

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Los padres/tutores: Debido a situaciones de emergencia, información exacta de inicio debe estar en el registro de la oficina de la escuela. Si cualquier información cambia, por favor actualice llamando a la oficina de la escuela.

Nombre **Legal** del estudiante: \_\_\_\_\_  
(PRIMER) (Segundo) (APELLIDO)

Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a su domicilio): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre o tutor \_\_\_\_\_

¿El estudiante necesitará transportación? Si: \_\_\_ No: \_\_\_ ¿Cuál grado asistirá el estudiante? \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ **(circule uno)** Hombre Mujer  
(Mes) (Día) (Año)

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado)

Etnicidad: **(circule lo que aplica)** Asiática Negro Caucásico Hispanos Indígena Islas del pacífico

**Si eres nativo americano, por favor indique su tribu:** \_\_\_\_\_

La última escuela que asistieron: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Estado)

Experiencia preescolar: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ (en caso afirmativo donde) \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Ciudad)

¿Ha asistió a escuelas publicas de Artesia? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cual escuela: \_\_\_\_\_

¿Es (fue) estudiante en programa de educación especial? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido de los hermanos en las escuelas públicas de Artesia:

Nombre	Inicial de segundo	Apellido	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

**Office Use Only:** Locker Number \_\_\_\_\_ Locker Combination \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Homeroom Teacher:** \_\_\_\_\_ ID del estudiante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**District:** \_\_\_\_\_

## Formulario de Residencia de Estudiantes de Nuevo Mexico

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

*Su hijo(a) puede ser elegible para servicios adicionales educativos dependiendo de su situación de vivienda. Los servicios y derechos adicionales incluyen el derecho a permanecer en la misma escuela incluso si se muda y tiene acceso a comida gratuita en la escuela. La elegibilidad puede ser determinada completando este cuestionario.*

Este formulario es para obtener más información sobre la situación actual de su vivienda familiar. Comience por firmar y completar su información donde pueda ser contactado. Al firmar este formulario usted indica que lo ha completado según lo mejor de su conocimiento.

Nombre escrito del Padre o Tutor del estudiante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono (incluyendo área) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estaco \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**1. Donde viven usted y su familia actualmente? Marque solo una casilla.**

**Sección A**

Vivo en casa propia (rento/compro) con familia inmediata (esposo/pareja, hijos, padres).

**ALTO:** Por favor regrese esta forma sin completar las siguientes secciones.

**Sección B**

Temporalmente con otra familia

Con un adulto que no es el padre o tutor legal

Temporalmente rentamos un espacio (ejemplo: hotel, motel, parque de casas rodantes o de campar)

En un lugar que carece de agua, electricidad o calor; está infestado con alimañas o moho; carece de cocina o un inodoro que funcione; presenta peligros irracionales para adultos, niños o personas con discapacidades.

En un refugio u otra vivienda temporales

Otro (por favor explique)

**Continúe:** Si marco alguna casilla en sección B, complete el resto de este formulario.

**2. Si marcó una casilla en la sección B, sus hijos pueden ser elegibles para recibir apoyo adicional. Por favor escriba la información a continuación**

Nombre del estudiante Nombre Completo y Apellido	Genero	Fecha De Nacimiento	Grado Escolar	Nombre de Escuela

**3. Puede ser contactado por un miembro del personal de apoyo educativo de su sistema escolar. marque la casilla a continuación si no desea ser contactado.**  No, Por favor de no contactarme

\* Referral made to Homeless Liaison on this date: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO:**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

**LISTA DE CONTACTOS:**

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

(Dirección Física)

\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplique:

Tiene custodia del estudiante

Vive con estudiante

Parte Responsable

Enviar informes

Nombre de Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

(Dirección Física)

\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplique:

Tiene custodia del estudiante

Vive con estudiante

Parte Responsable

Enviar informes

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

(Dirección Física)

\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplique:

Tiene custodia del estudiante

Vive con estudiante

Parte Responsable

Enviar informes

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

(Dirección Física)

\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que aplique:

Tiene custodia del estudiante

Vive con estudiante

Parte Responsable

Enviar informes

**ARTESIA PUBLIC SCHOOLS**  
**VERIFICATION OF BIRTH CERTIFICATE**  
**TO BE COMPLETED BY ARTESIA PUBLIC SCHOOL PERSONNEL**

Student's Name (as listed on Certificate)

---

The student named above has presented an original, valid Certificate of Birth that states the student was born on this date: \_\_\_\_\_

and is eligible by law to enroll in this school district.

\_\_\_\_\_ MALE

\_\_\_\_\_ FEMALE

Father's Name (as listed on Certificate)

---

Mother's Name (as listed on Certificate)

---

---

WITNESS

---

WITNESS

---

Date Verified

ARTESIA PUBLIC SCHOOLS  
301 Bulldog Blvd.  
ARTESIA, NM 88210

AUTORIZACION PARA LIBERAR EXPEDIENTES DE LA ESCUELA ANTERIOR

PARA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ESCUELA O AGENCIA  
\_\_\_\_\_  
DIRECCION  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

RE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE  
\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO  
\_\_\_\_\_  
FAX NUMBER  
\_\_\_\_\_  
GRADO ESCOLAR

**Autorizo la liberación de la siguiente información: registros acumulativos, materiales de orientación y Registros de salud.**

PARA: ESCUELAS PUBLICAS DE ARTESIA  
301 Bulldog Blvd.  
ARTESIA, NM 88210

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

Si su estudiante está inscrito en el programa de Educación Especial, por favor firme la liberación de archivos de educación especial siguiente. Si su estudiante no está inscrito en el programa de Educación especial, ignore este documento.

Por medio de la presente autorizo la liberación de la siguiente información: evaluación de educación especial resultados, informes de evaluación de elegibilidad, documentos actuales del IEP, registros de servicios relacionados (habla/lenguaje, terapia ocupacional, terapia física) e informes médicos/psicológicos

**PARA: ESCUELAS PUBLICAS DE ARTESIA  
ATTN: DEPARTAMENTO DE EDUCACION ESPECIAL  
301 Bulldog Blvd  
ARTESIA, NM 88210**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

**Gracias por su ayuda en este asunto:**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL OFFICIAL DE LA ESCUELA  
NOMBRE DEL MAESTRO DE SALÓN HOGAR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
FECHA  
GRADO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS ARTESIA

**PROPÓSITO:** Para permitir que los padres/tutores para autorizar tratamiento de emergencia para un niño que se convierte en enfermo o lesionado mientras bajo la autoridad de la escuela, cuando un padre o tutor no puede ser alcanzado. Al finalizar, este formulario debe devolverse a la escuela. La forma original y cualquier copia subsecuente puede utilizarse para identificar las opciones médicas de los padres/tutores que firmen.

**Por favor COMPLETE las tres secciones (página anterior y posterior).**

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL:	GÉNERO: <b>M      F</b>	FECHA DE NACIMIENTO:
-----------	---------	----------	----------------------------	----------------------

**NOMBRE DE ESCUELA ASISTIÓ EL ÚLTIMO CICLO LECTIVO:**

### SECCIÓN PRIMERA: INFORMACIÓN DE CONTACTOS EN CASE DE EMERGENCIA

En el caso de que su hijo(a) se enferme o lesione y debe ser enviado(a) a casa o a la sala de emergencia, la enfermería de la escuela siempre tratará de contactar a los padres/tutores en el orden escritos. Si los padres no se logran contactar, se llamará a contactos secundarios.

**¡Por favor mantenga estos números actualizados!**

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:  Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor	DIRECCIÓN	Telefono #1 Telefono #2 Telefono #3
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:  Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tutor	DIRECCIÓN	Telefono #1 Telefono #2 Telefono #3

#	Lista de contactos de emergencia	Relación	Telefono #1	Telefono #2	Telefono #3
1.					
2.					
3.					
4.					

### HERMANOS EN LAS ESCUELAS DE ARTESIA

#	NOMBRE	ESCUELA	GRADO	Fecha de Nacimiento
1.				
2.				
3.				
4.				

**\*\*\*NOTA: Este es un documento de dos páginas. Por favor completar el reverso de este formulario. \*\*\***

**SECCIÓN dos: Historia de la salud del estudiante – por favor marque la casilla que corresponda.**

**Mi hijo no tiene ninguna condición de salud, los siguientes incluidos**

Alergias: <input type="checkbox"/> temporada		<input type="checkbox"/> alimentos (lista):		<input type="checkbox"/> otra alergia (lista):		<input type="checkbox"/> prescripción de AGR EpiPen	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> CONGÉNITA/GENÉTICA	<input type="checkbox"/> OÍDO/NARIZ/GARGANTA		<input type="checkbox"/> PULMONAR QUE NO SEAN DE ASMA			
<input type="checkbox"/> ASMA NECESITA EL INHALADOR EN LA ESCUELA:    S            N	<input type="checkbox"/> OJOS/VISIÓN USA LENTES/CONTACTOS:    S            N	<input type="checkbox"/> DIABETES (círculo uno) TIPO 1                                  TIPO 2		<input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR (LISTA) ____ PRESIÓN ARTERIAL ALTA:    S            N			
<input type="checkbox"/> CÁNCER	<input type="checkbox"/> DERMATOLÓGICA/PIEL	<input type="checkbox"/> ESTÓMAGO/GI		<input type="checkbox"/> MUSCULOESQUELÉTICO			
LISTA DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO:	<input type="checkbox"/> TRASTORNO DEL ALIMENTACION	<input type="checkbox"/> VEJIGA/GU		<input type="checkbox"/> DENTAL/ORAL			
	<input type="checkbox"/> ENDOCRINAS QUE DIABETES	<input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA, HEMORRAGIA TRASTORNOS <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS		<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICA (LISTA DE MEDICAMENTOS):			
<input type="checkbox"/> CUALESQUIERA OTRAS CONDICIONES DE SALUD:							

**SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MEDICA**

SEGURO DE ESTUDIANTE:	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:	NÚMERO DE IDENTIFICACION:
<b>OTORGAR CONSENTIMIENTO</b>		
En caso de una emergencia relacionada con mi hijo y yo no puedo llegar, entiendo que nos comunicaremos con servicios médicos de emergencia y mi hijo puede transportarse al siguiente proveedor/hospital para atención médica de emergencia:		
MÉDICO:	TELÉFONO:	
DENTISTA:	TELÉFONO:	
HOSPITAL:	TELÉFONO:	

Si, por cualquier razón, ni yo ni el arriba listados médicos atención proveedores o HOSPITAL se puede llegar, entiendo que transporte adecuado y médica, cuidado de mi hijo serán arreglados a cualquier proveedor de cuidado médico adecuado, hospital o centro médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que un otro médico/dentista está de acuerdo a la necesidad. Nada en esta sección se interpretará para imponer responsabilidad en cualquier escuela oficial o empleado de la escuela que de buena fe intenta cumplir con esta sección. Se entiende que seré financieramente responsable por todo cuidado de emergencia. Yo autorizo al personal del consultorio de salud de escuela para contactar con proveedores de mi hijo mencionados con respecto a la gerencia médica de mi hijo. Entiendo que se compartirá información sobre esta tarjeta con personal adecuado sobre una base según sea necesario solamente. También entiendo salud sesiones (incluyendo la visión, audición, altura, peso, presión arterial y BMI) pueden hacerse a menos que proporcione la oficina de salud de la escuela con notificación por escrito solicitando la exclusión de estos exámenes.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Sólo para uso del distrito:	District:	School:		
<b>ENCUESTA DEL USO DEL IDIOMA</b> <b>DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE NUEVO MÉXICO</b> ~ padres o tutores deben llenar~				
El propósito de esta encuesta es asegurar que su hijo/hija reciba una educación de la más alta calidad y los servicios que tiene el derecho de recibir. La información que usted proporcione será utilizada solamente para ayudar a la escuela a tomar decisiones programáticas. Responderá a este formulario solamente una vez en la trayectoria de educación de su hijo/hija.				
Nombre del estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Nivel/Grado:		
<b>Responda a cada pregunta marcando la casilla bajo SÍ o NO</b>		<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px;">SÍ</td> <td style="width: 50px;">NO</td> </tr> </table>	SÍ	NO
SÍ	NO			
1. ¿Usa el/a estudiante otro idioma(s) además del inglés con su familia o sus amigos?				
2. ¿Usa usted otro idioma(s) además del inglés con el estudiante?				
3. ¿Comprende el estudiante cuando alguien se comunica con él o ella en un idioma además del inglés?				
4. ¿Lee el/a estudiante en otro idioma(s) además del inglés?				
5. ¿Escribe el estudiante en otro idioma(s) además del inglés?				
6. ¿Le interpreta o traduce el estudiante a usted o a alguna otra persona en otro idioma(s) además del inglés?				
7. ¿Si respondió <b>SÍ</b> a una o más de las preguntas 1-6, ¿cuál(e)s idiomas además del inglés usa el estudiante con más frecuencia en casa? <b>Escoja hasta tres:</b>				
<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> diné <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> griego <input type="checkbox"/> hmong <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> jemer	<input type="checkbox"/> jicarilla apache <input type="checkbox"/> keres <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> lengua de señas americana (ASL) <input type="checkbox"/> mandarín <input type="checkbox"/> mescalero apache <input type="checkbox"/> portugués <input type="checkbox"/> ruso <input type="checkbox"/> somali	<input type="checkbox"/> tewa <input type="checkbox"/> tiwa <input type="checkbox"/> towa <input type="checkbox"/> vietnamés <input type="checkbox"/> zuni  <input type="checkbox"/> Otros _____		
<b>OTRAS PREGUNTAS</b>				
8. ¿Se traslada el estudiante de otro estado, distrito o escuela? Si este es su caso, favor de proveer la ubicación y el nombre de la escuela:				
9. ¿Ha recibido el estudiante instrucción escolar en otro(s) idioma(s) además del inglés? ¿Si la respuesta es sí, cuál idioma(s)?				
10. ¿En cuál idioma prefiere recibir información de la escuela?				
11. ¿En cuál idioma prefiere comunicarse con los empleados de la escuela?				
12. ¿Hay algo más que deberíamos saber para servir mejor a su hija/hijo?				
Firma del padre o tutor:		Fecha:		
Traductor/intérprete:	Idioma:	Fecha:		



**ARTESIA PUBLIC SCHOOLS**  
**Renuncia y Consentimiento**  
**a revelar información del estudiante**

Las siguientes actividades son beneficiosas para el proceso educativo de mi hijo identificado a continuación, por cual tengo la autoridad legal para hacerlo, Por la presente autorizo a las Escuelas públicas Artesia a divulgar información acerca de mi hijo en relación con las siguientes actividades relacionadas con la educación que he marcado en el cuadro correspondiente (s):

- Su inclusión en la lista honores y publicación de los estudiantes nombrados como parte del cuadro de honor en cualquier medio impreso o medio de difusión con el fin de reconocer si los estudiantes mencionados en logros académicos. Este reconocimiento puede incluir publicación de criterios para la inclusión del cuadro de honores.
- La inclusión en otros honores otorgados públicamente en el estudiante por el distrito, la escuela o la escuela organización relacionada incluyendo valor alguno en relación con el rendimiento académico, servicio comunitario, o actividad extracurricular.  
El reconocimiento público de la estudiante puede incluir la difusión de los criterios para el honor del estudiante, incluyendo el nombre, grado de punto e información similar.
- exposición pública de los trabajos artísticos y otro material relacionado con la escuela que puede tener cualquier barrio, calificación obtenida, y el nombre de los estudiantes.
- ejercicios de clasificación en grupo en los que estudiantes pueden calificar trabajos de otros estudiantes. Los estudiantes pueden participar en proyectos de cooperación o de grupo y recibir una calificación de grupo. En estas actividades promueven el aprendizaje entre igualdad y la enseñanza entre compañeros.
- la identificación de recomendaciones escritas u orales de los estudiantes por un empleado del distrito.

También entiendo que otorgo mi permiso y solo podrá ser revocado mediante un instrumento escrito entregado al director de la escuela donde el estudiante asiste. Este consentimiento permanecerá en vigor, a menos que sea revocado, por el año escolar actual.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante (mayor de 18)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ARTESIA PUBLIC SCHOOLS  
PARENTAL PERMISSION SLIP**  
School Year \_\_\_\_\_

I am the parent or legal guardian of the above-named student. I do hereby give my consent for the above-named student to participate in all school field trips for the current school year.

I understand the student will be under the supervision if the Artesia Public Schools Employees and subject to all school regulations and to the sponsor(s) supervising the activity.

School Year: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent or Guardian)

\_\_\_\_\_  
(Signature of Parent or Guardian)

**Forma de Permiso de los Padres**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Del Estudiante: \_\_\_\_\_

Maestra(o): \_\_\_\_\_

Nosotros por este medio damos nuestro permiso para el estudiante nombrado en esta forma que participe en todos los viajes de campo por el año escolar actual.

Nosotros tenemos entendido que el estudiante esta debajo de la supervisión de las Escuelas Públicas de Artesia y sujetó a todas las reglas de la escuela y al fiador encargado del viaje.

Año escolar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Guardia

Office use only: IN \_\_\_\_\_ OUT \_\_\_\_\_)

**ARTESIA PUBLIC SCHOOLS**  
**Informacion del Camión Escolar**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección donde irá su estudiante después de escuela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\* Instrucciones desde la escuela** ( Completar solo si la dirección está fuera de los límites de la ciudad de Artesia NM)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_