



# INGRESO DE ESTUDIANTES 2020-2021

**SCHOOL USE ONLY**  
 ENTRY DATE \_\_\_\_\_  
 ENTRY CODE \_\_\_\_\_  
 DATE RECORDS REQUESTED \_\_\_\_\_  
 CURRENT GRADE LEVEL \_\_\_\_\_

**Nuestra Visión: Asegurar que todos los estudiantes reciban una educación superior digna del siglo XXI**

SCHOOL NAME:	SCHOOL FACILITY NUMBER:	STUDENT ID:
--------------	-------------------------	-------------

**INSTRUCCIONES:** Bienvenidos al Distrito Escolar del Condado Volusia. Complete únicamente las casillas **SOMBREADAS** de este formulario de seis páginas. Escriba legiblemente con un bolígrafo. Gracias.

### SECCION I

#### AGREGAR UN ALUMNO(A) / DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES

1. PRIMER NOMBRE LEGAL DEL NIÑO(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL NIÑO(A)	JR./SR./ETC.	APODO (en su caso)
2. SEXO: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER	3. FECHA DE NACIMIENTO: MES / DÍA / AÑO		4. NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL*	
5. DIRECCIÓN FÍSICA DEL ALUMNO(A) (NÚMERO DE LA CASA Y NOMBRE DE LA CALLE)		APTO.	CIUDAD	ESTADO
6. DIRECCIÓN POSTAL (DE SER DISTINTA A LA DIRECCIÓN FÍSICA)		APTO.	CIUDAD	ESTADO
7. TELÉFONO PRINCIPAL (CONTACTO 1) NO PUBLICADO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ( ) -		8. AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS DEL DIRECTORIO: (LOS DATOS PUBLICADOS SON COMPARTIDOS SOLO PARA EFECTOS ESCOLARES) <input type="checkbox"/> Y – SÍ <input type="checkbox"/> A – NINGUNA DIRECCIÓN (PERMISOS DEL ESTUDIANTE) <input type="checkbox"/> N – NI EL TELÉFONO NI LA DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> X – NO (FUNCIONARIO POLICIAL) <input type="checkbox"/> P – NINGÚN TELÉFONO		

\* El Estatuto de Florida 1008.386 requiere que los Distritos Escolares Públicos soliciten el Número del Seguro Social de cada alumno(a) PK-12 matriculado(a).

### SECCION II

#### DIRECCIONES Y CONTACTOS

9. CONTACT: 01 GUARDIAN	PRIMER NOMBRE LEGAL DEL TUTOR(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL TUTOR(A)	JR./SR./ETC.
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR(A)	STUDENT RESIDES WITH THIS PERSON: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CUSTODY: <input type="checkbox"/> YES	EMERGENCY: <input type="checkbox"/> YES	PICK UP: <input type="checkbox"/> YES
OCUPACIÓN DEL TUTOR(A) LEGAL (MIGRANTE)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRINCIPAL (PARA VCS CONNECT) ( ) -	**TELÉFONO SECUNDARIO (PARA VCS CONNECT) ( ) -	
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) ( ) -	TELÉFONO CELULAR ( ) -	TELÉFONO RESIDENCIAL ( ) -	¿NÚMERO NO PUBLICADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:				
9A CLAVE DE ACCESO ESTUDIANTIL (OPCIONAL) (CONFIDENCIAL)				

10. CONTACT: 02 GUARDIAN	PRIMER NOMBRE LEGAL DEL TUTOR(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL TUTOR(A)	JR./SR./ETC.
RELACION CON EL ALUMNO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR(A)	EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CUSTODY: <input type="checkbox"/> YES	EMERGENCY: <input type="checkbox"/> YES	PICK UP: <input type="checkbox"/> YES
OCUPACIÓN DEL TUTOR(A) LEGAL (MIGRANTE)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRINCIPAL (PARA VCS CONNECT) ( ) -	**TELÉFONO SECUNDARIO (PARA VCS CONNECT) ( ) -	
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) ( ) -	TELÉFONO CELULAR ( ) -	TELÉFONO RESIDENCIAL ( ) -	¿NÚMERO NO PUBLICADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:				
11. DIRECCIÓN FÍSICA O POSTAL [DE SER DISTINTA A LA DEL ALUMNO(A)]				
		APTO.	CIUDAD	ESTADO
				CÓDIGO POSTAL

\*\* Se utilizará el Teléfono Principal para efectos del servicio VCS Connect. Si su teléfono celular es su teléfono principal, favor de indicar ese número en la casilla Teléfono Principal y en la casilla Teléfono Celular ambas. Se recomienda indicar un Teléfono Secundario en caso de que los padres o tutores no vivan juntos.

**DIRECCIONES Y CONTACTOS (CONTINUADO)**

<b>12. CONTACT: 03</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	SÓLO PARA PADRE O MADRE: FALLECIDO(A): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HERMANASTRO <input type="checkbox"/> HERMANASTRA <input type="checkbox"/> PRIMO(A) <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> VECINO(A) <input type="checkbox"/> PATROCINADOR(A) ESCOLAR <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE SUSTITUTA <input type="checkbox"/> OTRO: _____						
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A REGISTROS ESCOLARES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (de marcar 'No' se debe proporcionar documentación legal)	CONTACTO RESTRINGIDO (SÓLO PADRE O MADRE) CONTACTO TIENE ACCESO RESTRINGIDO AL ALUMNO(A) (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) ( ) -	TELÉFONO CELULAR ( ) -	TELÉFONO RESIDENCIAL	¿NÚMERO NO PUBLICADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:						
<b>13. DIRECCIÓN FÍSICA</b>		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<b>14. DIRECCIÓN POSTAL</b>		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

<b>15. CONTACT: 04</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	SÓLO PARA PADRE O MADRE: FALLECIDO(A): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HERMANASTRO <input type="checkbox"/> HERMANASTRA <input type="checkbox"/> PRIMO(A) <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> VECINO(A) <input type="checkbox"/> PATROCINADOR(A) ESCOLAR <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE SUSTITUTA <input type="checkbox"/> OTRO: _____						
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A REGISTROS ESCOLARES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (de marcar 'No' se debe proporcionar documentación legal)	CONTACTO RESTRINGIDO (SÓLO PADRE O MADRE) CONTACTO TIENE ACCESO RESTRINGIDO AL ALUMNO(A) (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) ( ) -	TELÉFONO CELULAR ( ) -	TELÉFONO RESIDENCIAL	¿NÚMERO NO PUBLICADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:						
<b>16. DIRECCIÓN FÍSICA</b>		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<b>17. DIRECCIÓN POSTAL</b>		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

<b>18. CONTACT: 05</b>	PRIMER NOMBRE DEL CONTACTO PARA EMERGENCIAS	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> ABUELA <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HERMANASTRO <input type="checkbox"/> HERMANASTRA <input type="checkbox"/> PRIMO(A) <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> PATROCINADOR ESCOLAR <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE SUSTITUTA <input type="checkbox"/> VECINO(A) <input type="checkbox"/> OTRO: _____					
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		EMERGENCIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RECOGER: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CONTACTO TIENE ACCESO A LOS REGISTROS ESCOLARES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TELÉFONO PRINCIPAL ( ) -
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					

**SECCION III**

**MATRÍCULA – SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A) CON AYUDA DE UN(A) FUNCIONARIO(A) DISTRITAL**

<b>19. STUDENT TRANSFERRING FROM (check one)</b>					
<input type="checkbox"/> VOLUSIA DIST. PRIVATE SCHOOL		<input type="checkbox"/> FIRST TIME ENTRY		<input type="checkbox"/> OUT OF DIST. PUBLIC SCHOOL	
<input type="checkbox"/> VOLUSIA DIST. HOME SCHOOL		<input type="checkbox"/> OUT OF DIST. PRIVATE SCHOOL		<input type="checkbox"/> OUT OF DIST. HOME SCHOOL	<input type="checkbox"/> OUT OF UNITED STATES
<b>20. GRADE LEVEL</b>	<b>21. ENROLLMENT DATE</b> MONTH DAY YEAR / /	<b>22. ENROLLMENT CODE</b>	<b>22A. PRIOR DISTRICT (COUNTY)</b>	<b>22B. PRIOR STATE</b>	<b>22C. PRIOR COUNTRY</b>
<b>23. FLORIDA ID</b>		<b>24. ASSIGNMENT/VARIANCE CODE</b>		<b>25. HOMEROOM</b>	
<b>26. NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR</b>		<b>GRADO ESCOLAR ANTERIOR</b>	<b>DIRECCIÓN FÍSICA DE LA ESCUELA ANTERIOR</b>		
<b>CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL</b>			<b>TELÉFONO</b> ( ) -	<b>FAX</b> ( ) -	
<b>27A. FECHA DE RETIRO</b> (de la Escuela anterior) MES DÍA AÑO / /			<b>27B. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO(A) HA REPETIDO UN GRADO?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso de que sí, ¿en cuál grado fue? _____		
<b>28. ¿SU HIJO(A) HA ASISTIDO A UNA ESCUELA DE FLORIDA?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			En caso de que sí, ¿en cuál condado?		
<b>29. ¿SU HIJO(A) HA ASISTIDO A UNA ESCUELA PÚBLICA DEL CONDADO VOLUSIA?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			En caso de que sí, favor de indicar el nombre de la Escuela y el año o años académicos correspondientes.		
<b>30. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO(A) HA ESTADO MATRICULADO(A) O HA RECIBIDO UNO O VARIOS DE LOS SERVICIOS INDICADOS A CONTINUACIÓN? (MARQUE LAS CASILLAS QUE SE APLIQUEN)</b>					
<input type="checkbox"/> HABLA		<input type="checkbox"/> ESOL (INGLÉS PARA HABLANTES DE OTROS IDIOMAS)		<input type="checkbox"/> DOTADOS	
				<input type="checkbox"/> 504	
				<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL	

<b>31A. EDUCATIONAL CHOICE?</b> <input type="checkbox"/> C – FROM SCHOOL FAILED AYP (SCHOOL USE ONLY) <input type="checkbox"/> Z – NOT APPLICABLE
<b>31B. ¿MATRICULA A SU HIJO(A) EN ESTA ESCUELA DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL DURANTE ESTE AÑO ACADÉMICO?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>31C. EN CASO DE QUE SÍ, FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE DESASTRE NATURAL:</b>
<input type="checkbox"/> B – SE MUDÓ DE OTRO ESTADO DEBIDO A DERRAME DE PETRÓLEO
<input type="checkbox"/> W – CAMBIO DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A HURACÁN
<input type="checkbox"/> E – SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO
<input type="checkbox"/> Y – SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A HURACÁN
<input type="checkbox"/> Q – CAMBIO DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO
<input type="checkbox"/> Z – NO SE MUDÓ DEBIDO A DESASTRE NATURAL

**SECCION IV**

**DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES**

<b>30. CUSTODY ALERT/COURT ORDER:</b> <input type="checkbox"/> Y – COURT ORDER OR <input type="checkbox"/> C – DIVORCE PAPERS (CUSTODIAL LEGAL INSTRUMENT)		
<b>33. BIRTH VERIFICATION (CHECK ONE)</b>		
<input type="checkbox"/> 1 – CERTIFIED BIRTH CERTIFICATE	<input type="checkbox"/> 7 – SCHOOL RECORD, AT LEAST FOUR YEARS PRIOR, SHOWING DATE OF BIRTH	
<input type="checkbox"/> 3 – BAPTISMAL CERTIFICATE WITH DOB AND PLACE OF ACOMPÑADA DE DECLARACIÓN JURADA Y NOTARIZADA DE LOS PADRES.	<input type="checkbox"/> 8 – PARENT’S SWORN, NOTARIZED AFFIDAVIT AND CERTIFICATE OF EXAMINATION FROM THE HEALTH OFFICER/PHYSICIAN VERIFYING AGE	
<input type="checkbox"/> 4 – LIFE INSURANCE POLICY ON CHILD IN FORCE AT LEAST TWO YEARS	<input type="checkbox"/> T – OUT OF STATE TRANSFER RECORDS OR MSRTS <b>NOT VALID FOR PRE-K OR KINDERGARTEN</b>	
<input type="checkbox"/> 5 – BIBLE RECORDS AND PARENT’S SWORN, NOTARIZED AFFIDAVIT	<input type="checkbox"/> 9 – NO VERIFICATION ( <b>DO NOT USE FOR KINDERGARTEN OR FIRST GRADE STUDENTS</b> )	
<input type="checkbox"/> 6 – PASSPORT OR CERTIFICATE OF ARRIVAL IN THE UNITED STATES ( <b>DO NOT COPY THIS DOCUMENT</b> )		
<b>34. LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad donde nació.)</b>	<b>ESTADO DONDE NACIÓ</b>	<b>PAÍS DONDE NACIÓ</b>
<b>35. COUNTY OF RESIDENCE</b>	<b>36. RESIDENCY STATUS OF STUDENT (CHECK ONE)</b>	
	<input type="checkbox"/> B – OUT OF COUNTY FLORIDA RESIDENT <input type="checkbox"/> 3 – VOLUSIA COUNTY RESIDENT	
	<input type="checkbox"/> 2 – OUT OF STATE RESIDENT <input type="checkbox"/> 0 – FOREIGN EXCHANGE STUDENT	
<b>37. NON-VOLUSIA ZONED SCHOOL</b> (ONLY COMPLETE WHEN #36 IS CODE B)		
<b>38A. ¿ES SU HIJO(A) DE ORIGEN HISPANO O LATINO?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<b>38B. RAZA: (Marcar todas las casillas que se apliquen.)</b>
		<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA
		<input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> INDÍGENA NORTEAMERICANA O ALASQUEÑA
		<input type="checkbox"/> INDÍGENA HAWAIIANA O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO
<b>NOTE TO REGISTRAR: IF PARENT SELECTS “YES” ON QUESTION 38A, AT LEAST ONE RACE CODE MUST BE SELECTED</b>		

**SECCIÓN V**  
**ENCUESTA SOBRE IDIOMAS EN EL HOGAR**

**NOTAS A LOS PADRES Y AL REGISTRADOR(A) DISTRITAL.** Esta sección debe ser llenada para todo alumno(a). En caso que se responde 'SÍ' a cualquiera de las primeras tres preguntas, el alumno(a) debe ser referido(a) en seguida al personal encargado de la evaluación de Aprendices del Inglés.

**SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A)**

NOMBRE DEL ALUMNO(A)	FECHA
<b>MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.</b>	
1) ¿En su hogar se habla un idioma que no sea el inglés?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2) ¿El idioma materno del alumno(a) fue otro idioma que no fuera el inglés?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3) ¿El alumno(a) se acostumbra a hablar un idioma que no sea el inglés?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4) ¿El alumno(a) nació en otro país que no fuera Estados Unidos o Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5) Sin importar su lugar de nacimiento, ¿en qué fecha fue matriculado(a) su hijo(a) por primera vez en una escuela en Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Nombre del Padre/Madre/Tutor(a): _____	_____ (Mes/Día/Año)
Firma del Padre/Madre/Tutor(a): _____	

**SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL**

1) Primary home language. (ALL STUDENTS) _____	
2) Native Language spoken by the student if other than English. _____	
3) English Language Learner (ELL), if assessed as ELL, check one of the following:	
<input type="checkbox"/> LY Yes, the student has been assessed ELL and is active in the ESOL program.	
<input type="checkbox"/> LP Pending – Student grades K-12 pending aural/oral assessment or student grades 3-12 who is FES on aural/oral test and is pending reading and writing assessment.	
<input type="checkbox"/> LF Former – The student is being followed up for a two year period after having exited from the ESOL program. <b>This should only be used for qualifying Florida transfers or returning students.</b>	
<input type="checkbox"/> LZ Withdrawn – Student is one for whom a two year follow-up period has been completed after the student has exited the ESOL program. <b>This should only be used for qualifying Florida transfers or returning students.</b>	
4) Home Language Survey Date _____	(MMDDCCYY)
Name of Registrar _____	
Signature of Registrar _____	

**SECCION VI**  
**FAMILIAS SIN HOGAR**

<p><b>39A. FAMILIAS EN TRANSICIÓN</b> – EL CAPÍTULO 1003.12 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA ESTABLECE QUE LOS NIÑOS SIN HOGAR DEBEN TENER ACCESO A LA EDUCACIÓN PÚBLICA GRATUITA Y QUE LOS DISTRITOS ESCOLARES DEBEN AYUDARLES A CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS APLICABLES. MARQUE 'SÍ' EN CASO DE QUE SU FAMILIA VIVA ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS ABAJO <b>PORQUE NO PUEDEN ENCONTRAR VIVIENDA ADECUADA O BIEN NO TIENEN LOS MEDIOS ECONÓMICOS PARA PAGARLA.</b>      <input type="checkbox"/> SÍ</p> <p>El niño(a)/joven duerme en la calle o en un auto, tienda de campaña, edificio abandonado, parque u otro lugar que normalmente no se utiliza para dormir.</p> <p>El niño(a)/joven duerme en un motel, remolque o área de campamento.</p> <p>El niño(a)/joven duerme en un albergue (p.ej., un albergue para personas sin hogar, para adolescentes fugados o para víctimas de violencia doméstica).</p> <p>El niño(a)/joven duerme <u>provisionalmente</u> en la casa de un pariente o amigo por necesidad económica.</p>	<p><b>39B. RESIDENCIA NOCTURNA PRINCIPAL</b> – EN CASO DE QUE SU FAMILIA RESIDA EN ALGUNO DE LOS LUGARES PROVISIONALES DESCRITOS ABAJO PORQUE NO PUEDEN ENCONTRAR VIVIENDA ADECUADA O CARECEN DE MEDIOS ECONÓMICOS PARA PAGARLA, MARQUE LA CASILLA QUE SE APLICA.</p> <p><input type="checkbox"/> A – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un albergue de emergencia o transicional, un remolque FEMA o en un hospital debido al abandono.</p> <p><input type="checkbox"/> B – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es la casa de otra familia debido a dificultades económicas u otro motivo similar.</p> <p><input type="checkbox"/> D – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un auto, un parque, un remolque provisional o una área de campamento debido a la falta de alternativas de hospedaje, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda precaria, terminales de bus o tren u otro lugar público o privado no diseñado para dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> E – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un hotel o motel.</p>										
<p><b>39C. MOTIVO DE TRANSICIÓN O PÉRDIDA DE HOGAR</b> (Favor de indicar el motivo por la situación de transición o la pérdida del hogar anterior.)</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> D – Desastre Mayor Causado por el Hombre</td> <td style="width:50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> O – Otro – Por ejemplo, falta de vivienda económica, pobreza persistente, desempleo o subempleo, falta de servicios de salud económicos, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojo forzoso, etc.)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> E – Desastre Natural – Terremoto</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> S – Desastre Natural – Tormenta Tropical</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> F – Desastre Natural – Inundación</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> T – Desastre Natural – Tornado</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> H – Desastre Natural – Huracán</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> W – Desastre Natural – Incendio Forestal u otro Incendio</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> M – Ejecución Hipotecaria</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> D – Desastre Mayor Causado por el Hombre	<input type="checkbox"/> O – Otro – Por ejemplo, falta de vivienda económica, pobreza persistente, desempleo o subempleo, falta de servicios de salud económicos, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojo forzoso, etc.)	<input type="checkbox"/> E – Desastre Natural – Terremoto	<input type="checkbox"/> S – Desastre Natural – Tormenta Tropical	<input type="checkbox"/> F – Desastre Natural – Inundación	<input type="checkbox"/> T – Desastre Natural – Tornado	<input type="checkbox"/> H – Desastre Natural – Huracán	<input type="checkbox"/> W – Desastre Natural – Incendio Forestal u otro Incendio	<input type="checkbox"/> M – Ejecución Hipotecaria	
<input type="checkbox"/> D – Desastre Mayor Causado por el Hombre	<input type="checkbox"/> O – Otro – Por ejemplo, falta de vivienda económica, pobreza persistente, desempleo o subempleo, falta de servicios de salud económicos, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojo forzoso, etc.)										
<input type="checkbox"/> E – Desastre Natural – Terremoto	<input type="checkbox"/> S – Desastre Natural – Tormenta Tropical										
<input type="checkbox"/> F – Desastre Natural – Inundación	<input type="checkbox"/> T – Desastre Natural – Tornado										
<input type="checkbox"/> H – Desastre Natural – Huracán	<input type="checkbox"/> W – Desastre Natural – Incendio Forestal u otro Incendio										
<input type="checkbox"/> M – Ejecución Hipotecaria											

**39D. JOVEN SIN HOGAR NO ACOMPAÑADO(A)**  
 sí ¿Es el alumno(a) un 'joven no acompañado(a)' [es decir, un alumno(a) que no reside bajo la custodia física de su padre o madre o tutor(a) y que vive en una de la situaciones descritas arriba]?

**40. CRIANZA SUSTITUTA: ¿EL NIÑO(A) SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO CRIANZA SUSTITUTA (FOSTER CARE)?**  sí  NO

**SECCION VII**  
PROGRAMAS FEDERALES Y ESTATALES

**41. ALUMNOS DE FAMILIAS MILITARES** – Incluyen los hijos de: 1) Miembros activos de las Fuerzas Armadas, incluyendo efectivos de la Guardia Nacional y Reserva bajo órdenes de servicio activo bajo los Artículos 1209 y 1211 del Capítulo 10 U.S.C.; 2) Miembros o veteranos de las Fuerzas Armadas que han sufrido lesiones severas y han sido dados de baja o pensionados por razones médicas (por un año posterior a la baja o pensión); y 3) Miembros de la Fuerzas Armadas que han fallecido durante el servicio activo o debido a lesiones sufridas durante el servicio activo (por un año posterior al fallecimiento).  sí

**42. ¿SU HIJO(A) RECIBIÓ SERVICIOS EN EL EVEN START FAMILY LITERACY PROGRAM?**  
 (¿FAMILIA EVEN START A NIVEL PRE-KINDER?) MATRÍCULA PRE-KINDER  sí  NO

**43. ¿EN CUÁL PROGRAMA DEL NIVEL PRE-KINDER DESEA MATRICULAR A SU HIJO(A)?**  
 Matriculación Pre-Kinder  C – CSI Pre-K (Pre-Kinder Título I)  D – Programa Pre-Kinder para Niños Discapacitados  
 (PROGRAMA PRE-KINDER)  T – Programa para Padres Adolescentes  V – Programa Voluntario de Educación Pre-Kinder

**SECCION VIII**  
INFORMACIÓN MÉDICA

SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL

**44. IMMUNIZATION STATUS**

0 – Students in virtual instruction programs who do not come to a district school for any activity and for whom no other code applies  3 – Permanent Medical Exemption

1 – Permanent Immunization Certificate  4 – Permanent Religious Exemption

2 – Temporary Medical Exemption  8 – Adolescent Vaccine Requirement Met

Expiration Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/CCYY)  W – Enrolled in district fewer than 31 days per FS 1003.22 (5)(e)

Y – Children/Youth experiencing homelessness and those known to the department (FS 39.00016) enrolled fewer than 31 days  X – Enrolled in Juvenile Justice program fewer than 31 days

SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A)

**45A. ¿SU HIJO(A) TIENE COBERTURA CON MEDICAID?**  Sí, tiene cobertura con Medicaid. IVCS0000002  NO

**45B. ¿SU HIJO(A) TIENE ALGÚN OTRO SEGURO MÉDICO QUE NO SEA MEDICAID? (MARQUE UNA):**

Mi hijo(a) está cubierto(a) por un seguro médico. IVCS0000001

Mi hijo(a) está cubierto(a) por el Seguro *Healthy Kids (Florida KidCare)*. IVCS0000003

Mi hijo(a) no está cubierto(a) por ningún seguro médico ni por Medicaid. IVCS0000004

**46A. HEALTH EXAMINATION STATUS**  Y – School Entry Exam Certified  R - Religious Exemption

T - Transfer from another Florida School without a health exam record.

**46B. DATE**  
 MONTH DAY YEAR  
 / /

**SECTION IX**

IMMUNIZATIONS

NOTE TO THE REGISTRAR - ENTER VACCINES FROM FORM DH-680

**SECCION X**

CONDICIONES MÉDICAS

**47A. ¿SU HIJO(A) PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDE PONER EN PELIGRO SU VIDA?**  sí  NO

**47B. EN CASO QUE SÍ, FAVOR DE INDICAR SI LA CONDICIÓN REQUIERE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS (SE REQUIERE ALERTA MÉDICA).**  
 Marque todas las casillas que se apliquen:

A – Inhalador para el Asma  D - Diastat  E – Epi-Pen  I – Insulina Inyectable  S – Solu-Cortef Inyectable

**48. CONDICIONES MÉDICAS.** Favor de marcar todas las casillas que se apliquen. Indique la fecha de diagnosis (si se sabe) y si se requieren medicamentos.

TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?	TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?
<input type="checkbox"/> AA – Alergia a la Aspirina	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HM – Hemofilia	____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AB – Alergia a Picaduras de Insectos	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HN – Hernia	____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AC – Alergia al Yodo	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HR – Enfermedad Cardíaca	____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AD – Alergia a la Penicilina	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HY – Hipertensión	____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AE – Alergia a las Sulfamidas	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KI – Enfermedad Renal	____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AF – Otra Alergia	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LE – Leucemia	____/____/____	<input type="checkbox"/>

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?	TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?
<input type="checkbox"/> AG – Alergia a las Nueces	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MA – Alerta Médica	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AI – Insuficiencia Renal	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MD – Distrofia Muscular	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AN – Anemia	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MO – Función Motora Impedida	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AR – Reacción Anafiláctica	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MU – Múltiples Problemas de Salud	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AS – Asma	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PA – Desarrollo Físico	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AT – Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PI – Impedimento Físico	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CF – Fibrosis Quística	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PR – Embarazo	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CP – Parálisis Cerebral	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RC – Véanse los Registros Escolares	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DI – Diabetes	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RH – Tipo de Sangre Rh Negativa	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EA – Infección de Oído Reincidente	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SC – Escoliosis	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EP – Epilepsia	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SD – Trastorno Convulsivo	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GA – Condición Gastrointestinal	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI – Drepanocitosis	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HE – Pérdida de Audición	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP – Impedimento del Habla	__/__/__	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HG – Hipoglicemia	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UR – Condición Urológica	__/__/__	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> VI – Impedimento de la Vista	__/__/__	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> NINGUNA DE LAS ANTERIORES		

### SECCION XI

NOTE TO REGISTRAR: NO DATA ENTRY REQUIRED

**49. EL ARTÍCULO 1006.07(1)(B) DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA REQUIERE, AL MOMENTO DE MATRICULAR UN ALUMNO(A) EN UNA NUEVA ESCUELA, QUE SE INDIQUE SI EL ALUMNO(A) HA SIDO: EXPULSADO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR; DETENIDO(A) POR LA POLICÍA Y POSTERIORMENTE ACUSADO(A) DE UN DELITO; O INVOLUCRADO(A) CON EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL. FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN LOS CAMPOS APLICABLES ABAJO.**

- SÍ  NO EXPULSADO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR.  
 SÍ  NO DETENIDO(A) POR LA POLICÍA Y POSTERIORMENTE ACUSADO(A) DE UN DELITO.  
 SÍ  NO INVOLUCRADO(A) EN UN PROGRAMA DE JUSTICIA JUVENIL.  
 SÍ  NO SUSPENDIDO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR.  
 SÍ  NO REFERIDO(A) PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

### SECCION XII

#### TRANSPORTE

SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL

<b>50. BUS RIDERSHIP CODE</b>			
<input type="checkbox"/> Y – Student is Eligible and Requests Transportation	<input type="checkbox"/> B – Regular and Summer	<input type="checkbox"/> S – Summer Only	<input type="checkbox"/> N – Not a Rider
<b>51. TRANSPORTATION NEEDS</b>			
<input type="checkbox"/> C – Contracted Transportation – GIS ONLY	<input type="checkbox"/> G – Votran Gold – GIS ONLY	<input type="checkbox"/> M – Medical Limitations – GIS ONLY	
<input type="checkbox"/> S – Sibling of ESE siblings – GIS ONLY	<input type="checkbox"/> V – Votran Transportation Pass	<input type="checkbox"/> I – In Zone	
<input type="checkbox"/> O – Out of Zone	<input type="checkbox"/> T – Temporary Medical – GIS Only		
<b>52. SPECIAL REQUIREMENTS (SPECIAL BUS REQUIREMENTS)</b>			
<input type="checkbox"/> B – Baby Seat (20-40 lbs.)	<input type="checkbox"/> E – Electric Wheelchair	<input type="checkbox"/> H – Harness	<input type="checkbox"/> K – Curbside/Harness
<input type="checkbox"/> C – Curbside (upon accessibility)	<input type="checkbox"/> G – Curbside/Baby Seat	<input type="checkbox"/> I – Infant Seat (under 20 lbs.)	<input type="checkbox"/> W – Wheelchair
<b>53. OPTIONAL SERVICES</b>			
<input type="checkbox"/> A – Alternative Hours/Pre-K AM	<input type="checkbox"/> E – Environmental Control	<input type="checkbox"/> O – Multi-VE/Environment Control	
<input type="checkbox"/> B – Alternative Hours/Pre-K PM	<input type="checkbox"/> F – Multi-VE	<input type="checkbox"/> T – Stop Change/Same Route – GIS Only	
<i>Note: All requests for after hours transportation (tutoring, activities, etc.) should be made to GIS routing, where the appropriate codes will be determined and entered.</i>			

EL ESTATUTO 837.06 DE FLORIDA ESTABLECE QUE LA PRESENTACIÓN DE DECLARACIONES FALSAS POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN SERVIDOR PÚBLICO EN EL TRANSURSO DE SUS DEBERES OFICIALES CONSTITUYE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO SUJETO A LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN LOS ESTATUTOS 775.082 Y 775.083.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN INDICADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y CORRECTA, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR(A)	FECHA
--------------------------------	-------