



Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante  
Página 1 de 14

Student ID# \_\_\_\_\_

**Datos de Inscripción del Estudiante** **Escribir en Letra de Imprenta**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Ciudad/Estado/País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada a USA: \_\_\_\_\_ Años en USA: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/Piso: \_\_\_\_\_

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

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Apto/Piso: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de Casa/ Celular: \_\_\_\_\_

**Origen Etnico**

1. ¿Es el estudiante de origen Hispano/Latino? *Persona de origen o cultura Mejicana, Puertorriqueña, Cubana, Centro o Suramericana, o de otra cultura Hispana.*  Sí  No

2. Para si, marca el grupo apropiado abajo.

3. Para otros estudiantes, por favor de elegir uno:

Indio Americano o Nativo de Alaska *Persona con origen en los habitantes de Norteamérica y que conserva identidad cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento comunitario.*

Negro *Persona con origen en cualquier grupo de raza Negra del África.*

Asiático *Persona con origen en los primeros habitantes del Lejano Oriente, Sureste de Asia, las Islas Pacíficas o el Subcontinente Indio.*

Blanco *Persona con origen en los primeros habitantes de Europa, África del Norte y el Medio Oriente.*

Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas *Persona con origen en alguno de los primeros habitantes de Hawái Guam, Samoa o alguna otra Isla del Pacífico.*

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
**Página 2 de 14**

Student ID# \_\_\_\_\_

**El Estudiante Vive Con: Por Favor Marcar una Casilla**

- Ambos Padres       Madre sólo       Padre sólo       Madre/Padrastra  
 Padre/Madrastra       Familiares \_\_\_\_\_       Otro \_\_\_\_\_

Advertencia: Cuando el estudiante no reside con ambos padres, la escuela necesita información adicional para determinar quién es el encargado del estudiante. En estos casos, hará falta presentar documentos legales (orden de custodia). En situaciones de emergencia, la escuela le proveerá un formulario para ser rellenado por el padre/madre o guardián.

**Información de los Padres/Guardián**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Guardián Legal  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres/Guardián**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Guardián Legal  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_







Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante  
 Página 5 de 14



The University of the State of New York • The State Education Department • Office of Bilingual Education  
 Albany, New York 12234

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR  
 ("Home Language Questionnaire, HLQ") – Spanish

*Estimado Padre/Madre o Guardián:  
 Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar cuán efectivamente él o ella entiende, habla, lee y escribe el idioma inglés. Su ayuda será apreciada si contesta estas preguntas.  
 Gracias.*

**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL ESCOLAR (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)**

DISTRITO (District) \_\_\_\_\_ IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE (Please print or type clearly)

ESUELA (School) \_\_\_\_\_ GRADO (Grade) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Student Name) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (Date Of Birth) \_\_\_\_\_  
 Mes (Month) \_\_\_\_\_ Día (Day) \_\_\_\_\_ Año (Year) \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE (Student Identification Number) \_\_\_\_\_

PAIS NATAL O ASCENDENCIA (Country of Birth / Ancestry) \_\_\_\_\_

NUMERO DE AÑOS MATRICULADO EN ESCUELA(S) FUERA DE LOS E.U. (Number of years enrolled in school outside the U.S.) \_\_\_\_\_

NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL ESCOLAR LLENANDO ESTA SECCION (Name / Position School Personnel Completing This Section) \_\_\_\_\_

DETERMINACION (Determination)  Posiblemente LEP (Possibly LEP)  Dominante en Inglés (English Proficient)

(✓ Marque las casillas que aplican)

1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 (Especifique cuál)

2. ¿En qué idioma(s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar o residencia?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 (Especifique cuál)

3. ¿Qué idioma(s) entiende el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 (Especifique cuál)

4. ¿Qué idioma(s) habla el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 (Especifique cuál)

5. ¿En qué idioma(s) lee el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No lee  
 (Qué idioma)

6. ¿En qué idioma(s) escribe el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No escribe  
 (Qué idioma)

7. ¿En su opinión, qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?

	Muy bien	Un poco	Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 Mes (Month) \_\_\_\_\_ Día (Day) \_\_\_\_\_ Año (Year) \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Madre/Cuadrón/Otro (Signature of Parent/Guardian/Other) Fecha (Date) HLQ (2/83) 89-337 734

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
**Página 6 de 14**

Student ID# \_\_\_\_\_

**Evaluación de Idioma**

¿Cuál fue el primer idioma que el estudiante aprendió a hablar?

Inglés     Español     Arabe     Otro – por favor especifique \_\_\_\_\_

¿Contestó a la respuesta anterior con un idioma DISTINTO del Inglés?     Sí     No

¿Los padres/guardianes utilizan regularmente un idioma DISTINTO del Inglés?     Sí     No

Si contestó Sí, especifique-  Inglés     Español     Arabe     Otro – por favor especifique \_\_\_\_\_

El estudiante habla:

Nada de Inglés     Un poco de Inglés     Otro Idioma y el Inglés por Igual     Sobre todo Inglés o Sólo Inglés

**Información de los Servicios Especiales**

¿Está recibiendo su hijo servicios de educación especial?     Sí     No

¿Tiene su hijo actualmente un Plan 504?     Sí     No

Si contestó **sí**, por favor indique si está relacionado con:     Los Estudios     La Salud

¿Estaba su hijo en algún programa de niños Dotados o Talentosos?  Sí     No De ser **Sí**, indique cual \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño alguna vez Apoyo Académico, individual o en grupo?     Sí     No

¿Recibe su niño algún otro servicio (Refuerzo en Lectura, etc.)?     Sí     No

Si contestó **sí**, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Participa su niño en algún deporte?     Sí     No Si contestó **sí**, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño alguna alerta médica?     Sí     No Si contestó **sí**, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_









**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
Página 9 de 14

Student ID# \_\_\_\_\_

**Doctor**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de la Ultima Visita: \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista \_\_\_\_\_

*En caso de una emergencia, el estudiante será llevado al hospital más cercano y/o si el hospital preferido por los padres no pueda admitir al estudiante, el Personal de Emergencia seleccionará otro hospital.*

*En caso de no poder contactar con el padre o el guardián legal y de requerir cuidado médico urgente, la escuela llamará al 911. Sin embargo, el Distrito Escolar de Peekskill no se hará responsable económicamente, en ningún caso, de la asistencia médica.*

**Problemas de Salud**

Los Padres/Guardianes son responsables de informar a la enfermera de cualquier padecimiento médico

¿Complicaciones durante el embarazo o parto? (medicamento durante el embarazo, etc.)  Sí  No

¿Se llevó a término su embarazo (9 meses)?  Sí  No      Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.

¿Usa su niño lentes?  Sí  No      ¿Usa su niño lentillas de contacto?  Sí  No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño que ver alguna vez a un psicólogo, siquiatra o trabajador social?  Sí  No

Si la respuesta es sí, explique:

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

Tenemos autorización para contactar a su doctor, en caso de ser necesario  Sí  No

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
Página 10 de 14

Student ID# \_\_\_\_\_

**Alertas Médicas (Asma, Alergias, etc.)**

Alerta Médica 1: \_\_\_\_\_

Alerta Médica 2: \_\_\_\_\_

**Información**

¿Está el niño tomando algún medicamento con regularidad?     Sí     No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo alergia a algún medicamento?     Sí     No

Si la respuesta es sí, indique el tipo de medicamento: \_\_\_\_\_

Describa la reacción alérgica: \_\_\_\_\_

*El Formulario de Autorización para Dar Medicamentos al estudiante está disponible en la oficina de la escuela. Este formulario debe ser rellenado si el estudiante necesita tomar medicamentos durante el día escolar.*

**Medicamentos que Toma Actualmente**

Nombre	Frecuencia	A qué Hora	Doctor	Motivo

**Información de las Vacunas**

*La escuela tiene que tener la información de las vacunas del niño antes de que pueda comenzar las clases. En caso de **NO** presentar toda la información de las vacunas, el estudiante **DEBE** ver a la enfermera de la escuela para así completar la matrícula.*

Se le entregará a la Enfermera este formulario cuando haya completado la matrícula.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
**Página 11 de 14**

Student ID# \_\_\_\_\_ Se le entregará a la Enfermera este formulario cuando haya completado la matrícula.

**Parent/Guardian Informed Consent Form**

**Suministro de Yoduro de Potasio Durante el Horario Académico En caso de una Emergencia Nuclear**

**Razón por qué se debe Tomar Yoduro de Potasio**

En caso de accidente en una planta de energía nuclear o lo que se conoce como emergencia por radioactividad, puede haber un escape de radioactividad y la posible dispersión de yodo radioactivo en el ambiente. Esta sustancia podría ser inhalada o ingerida, introduciéndose en el tiroides donde podría causar cáncer y/o enfermedad. Los niños y los recién nacidos son los más vulnerables a que esto les suceda. Al tomarse como pastilla, el Yoduro de Potasio (KI) inunda el tiroides con yodo no reactivo e impide que el tiroides absorba la sustancia radioactiva. Yoduro de Potasio deberá darse antes o poco después de haber sido expuesto a la radioactividad. Yoduro de Potasio sólo sirve para impedir que el tiroides absorba el yodo radioactivo.

**Efectos Secundarios Posibles de Yoduro de Potasio**

El tomar Yoduro de Potasio puede ocasionar los siguientes efectos secundarios: **Trastorno estomacal, Sarpullido, Reacción alérgica**-la reacción puede variar desde leve (sarpullido, sabor metálico, a veces trastorno estomacal y diarrea) hasta aguda (fiebre, dolor en las articulaciones, hinchazón en parte de la cara y cuerpo, y ocasionalmente, falta severa de aliento que requiere atención médica inmediata).

**Riegos de Tomar Yoduro de Potasio**

Para la mayoría de la gente no hay riesgo al tomar Yoduro de Potasio\*. No debe tomarse Yoduro de Potasio si: **Es alérgico al yodo, Padece de la enfermedad de Graves, Padece de cualquier enfermedad del tiroides, Está tomando cualquier tipo de medicina para el tiroides**

\* Se les pide a los padres/tutores que contacten al doctor de su niño si tienen preguntas específicas acerca del riesgo de que su niño tome KI antes de devolver este formulario de consentimiento a la enfermera de la escuela.

**Suministro de Yoduro de Potasio**

Sólo se suministrará Yoduro de Potasio en los siguientes casos:

En caso de una emergencia por radioactividad

Cuando ha sido recomendado por los oficiales de salud pública

Si el padre/tutor firma el formulario de consentimiento para un niño menor de 18 años

**Consentimiento Informado: Por favor llene la siguiente información y devuelva a la enfermera de la escuela de su niño.**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**No doy mi consentimiento** para que mi hijo reciba Yoduro de Potasio en caso de una emergencia nuclear

**Doy mi consentimiento** para que la enfermera escolar o la persona nombrada por ella suministre Yoduro de Potasio a mi hijo.

Nombre y Apellido del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Núm. Telf. \_\_\_\_\_

Dirección de los Padres: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si ha dado su consentimiento, ¿puede su hijo tragar pastillas?  Sí  No

Si no puede, por favor explique abajo:

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## CITY SCHOOL DISTRICT OF PEEKSKILL

*Uriah Hill Elementary School, 980 Pemart Avenue • Peekskill, NY 10566  
fmiranda@peekskillcsd.org (914) 739-0682 ext. 246 FAX: (914) 737-0113*

---

### Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante Página 12 de 14

Esta página esta en blanco intencionalmente.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
Página 13 de 14

Student ID# \_\_\_\_\_ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario cuando haya completado la matrícula.  
**Solicitud de Transporte (Sólo para los Grados Preescolar-5)**

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Hermano(a) \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Hermano(a): \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en Caso de Emergencia:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**Rellene SOLAMENTE en caso de que el estudiante tenga que ser recogido y llevado diariamente a la parada de autobús (bus stop) cerca de su niñera/cuidadora (daycare):**

Nombre Completo de la Niñera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Formulario de Matrícula – Datos de Inscripción del Estudiante**  
**Página 14 de 14**

Student ID# \_\_\_\_\_ Se le entregará al Depto. de Transporte este formulario cuando haya completado la matrícula.

**Acuerdo Entre Padre y Estudiante Para la Seguridad en el Autobús**

**DISCIPLINA EN EL AUTOBUS**

**Mala Conducta y Comportamiento Inaceptable:**

Comportamiento tal como el uso de blasfemias, falta de respeto hacia el conductor, monitor o hacia otros estudiantes, arrojar objetos dentro o contra el autobús, ponerse de pie cuando el autobús está en marcha, subirse sobre los asientos, descortesías/vulgaridades, comer o beber, o cualquier otro comportamiento que no esté de acuerdo con las normas de disciplina del distrito escolar de la ciudad de Peekskill. El transporte es una continuación del día escolar. Todos los informes de conducta que requieran acción disciplinaria serán enviados al Director de la escuela de su niño y éste será quien determine las medidas a tomarse.

- Primer Delito: Advertencia Oral
- Segundo Delito: Advertencia por Escrito
- Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por un día

**Fumar en el Autobús**

- Primer Delito: Advertencia por Escrito
- Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un día
- Tercer Delito: Quedará suspendido su transporte por tres días
- Delitos Repetidos: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

**Asalto Físico/ Peleas o Amenazas de Cualquier Tipo:**

- Primer Delito: Quedará suspendido su transporte por un mínimo de tres días (según la severidad del acto)
- Segundo Delito: Quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente  
Cada caso podrá requerir aviso a la Comisaría de Policía

**Uso de Drogas o Alcohol:**

- Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

**Vandalismo:**

- Cualquier Delito: Será referido a la Comisaría de Policía, quedará suspendido su transporte por un tiempo indefinido y tendrá una Revisión por el Superintendente

**EL PADRE/GUARDIAN DEBE FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE, A MAS TARDAR LA SEGUNDA SEMANA DE SEPTIEMBRE. DESPUES DE LA TERCERA SEMANA DE SEPTIEMBRE, NO SE PERMITIRA QUE EL ESTUDIANTE TOME EL AUTOBUS HASTA QUE ESSTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMANDO Y DEVUELTO.**

Certifico que soy el padre/guardián legal del niño/a nombrado abajo y que he recibido, entendido y discutido con mi niño/a el Pacto para la Seguridad en el Autobús así como las consecuencias debido a conducta inaceptable. Además estoy consciente de que tengo la responsabilidad de informar a la Oficina de Transporte de cualquier cambio en la información anotada en este formulario.

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Segundo Nombre

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_