



Distrito de Escuelas Unificadas de Middletown
20932 BIG CANYON ROAD, MIDDLETOWN, CALIFORNIA 95461
(707) 987-4100 FAX: (707) 987-4105

Middletown High School Middletown Middle School Loconoma
 Cobb Mountain Elementary Coyote Valley Elementary Minnie Cannon Elementary

FORMA DE MATRICULA K-12

Fecha: _____

Nombre legal del alumnos: _____ Grado: _____
Last First Middle

F. de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Ciudad, Estado País

Si su hijo **no** nació en E.E.U.U. ?Cuándo asistió por primera vez a la escuela en California?

Fecha:	Escuela que asistió:	Grado:
--------	----------------------	--------

Si su hijo asistió a una escuela fuera de California, ?Cuándo fue la primera vez que =asistió a una escuela en CA? Fecha: _____

Dirección de casa del niño: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal (P.O.Box): _____

PADRES O APODERADOS QUE VIVEN CON EL ALUMNO

Marque uno: Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	Marque uno: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>
Nombre: _____ <small>Apellido Primer nombre</small>	Nombre: _____ <small>Apellido Primer nombre</small>
* <input type="checkbox"/> Teléfono principal:	* <input type="checkbox"/> Teléfono principal:
* <input type="checkbox"/> Celular:	* <input type="checkbox"/> Celular:
* <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo:	* <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo:
* Por favor, indique en el cuadrado de arriba qué teléfono es el mejor para recibir llamadas automáticas de la escuela.	
Correo Electrónico:	Correo electrónico:

Ha asistido su hijo a alguna escuela en el Distrito de Escuelas Unificadas de Middletown? Yes No

Si es Sí, Fecha de la última vez que asistió: _____ Escuela: _____ Grado: _____

ETNICIDAD DEL ALUMNO (Por favor marque una): Hispano o Latino No Hispano o Latino

CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO/A? (Puede marcar hasta 5 categorías de razas) La parte de arriba se refiere a etnicidad, no raza. No importa lo que eligió previamente, por favor continúe contestando lo siguiente, solo marque uno o más cuadrados para indicar lo que usted considera es su raza.

- 100 Indio Americano o Nativo de Alaska 205 Indio Asiático 301 Hawaiano 400 Filipino/American Filipino
- 201 Chino 206 Laosiano 302 Guamanian 600 Afro Americano
- 202 Japonés 207 Camboyano 303 Samoano 700 Blanco
- 203 Koreano 208 Hmong 304 Tahitiano

204 Vietnamita

209 Otro Asiático

399 Otro Islas del Pacífico

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES: Selecciones el nivel de educación *del padre con más alto nivel de educación* o apoderado, Marque solo una casilla.

- No graduado de la Preparatoria
- Graduado de la Preparatoria

- Algo de Universidad
- Graduado de la Universidad

- Graduado de Preparatoria/Entrenamiento Postgrado
- Declina declarar o no sabe

MATRÍCULA ADICIONAL/ INFORMACIÓN DE UBICACIÓN:

Mi hijo/hija ha participado en los siguientes programa (s) especiales: Por favor marque la(s) casilla (s) que correspondan					
Educación Especial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Desarrollo del idioma inglés (ELD)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Día de Clase Especial (SDC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Plan 504	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Programa de Recursos Especiales (RSP)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otro:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otro especifique:		

OTRA INFORMACIÓN DE PADRES O APODERADOS LEGALES que no está en la lista de la página 1, si es aplicable.

Marque si está autorizado enviar correos duplicados al padre que no es el apoderado legal.

Marque uno: Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>	Marque uno: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/>
Nombre: _____ Apellido Nombre	Nombre: _____ Apellido Nombre
Dirección Postal: P. Box _____	Dirección Postal: P. O. Box _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
* <input type="checkbox"/> Teléfono principal:	* <input type="checkbox"/> Teléfono principal:
* <input type="checkbox"/> Celular:	* <input type="checkbox"/> Celular:
* <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo:	* <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA:

Primer nombre y apellido:	Escuela a la que asisten:	Grado:

INFORMACIÓN DE SALUD

Compañía de seguros de salud:	Poliza No.:
Dirección:	Phone No.:

PERMISO PARA REGISTROS MÉDICOS: Yo/ Nosotros damos consentimiento al Distrito de Escuelas Unificadas de Middletown para recibir o enviar a los doctores nombrados a continuación cualquier información relacionada con la seguridad y salud de mi hijo/ja. (Doctores o dentistas pueden requerir el permiso de los padres para entregar información).

Yes No

Nombre del doctor del alumno: _____
 Nombre del Doctor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Dentista del alumno: _____
 Nombre del Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

PROBLEMAS DE SALUD: Marque todas las que aplican.			
Asma	<input type="checkbox"/>	Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Trastornos Convulsivos	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos (Historia de...)	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>
Pérdida de audición Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>
Usa lentes	<input type="checkbox"/>	Visión corta <input type="checkbox"/> Solo visión a larga distancia <input type="checkbox"/> Todo el tiempo <input type="checkbox"/>	
Usa audífonos	<input type="checkbox"/>	Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo <input type="checkbox"/>	
Descripción y fecha de lesiones graves, operaciones, o discapacidad física:			

ALERGIAS:

Por favor marque todas las que aplican.

Ninguna <input type="checkbox"/>	Animales <input type="checkbox"/>	Enumerar artículos específico (s) de la (s) alergias del niño/a:
Alimentos <input type="checkbox"/>	Insectos <input type="checkbox"/>	Describe el tratamiento a la reacción alérgica:
Drogas <input type="checkbox"/>	Picadura de abeja <input type="checkbox"/>	

Medicinas actuales: Sí No

Si es sí, nombre de la medicina (s)	Dosis	Horario para tomarlas	Propósito

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo soy el padre/ apoderado del niño/a nombrado arriba, si en caso de emergencia no se pueden comunicar conmigo, yo por medio de la presente autorizo a los representantes de la escuela para que procedan de acuerdo con el Código de familia Sección 6910, de actuar como cualquier agente para dar alguna o toda la ayuda médica, dental de hospital o cuidado de cirugía al alumno nombrado arriba.

En _____ en _____, California.

Fecha

Ciudad o pueblo

Firma del padre/Apoderado (s) _____.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Se hará todo esfuerzo posible para localizar al/los padre (s) con el que alumno vive, en su casa o en su trabajo. Por favor, de hasta cuatro (4) contactos adicionales si el padre o apoderado no lo podemos localizar en caso de emergencia.

CONTACTO DE EMERGENCIA #1		CONTACTO DE EMERGENCIA #2	
Nombre:		Nombre;	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Celular		Celular:	
Parentesco:		Parentesco:	

CONTACTO DE EMERGENCIA #3		CONTACTO DE EMERGENCIA #4	
Nombre:		Nombre:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Celular		Celular	
Parentesco:		Parentesco:	

PERMISO PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- YO DOY permiso para que observen a mi hijo/a, lo entrevisten, tomen fotos, y/o lo filmen si un representante de los medios de comunicación ha sido autorizado por el director o un designado en ese recinto. Sí No
- YO DOY permiso para que mi hijo sea observado, entrevistado, fotografiado y/o filmado por el personal de la escuela para que el material sea usado como material de educación y crecimiento de maestros y padres. Sí No

Yo he revisado este documento de cinco páginas y en el mejor de mis conocimientos el contenido de la información es completa y verdadera.

El que firma declara bajo penalidad de perjuicio que ellos son los padres o apoderados legales del niño/a nombrado arriba y conceden la autorización previamente ya mencionada.

Por favor, marque la casilla apropiada, si es aplicable.

- La pareja falleció.
- Los padres tienen la custodia legal. Por favor, entregue a la escuela una copia legal de la autorización de la corte por la custodia del alumno/a.

PADRES O APODERADOS PRIMARIOS (Los de la página 1)

Fecha

Nombre - Use letra de Molde

Firma