arreglo temporal? Sí No

Si es sí, ¿Arreglo temporal se debe a pérdida de casa o dificultades financieras? Sí No

Si es sí, ¿Dónde está viviendo el estudiante ahora?

- Motel u Hotel Albergue para desamparados Viviendo con familias y amigos Joven sin compañía

Firma _____ Fecha ____/____/____ (mes/día/año)
(Debe firmarse en presencia de un funcionario del Distrito Escolar de Fairfield City)

Por favor liste a todas las personas en casa:

Nombre	Sexo	Edad	Relación con el estudiante	Nombre	Sexo	Edad	Relación con el estudiante
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

***Propietario/Arrendatario (si es diferente al Padre/Guardián)**

Nombre Propietario/Arrendatario _____

Yo afirmo que el Padre/Guardián y el Estudiante viven conmigo en la residencia listada arriba.

Núm. Telefónico: _____.

Fecha en la que el Padre/Guardián y el estudiante se mudaron a su residencia ____/____/____ (mes/día/año)

Tiempo esperado de estancia _____ Razón de la Co-Residencia _____

Firma _____ Fecha ____/____/____ (mes/día/año)
(Debe ser firmada en presencia de un Oficial de Fairfield District Schools)

Yo afirmo que toda la información provista arriba es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en que Fairfield City School District, si así lo cree necesario, tiene el derecho de investigar mi lugar de residencia. Estoy de acuerdo en permitir acceso a mi información de renta a cualquier representante de Fairfield City School District.

Además entiendo y acuerdo que el estudiante arriba mencionado podría ser dado de baja de manera inmediata de Fairfield City School District si se determina que el padre(s)/tutor(es) no son residentes legales de Fairfield City Schools.

Una persona quien a sabiendas falsifica la información arriba provista, está cometiendo un delito menor de primer grado penado por un máximo de 6 meses de prisión y/o una multa de \$1000. (Código Revisado de Ohio Sección 2921.13)

He leído y entendido lo arriba: Iniciales Padre/Guardián _____ Iniciales del Propietario _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Fairfield City School District Official Signature Date ____/____/____

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE FAIRFIELD

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

(Ambos lados de este formulario deben de ser completados por un padre o tutor legal.)

Nombre Completo del Niño(a) _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____

Condiciones de Salud: Por favor marque con una (√) cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo(a) tiene actualmente o ha tenido en el pasado.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Curvatura Anormal de la Columna (Escoliosis, etc.)
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD
<input type="checkbox"/> Alergias Fiebre del Heno/Alergia al Polen
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Asma/Sibilancias
<input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Malformación de Nacimiento/Congénita
<input type="checkbox"/> Cáncer, clase _____
<input type="checkbox"/> Viruela, fecha _____
<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica o Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Desordenes Emocionales
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón, clase _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones, clase _____
<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Meningitis o Encefalitis
<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Espasmos/Tics Nerviosos
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes
<input type="checkbox"/> Suciedad heces/Ensucia pantalones/Caga
<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias (alcohol/drogas)
<input type="checkbox"/> Intento de Suicidio
<input type="checkbox"/> Dolores de muelas/problemas dentales
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> Infecciones al Tracto Urinario
<input type="checkbox"/> Accidentes Urinarios (noche/día)
<input type="checkbox"/> Otro Problema de Salud Crónico |
|---|---|

Explique las condiciones marcadas (√) _____

Cualquier condición que pueda impedir la plena participación en programas educacionales (incluyendo educación física) requiere documentación/ordenes médicas antes de que se puedan considerar modificaciones. Hable con su Enfermera de la Escuela para mayor información.

Alergias - Por favor enumere y describa alergias/reacciones a:

Medicina/Remedios _____	Tratamiento _____
Comidas/Matas/Animales/Otro _____	Tratamiento _____
Picaduras de Abejas/Insectos _____	Tratamiento _____

Si su hijo(a) requiere remedios/medicinas para el tratamiento de una reacción alérgica durante el día escolar, hable con la Enfermera de la Escuela para mayor información.

Lesiones y Enfermedades: - Por favor enumere algunas lesiones o enfermedades severas:

	<u>Fecha(s)</u>	<u>Hospitalizado</u>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Visión y Audición (Marque los que apliquen)

- Infecciones de los Oídos Frecuentes (3 o más al año)
- Pérdida de la Audición – Circule uno: Derecho / Izquierdo / Ambos
- Tubos de P.E. Ecuilización de Presión (Fecha Colocados) _____ ¿Todavía están en su lugar? Sí No
- Último Examen de Audición _____
- Problemas con la Vista Último Examen de la Vista _____
- Usa Lentes/Anteojos Usa Lentes de Contacto Razón _____

Información Adicional:

¿Su hijo(a) visita/consulta a un médico para una condición médica crónica? Sí No

Si sí, por favor conteste lo siguiente:

¿Cuál es la condición médica? _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

¿Qué remedios/medicinas se le dan diariamente? _____

¿Qué remedios/medicinas se le dan frecuentemente, pero no diariamente? _____

¿La última vez que su hijo(a) fue visto por el médico para esta condición? _____

Si su hijo(a) requiere remedios/medicinas durante el día escolar (con receta médica o sin receta), hable con la Enfermera de la Escuela. Hay formularios que deben completar para que los remedios/medicinas sean administrados durante el día escolar.

Nombre del Medico _____ Teléfono _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono _____

Fecha del último examen físico _____ Médico/Clínica (si es diferente de la anterior) _____

Fecha del último examen dental _____ Dentista/Clínica (si es diferente de la anterior) _____

Inmunizaciones se recibieron en _____

Generalmente este niño(a): Muy Activo Activo Normalmente Pasivo

¿Usted tiene preocupaciones sobre la forma en que su hijo(a) se comporta con otros niños? _____

¿Usted tiene otros comentarios o preocupaciones sobre la salud, el desarrollo, comportamiento, vida familiar o del hogar, de este niño, que quiera que la escuela tenga en cuenta? Si sí, explique brevemente. _____

Su hijo(a) ha sido evaluado(a) por:

- Impedimento del Habla/Lenguaje
- OT/PT (Terapia Ocupacional o Física)
- LD/SLD (Discapacidad en el Aprendizaje/Discapacidad Específica en el Aprendizaje)
- CD (Discapacidad Cognitiva)
- MD (Discapacidades Múltiples)
- ED (Discapacidades Emocionales)

Otros miembros del hogar:

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Nombre _____ Relación _____ Edad _____

Formulario completado por _____

Relación al niño(a) _____

Yo (doy/no doy) mi permiso para que la Enfermera de la Escuela comparta esta información confidencial según sea necesario para el beneficio de la salud y necesidades educacionales de mi hijo(a), a excepción de las siguientes condiciones: _____

Firma

Fecha

Teléfono

Distrito Escolar de la Ciudad de Fairfield

Solicitud de Expedientes Escolares (School Records)

IRN: 046102

Información del Estudiante:

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Por favor escriba claramente el nombre del padre: _____

Nombre y dirección de la escuela divulgando expedientes:

Teléfono de la escuela divulgando expedientes:

Teléfono: _____

Fax: _____

TO BE COMPLETED BY PREVIOUS OHIO SCHOOL DISTRICT

School District _____ School Name _____

District IRN # _____ Last day the student attended your district _____

Please release all appropriate past and present academic, discipline, medical, confidential and special education records (including psychological information, diagnostic summaries, IEP, etc.) on the student named above.

Records should be sent to the school address indicated below.

Release Records To:

Fairfield Central Elementary
5054 Dixie Hwy.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-7979
Fax: 513-829-7830

Fairfield Compass Elementary
8801 Holden Blvd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-8700
Fax: 513-829-8699

Fairfield East Elementary
6711 Morris Rd.
Hamilton, OH 45011
Phone: 513-737-5000
Fax: 513-737-5225

Fairfield North Elementary
6116 Morris Rd.
Hamilton, OH 45011
Phone: 513-868-0070
Fax: 513-868-3621

Fairfield South Elementary
5460 Bibury Rd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-3078
Fax: 513-829-8350

Fairfield West Elementary
4700 River Rd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-868-3021
Fax: 513-868-3624

Fairfield Creekside Middle
1111 Nilles Rd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-4433
Fax: 513-829-6480

Fairfield Crossroads Middle
255 Donald Dr.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-4504
Fax: 513-829-7447

Fairfield Freshman School
8790 N. Gilmore Rd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-829-8300
Fax: 513-829-4733

Fairfield High School
8800 Holden Blvd.
Fairfield, OH 45014
Phone: 513-942-2999
Fax: 513-942-3288