



¡Bienvenido a nuestra escuela!

Por favor, siga los siguientes pasos para iniciar la preinscripción para el año escolar 2020-2021.

Downtown Magnets High School
1081 W. Temple Street, Los Angeles, CA 90012
Mr. James Altuner, Magnet Coordinator (jaltuner@lausd.net)
Dr. Dickson Perey, APSCS (Email: dsp3985@lausd.net)

PASO 1: COMPLETE EL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE DE LAUSD 2019-2020

COMPLETE LOS FORMULARIOS INCLUIDOS:

- La forma de Inscripción del Estudiante de LAUSD*
- La forma de Información de Emergencia para el estudiante de LAUSD*
- El Cuestionario de LAUSD de Vivienda del Estudiante*

PROPORCIONAR DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN PARA:

- Verificación de Residencia**
Documentos aceptables incluyen: Contrato de Servicio de Utilidades, Recibos de pago de sus impuestos a la propiedad, contrato de renta, correo oficial de gobierno, talón de cheque reciente, registración de votante
- Verificación de Edad del Estudiante**
Documentos aceptables incluyen: Acta de nacimiento, certificado de bautizo, pasaporte, orden de la corte, récord del certificado de nacimiento de la oficina de salud/estadísticas vitales, carta fechada del Departamento de Servicios Sociales Publico (DPSS) verificando la fecha de nacimiento y una explicación de cómo esto fue verificado.
- Verificación de identidad del padre/guardián/poseedor de derechos educacionales/Cuidador**
Documentos aceptables incluyen: acta de nacimiento del estudiante o acta de bautizo y una identificación gubernamental con foto (por ejemplo, licencia de manejo y tarjeta de identificación del departamento de motores y vehículos)
- Verificación de Vacunas**
Se adjunta para su referencia, la Guía de Padres a las vacunas requeridas para el ingreso escolar

SI ES DIPONIBLE / APLICABLE, TAMBIÉN PROPORCIONE COPIAS DE:

- Expediente o reporte de calificaciones reciente*
- Copia del Plan Individualizado Educativo más reciente (IEP) o Plan de Sección 504*
- Para niños en Hogares de Guarda, la forma 1399 del Departamento de Servicios Sociales para niños y familias (DCFS) o la orden de minuto*

PASE 2: ENVÍE POR CORREO EN EL SOBRE DIRIGIDO Y CON ESTAMPILLA INCLUIDA, TODOS LOS FORMULARIOS DE PREINSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE Y LOS DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN.

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7º a 12º grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7º grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7º grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7º grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6º grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12º grado y de todos los estudiantes pasando a 7º grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Sólo para uso de oficina (Office Use Only)	
1. School Name:	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code:	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

Instrucciones: Favor de escribir en letra de molde, con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal:						
Apellido		Nombre			Segundo nombre	
Nombre Preferido:						
Apellido		Nombre			Segundo nombre	
Domicilio:						
Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono del hogar	
Sexo Legal: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual	Género: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de nacimiento ____/____/____ <i>Més/Día/Año</i>		

B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Nombre Preferido (Si corresponde):				
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

Inglés
 Español
 Armenio
 Mandarín
 Cantonés
 Farsi
 Coreano
 Ruso
 Vietnamita
 Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

No se graduó de la secundaria
 Graduado de la escuela preparatoria o equivalente
 Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario
 Estudios de posgrado / Doctorado
 Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal
--------	-------	------------	--------	---------------

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Nombre preferido (Si corresponde):				
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

Idioma para la correspondencia al hogar: Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés Español Armenio Mandarín Cantonés Farsi Coreano Ruso Vietnamita Tagalo
 Otro: _____

Nivel más alto de educación completado (marque uno)

- No se graduó de la secundaria Graduado de la escuela preparatoria o equivalente Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)
 Graduado Universitario Estudios de posgrado / Doctorado Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor? Sí No Relación con el estudiante: _____

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA			
Idioma natal del alumno			
¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?			
¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?			
¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?			
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)			
¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico principal del estudiante			
¿Es la etnia del estudiante hispana o latina?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza principal del estudiante (marcar uno)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:		<input type="checkbox"/> Indoasiático <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"/> Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:		<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:	
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar			
Raza adicional del estudiante (opcional)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco
Asiático:		<input type="checkbox"/> Indoasiático <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"/> Otro origen asiático:	
Isleño del Pacífico:		<input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico:	
<input type="checkbox"/> Se niega a declarar			
D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE			
Servicios especiales		Marque una por cada pregunta	
¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escuelas anteriores			
¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, cuándo:	
¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente:			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar):			
<i>Nombre de la escuela</i>	<i>Ciudad/Estado</i>	<i>Fechas de Asistencia (mes/año)</i>	<i>Nivel(es) de grado(s)</i>
¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar:	

Información adicional del estudiante

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño? Sí No
En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? (Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos – Americanos de Alaska) Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos – Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/ embalaje de alimentos)? (Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes) Sí No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)

1. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
2. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
3. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
4. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual
5. _____ Apellido, Nombre	____/____/____ Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	_____ Escuela Actual

F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)

1. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

2. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
----------	--------	----------------

Domicilio:

Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad	Código postal
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico	

Firma

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X _____
Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el estudiante



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA	
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número		CALLE		APT #		CIUDAD	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE		APT #		CIUDAD	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.					
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DOMICILIO – número		CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*				CORREO ELECTRÓNICO:	
HOGAR		EMERGENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
CELULAR		ASISTENCIA		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
MSG. DE TEXTO		<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.					
Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	
Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:							
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
APELLIDO		NOMBRE		SALÓN PRINCIPAL		GRADO ESCOLAR	
FAMILIA CON NEXOS MILITARES: A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____		Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Occiso			
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA							
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, (Escribir el nombre del alumno con letra de molde)							
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier indole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.							
ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".							
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families							
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____							
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.							
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: :							
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:							
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.							
X FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL				FECHA _____ PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)			

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

Corregido mayo 2014



CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA por sus siglas en Ingles), les da el derecho a todos los niños en edad escolar; que se encuentran sin hogar, a tener acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se proporciona a los estudiantes que si tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de facilitar la inscripción, asistencia y éxito académico de los estudiantes que se encuentran sin hogar. Para determinar elegibilidad, por favor complete este cuestionario. Para obtener información adicional, comuníquese a la oficina de Educación para Estudiantes sin Hogar llamando al (213) 202-7581.

Nombre del Estudiante:	Apellido del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Género:
Escuela:	Sitio:	Distrito Local:	Grado:	Número estudiantil del Distrito:
Dirección:	# de Apto.:	Ciudad:		Código Postal:
Nombre del padre/guardián:			Número de contacto:	
Marque todo lo que aplique (✓) El estudiante: <input type="checkbox"/> es un padre adolescente? <input type="checkbox"/> es un joven no acompañado por adultos? <input type="checkbox"/> ha huido de su hogar sin permiso?				
¿Cambió de escuelas el estudiante; en cualquier momento, después de haber completado el segundo año de la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indica que sí, proporcione una copia de este cuestionario al consejero académico de la escuela para revisar elegibilidad de AB1806.				

¿Está el estudiante actualmente viviendo en una de las opciones listadas abajo?



Sí No



Si usted contestó "NO" a esta pregunta, por favor pare y firme abajo. Si respondió "Sí", complete el resto del cuestionario.

**MARQUE (✓) LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL
DE DONDE PASA LA NOCHE DEBIDO A LA PERDIDA DE VIVIENDA**

Refugio (ej. sin hogar, violencia doméstica, etc.) Nombre:	Motel/Hotel Nombre:
Garaje (sin acomodaciones)	Automóvil, Casa móvil (no fija), Tráiler o lugar de campamento
Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia	Temporalmente con un adulto que no es el padre, la madre o el tutor legal
Programa de vivienda transicional Nombre:	Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada
Otros lugares NO designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos? Explique:	

¿Necesita el Estudiante servicios? SI NO
por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "SI")

Mochilas/Materiales escolares Artículos de higiene personal Asistencia de transporte*

*Si usted está solicitando asistencia de transporte, por favor lea y firme la declaración jurada a continuación:

Necesito asistencia de LAUSD, ya que no tengo otra manera de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo(a) asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificar al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos esta asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir asistencia de transportación; y que debo cumplir con los requisitos de confirmar mi supervisión por escrito.

Se notificará a el Enlace Escolar para Personas sin Hogar el resultado de la petición. Si la petición de transporte es negada, los Padres/Guardianes puede apelar la decisión. Iniciales de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

¿Necesita el estudiante servicios adicionales? SI NO
Si indico que "sí, por favor marque los servicios que necesita

ropa, zapatos, uniformes tutoría académica referencias a organizaciones de vivienda asistencia a padres adolescentes

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar debe tener una conferencia con la familia para facilitar referencias a estos servicios.

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

Nombre	Cargo	Teléfono	Correo electrónico
--------	-------	----------	--------------------

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar? Sí No

Si contestó "Sí", por favor complete un cuestionario adicional. Cada estudiante debe tener un cuestionario archivado en la escuela que asiste.

AFIDÁVIT- Al firmar este cuestionario, declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes en el estado de California que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda.

➔ Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha: _____ ➔

SCHOOL PLEASE NOTE: upon completion, please fax to (213) 580-6551 OR scan/email to your Local District.

Central: shqldc@lausd.net, East: shqlde@lausd.net, NorthEast: shqldne@lausd.net, NorthWest shqldnw@lausd.net, South: shqlds@lausd.net, West: shqldw@lausd.net

SHQ MUST be kept in a CONFIDENTIAL file, which is separate from the permanent student record (this form must NOT be placed in the cumulative file).