

**A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Inicial
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / _____	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado <input type="checkbox"/> 6 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 7 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 8 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 9 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 10 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 11 <sup>th</sup>	
Lugar de nacimiento: Ciudad	Lugar de nacimiento: Estado	Lugar de nacimiento: País	
Domicilio del estudiante (Número, Calle, Núm. de Apto. )			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono del hogar		Número de teléfono de celular	
Correo electrónico del estudiante		Talla de camisa del uniforme (XS,S,M,L,XL,XXL)	
¿El origen del estudiante es hispano/ latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Etnia principal del estudiante (marque una opción) <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <i>Asia:</i> <input type="checkbox"/> Asiático <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"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <i>Islaño del pacífico:</i> <input type="checkbox"/> Guameña <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> : Islas del Pacífico			

**B. INFORMACIÓN DE PADRES/REPRESENTANTE LEGAL/ CUIDADORES**

Para el cuadro "Relación con el alumno", elija entre los siguientes:

Madre, padre, madrastra, padrastro, tía, tío, abuela, abuelo, madre adoptiva, padre adoptivo, otro pariente, guardián designado por el tribunal, cuidador

**Padre /representante/ cuidador n. ° 1**

Primer nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Dirección del hogar (Número, Calle, Núm. de Apto.)		
Ciudad		Estado
Número de teléfono del hogar		Número de teléfono celular
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono del trabajo
¿El estudiante vive con este padre/representante legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Idioma preferido para las comunicaciones escolares <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Nivel de educación alcanzado <input type="checkbox"/> No es un graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Grad. de escuela secundaria o equiv. <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Graduado universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Algún tipo de estudio universitario		
¿Esta persona es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o de tiempo Completo en la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## B. INFORMACIÓN DE PADRES/REPRESENTANTE LEGAL/ CUIDADORES (CONTINUAR)

Para el cuadro "Relación con el alumno", elija entre los siguientes:

Madre, padre, madrastra, padrastro, tía, tío, abuela, abuelo, madre adoptiva, padre adoptivo, otro pariente, guardián designado por el tribunal, cuidador

Padre/Representante/Cuidador núm. ° 2

Si la custodia es compartida, indique el otro padre con quien comparte la custodia)

Primer nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Dirección del hogar (Número, Calle, Núm. de Apto.)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo
Dirección de correo electrónico		
¿El estudiante vive con este padre/representante legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Idioma preferido para las comunicaciones escolares <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Nivel de educación formal completado		
<input type="checkbox"/> No es un graduado de secundaria <input type="checkbox"/> Grad. de escuela secundaria o equiv. <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
<input type="checkbox"/> Graduado universitario de 4 años <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Algún tipo de estudio universitario		
¿Esta persona es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o de tiempo Completo en la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## C. INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA VIVIENDA

Orden de la corte

¿Hay alguna orden judicial que desee notificar a la escuela sobre la custodia legal, la custodia física, los derechos educativos o el contacto restringido con la escuela o el niño?  Sí  No  
EN CASO AFIRMATIVO, debe entregar a la escuela una copia de la orden judicial. Por favor adjunte.

**Residencia** (mandato federal dentro de la Ley de Asistencia McKinney-Vento, A.S.C.A 42 Sección 11302 (a)).

Indique el tipo de residencia en la que vive actualmente el alumno: (SELECCIONE UNA)

- Residencia permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- En casa o apartamento de otra familia, temporalmente, debido a la pérdida de la vivienda, debido a problemas financieros (por ejemplo, pérdida de trabajo, desalojo o desastre natural)
- Hogar sustituto o de crianza  
En caso afirmativo, por favor ingrese el núm. de I.D. de crianza federal: \_\_\_\_\_
- ¿Es el cuidador un pariente?  Sí  No
- Nombre del trabajador social \_\_\_\_\_
- Número de teléfono del trabajador social \_\_\_\_\_
- Programa de viviendas de refugio o transitorias
- Motel u hotel
- Carro, remolque o campamento, de manera temporal debido a una vivienda inadecuada
- Alquiler de remolque /motor home en propiedad privada
- Edificio de ocupación de habitación individual (SRO, por sus siglas en inglés): un edificio de inquilinos múltiples que consta de habitaciones individuales con baños y / o cocinas compartidos
- Alquiler de garaje debido a la pérdida de la vivienda
- Con un adulto que no es el padre/representante legal, temporalmente, debido a la pérdida de la vivienda
- Vivir solo, sin ningún adulto (joven no acompañado)
- Otros lugares no diseñados para, o normalmente utilizados como, un alojamiento regular para dormir para los seres humanos. Por favor explique:

## Programa de educación para emigrantes

¿El padre o tutor legal del alumno ha trabajado en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, productos lácteos, pesquería, procesamiento/envasado de alimentos o ganado)?

(Si responde que sí, es posible que su hijo califique para recibir asistencia académica gratuita y beneficios de salud).

Sí  No

## D. STUDENT EDUCATIONAL HISTORY

Escuela de donde proviene

Asistió a los grados

Ciudad, Estado, País

¿Ha asistido el estudiante a una escuela de Alliance?  Sí  No

*En caso afirmativo, ¿a cual(es) escuela(s)?*

¿Alguna vez el alumno ha sido expulsado de una escuela o hay una orden de expulsión  Sí  No

Pendiente? En caso afirmativo, explique por favor:

Fecha de la primera matriculación en una escuela de EE. UU. (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## E. HOME LANGUAGE INFORMATION

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando comenzó a hablar por primera vez (solo marque uno)?

Inglés  Español  Otros \_\_\_\_\_

¿Qué idioma usa con mayor frecuencia su hijo en casa (solo marque uno)?

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma usa con más frecuencia para hablarle a su hijo (solo marque uno)?

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Qué idioma utilizan con mayor frecuencia durante las auditorías en su hogar (solo marque uno)?

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Alguna vez recibió su hijo alguna instrucción formal de inglés en un programa de "Inglés como segundo idioma" ("ESL") o "Desarrollo del idioma inglés" ("ELD")?  Sí  No

## F. SERVICIOS ESPECIALES

¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en la escuela a la que asistía anteriormente?  Sí  No

¿El estudiante participaba en un Programa de Educación Individualizado (IEP) en la escuela anterior?

*En caso AFIRMATIVO, por favor suministre una copia*

Sí  No

¿Tenía este estudiante un Plan de la Sección 504 en la escuela anterior?

*Si su respuesta es SÍ, por favor da una copia*

Sí  No

¿Su hijo/a tiene dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o aprender?  Sí  No

¿Su hijo/a ha sido identificado para recibir educación como estudiante dotado y talentoso (GATE)? *En caso afirmativo, por favor suministre una copia*

Sí  No

## G. INFORMACIÓN Y CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA

**Contactos de emergencia** Por favor proporcione los nombres de los individuos a quienes la escuela pueda contactar y si es necesario, dejar que retire a su representado durante una emergencia, en caso de que usted no pueda ser localizado. Que no sea el padre/madre o tutor(es) legales mencionados en sección B.

Nombre	Apellido	Relación al estudiante
Teléfono del hogar	Celular	Teléfono del trabajo

## G. INFORMACIÓN Y CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA (CONTINUACIÓN)

### Contacto de emergencia núm. 2

Nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono del hogar	Celular	Teléfono del trabajo

### Contacto de emergencia núm. 3 (Opcional)

Nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono del hogar	Celular	Teléfono del trabajo

### Contacto de emergencia núm. 4 (Opcional)

Nombre	Apellido	Relación con el estudiante
Teléfono del hogar	Celular	Teléfono del trabajo

### Autorización para el tratamiento médico de emergencia

Autorizo al director o persona designada, a quien se le ha confiado el cuidado de mi representado/a, para dar su consentimiento a la atención médica de emergencia o la atención hospitalaria que deba ser suministrada a mi representado/a con el asesoramiento de cualquier médico con licencia o mi médico, que se enumera a continuación, en caso de ser necesario. Entiendo que todos los costos de transporte paramédico, hospitalización y cualquier examen o tratamiento proporcionados en relación con esta autorización, si no es cubierto por el seguro, será mi única responsabilidad como padre/representante del estudiante.

Alertas de Salud 1- Lista de alguna condición médica que restringe la actividad física o requiere una atención especial (por ejemplo: asma). Si no es el caso, indique "ninguno".

Alertas de Salud 2- Lista de cualquier alergia/alergias que restringe/n la actividad física o requiere una atención especial (por ejemplo: de maní, las picaduras de abeja). Si no es el caso, indique "ninguno".

La información que se encuentra a continuación puede usarse para suministrar cualquier tratamiento médico que requiera su representado/a y asegurar un tratamiento seguro.

¿El estudiante tiene seguro médico?  Sí  No  
En caso afirmativo:  Medi-Cal  Healthy Families  Seguro privado

Proveedor de atención médica o seguro médico	Miembro o Número de tarjeta
Nombre del médico/médica de la oficina	Número del teléfono del doctor/consultorio médico
Mi hijo/a alérgico a los siguientes medicamentos:	Mi hijo/a toma los siguientes medicamentos:

## H. FIRMA DEL PADRE/REPRESENTANTE

**Declaro que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre  Otro

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación:  Representante legal

## Autorización de los padres o representantes para la divulgación publicitaria

Estimado padre/representante:

Las Escuelas Públicas Alliance College-Ready solicitan su permiso para capturar y/o grabar su imagen y/o la de su representado para su uso en materiales educativos, promocionales y/o recaudación de fondos. Su firma a continuación permitirá dicho uso de conformidad con los términos descritos en los párrafos que se encuentran a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (Letra en imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o representante legal (Letra en imprenta)

- a. En el presente documento, se usará "Estudiante" en lugar del nombre del estudiante mencionado anteriormente y se usará "Padre/Representante" en lugar del Padre/Representante mencionado anteriormente.
- b. El Padre/Representante, en su nombre y del Estudiante si es menor de edad, así como el propio estudiante, garantizan a las Escuelas Públicas Alliance College-Ready (incluyendo sus escuelas afiliadas y/o sus respectivos representantes autorizados) el derecho, permiso y licencia para capturar, fotografiar, filmar, reproducir y/o grabar de cualquier manera la imagen y/o voz del padre/representante y estudiante (llamada de ahora en adelante, las "Grabaciones") y editar, reproducir, distribuir, mostrar y/o usar de cualquier otra manera (incluso en trabajos derivados) tales grabaciones como se desee y a su exclusivo criterio para los fines establecidos o relacionados con lo ya expuesto.
- c. El Padre/Representante, en su nombre y del Estudiante si es menor de edad, así como el propio Estudiante, entienden y aceptan que el uso de tales Grabaciones será sin compensación para el padre/representante o estudiante.
- d. El Padre/Representante, en nombre propio y del estudiante si es menor de edad, así como el propio estudiante, entienden y aceptan que las Escuelas Públicas Alliance College-Ready (incluyendo sus escuelas afiliadas, y/o sus respectivos representantes autorizados) tendrán el derecho exclusivo, título e interés, incluido el derecho de autor, en las Grabaciones.
- e. El Padre/Representante, en nombre propio y del Estudiante si es menor de edad, así como el propio estudiante, renuncian a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el uso de las Grabaciones o el material editorial, impreso u otro material audiovisual que pueda ser usado junto con las Grabaciones.
- f. El Padre/Representante, en nombre propio y del Estudiante si es menor de edad, así como el propio estudiante, por este medio liberan y exoneran a las Escuelas Públicas de Alliance College-Ready (incluyendo sus escuelas afiliadas, y/o sus respectivos representantes autorizados) de cualquier y todas las acciones, reclamos, daños, costos o gastos, incluidos los honorarios de abogados, presentados por el estudiante y/o el padre/representante que se relacionen o surjan de cualquier uso de estas Grabaciones.
- g. El Padre/Representante, en nombre propio y del Estudiante si es menor de edad, así como el propio estudiante, aceptan que la versión anterior tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva según lo permita la ley, y cualquier parte considerada inválida según la ley deberá mantenerse separada del resto, lo que continuará en pleno vigor y efecto legal.

**Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.**

Firma del padre \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dd/mm/aaaa