



DISTRICTO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

**Horace Mann UCLA Community School**

7001 South St. Andrews Place

Los Angeles, CA. 90047

Teléfono: (323) 541-1900 Fax: (323) 758-8203

**MICHELLE KING**  
*Superintendent of Schools*

**CHERYL HILDRETH**  
*Superintendent, Local District West*

**ORLANDO M. JOHNSON**  
*Principal*

Queridos Padres y Guardianes,

¡Gracias por su interés en la Escuela de la Comunidad de Horace Mann UCLA!

Nuestro objetivo es ofrecer enfoques educativos basados en la investigación para la enseñanza y el aprendizaje que proporcionarán a los estudiantes de UCLA Mann acceso a estándares rigurosos de contenido académico, mientras desarrollan el pensamiento crítico y las habilidades procesales que son esenciales para la vida del siglo 21. Nuestra metodología de instrucción establece altas expectativas junto a un soporte diferenciado y personalizado para asegurar que las clases se basen en las necesidades de los estudiantes.

Estamos encantados de que haya decidido que Mann UCLA Community School es la escuela apropiada para su hijo. El programa está creciendo y evolucionando junto con todo el campus de Mann UCLA. Usted y su hijo tendrán la oportunidad de aportar información que llevará a Mann UCLA y su comunidad circundante al siglo 21.

Complete este paquete de inscripción y entréguenos copias de lo siguiente:  
Boleta de calificaciones más reciente y transcripción.

- O Registro de inmunización
- O Informe de Contabilidad de Estudiantes de la escuela anterior (P.A.R.)
- O Certificado de nacimiento
- O Cuota de servicios públicos o contrato de alquiler
- O Transferencias intra-distrito e inter-distrital;
- O Completado y firmado por el director de la escuela en casa

Usted está invitado a asistir a nuestra **Reunión de Verano de Nuevos Padres y la Cena de Orientación el Jueves 20 de Julio de 6:00 pm a 7:30 pm** para aprender sobre lo que la Escuela Comunitaria New Horace Mann UCLA tiene para ofrecer y conocer a los maestros, consejero, Director y Principal.

Bienvenido a nuestra familia Mann U!

"Puedes ver el futuro desde aquí."

Sinceramente,

Mr. Orlando Johnson  
Director De la Escuela  
omj0354@lausd.net

Ms. LaQueena Litzsey  
Asistente principal  
lll6553@lausd.net

Ms. Carla Estes  
Director  
cye0488@lausd.net

# Horace Mann UCLA Community School

---

## LISTA DE INSCRIPCIÓN

---

### PADRE/GUARDIAN:

A continuación se muestra una lista de los elementos necesarios para inscribir a un estudiante en Mann UCLA Community School. Cuando "COPIA" se indica a continuación, debe proporcionar la copia o copias. Debe proporcionar todos los elementos solicitados cuando envíe su paquete de inscripción; De lo contrario, la inscripción puede retrasarse.

[  ] 1. Identificación - Proporcione una COPIA de su identificación (como Licencia De Conducir de California o Tarjeta de Identificación de California).

[  ] 2. Verificación de dirección - Proporcione una COPIA de su factura actual de servicios públicos (gas, electricidad o agua, no teléfono o factura de cable). Si no tiene una factura actual de servicios públicos, otras verificaciones de direcciones pueden ser una COPIA de su contrato de arrendamiento / alquiler, documentos hipotecarios o llenar el Formulario de Verificación de Dirección proporcionado por la oficina de Mann UCLA CS. Firmas adecuadas son requeridas en el Formulario.

[  ] 3. Verificación de Nacimiento - Proporcione una COPIA del certificado de nacimiento o pasaporte del estudiante. Si el acta de nacimiento o pasaporte no está disponible, usted debe completar una Declaración Jurada para Prueba de Edad de Menor.

[  ] 4. Registro de Inmunización - Proporcione DOS (2) COPIAS del Registro de Inmunización del estudiante.

[  ] 5. Informe - Proporcione dos (2) COPIAS de la tarjeta de calificaciones **actual** del estudiante (**incluyendo la dirección completa de la escuela**). La dirección completa de la escuela es necesaria para completar algunos formularios que forman parte del paquete de inscripción.

[  ] 6. Documentos de pago - Si el estudiante se retiró de una escuela del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (LAUSD), traiga el informe original de Contabilidad de Estudiantes (P.A.R) y la Tarjeta de Liquidación y calificaciones de pago. Si el estudiante se retiró de una escuela que no es del LAUSD, traiga el documento de pago y los grados de pago que le proporcionó la escuela.

[  ] 7. I.E.P (Plan de Educación Individualizado - Si el estudiante es un estudiante de Educación Especial o sale de la Educación Especial, traiga una COPIA actual del IEP del estudiante. **Debemos asegurarnos de que es posible acomodar las necesidades de su hijo como se indica en su IEP.**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes día año

Para Uso De Oficina Solamente (Office Use Only)

1. SCHOOL NAME:	6. LAUSD/STATE STUDENT ID NUMBER:
2. LOCATION CODE:	7. HOUSEHOLD NUMBER:
3. TRACK/SLC:	8. HOMEROOM:
4. ENROLLMENT DATE/CODE:	9. TEACHER/COUNSELOR:
5. STUDENT ENTRY GRADE LEVEL:	10. ENROLLMENT WIZARD USED: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

INSTRUCCIONES: Por favor, escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda.

### A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

(LAUSDMAX: Family Member Information)

1. Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	2. Alias/Sobrenombre: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
3. Dirección particular: Número	Calle	Apto. /unidad	Ciudad	Código Postal	4. Número de teléfono particular
5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	7. Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado/Provincia, y País)			

### B. PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE

(LAUSDMAX: Caretaker Information)

1. Nombre Legal: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	2. Oros nombres usados
3. Número de teléfono particular	2. Celular / Bíper	3. Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche
6. Dirección de correo electrónico			
7. Idioma para enviar correspondencia al hogar (Marque uno) - La correspondencia se puede enviar en los siguientes idiomas; seleccione el idioma que prefiera. Si marca Otro, la correspondencia se enviará en inglés: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Farsi <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____			
8. Nivel más alto de escolaridad alcanzado (Marque uno) <input type="checkbox"/> No se graduó de la secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Algún estudio universitario (incluyendo Título Universitario Básico) <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado/profesional <input type="checkbox"/> Se rehúsa a indicar o no se sabe			
9. ¿Vive el estudiante con este padre, madre o tutor legal? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. Relación o parentesco con el estudiante _____			

### C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACIÓN DE ORIGEN ÉTNICO

1. Idioma del Hogar del Estudiante

A. ¿Qué idioma aprendió el estudiante cuando recién empezó a hablar? \_\_\_\_\_

B. ¿Qué idioma usa este estudiante con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

C. ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia para hablar con este estudiante? \_\_\_\_\_

D. ¿Qué idioma es más usado por los adultos en el hogar? \_\_\_\_\_

E. ¿Ha recibido este estudiante instrucción académica en el idioma inglés? (escuchar, hablar, leer, o escribir) (Marque uno)  Sí  No

2. Indique si el estudiante es Hispano/Latino  Sí  No

3. Raza predominante del estudiante (Marque sólo uno)

Afroamericano o negro  Indio nativo americano o nativo de Alaska  Blanco

Asiático:  Indio nativo asiático  Camboyano  Chino  Filipino  Miao  Japonés  Coreano  Laosiano  Vietnamita  Otros de Asia

Isleño de las Islas del Pacífico:  Nativo de Guam  Hawaiano  Samoano  Nativo de Tahití  Otro: Islas del Pacífico

4. Raza adicional del estudiante (Opcional)

Afroamericano o negro  Indio nativo americano o nativo de Alaska  Blanco

Asiático:  Indio nativo asiático  Camboyano  Chino  Filipino  Miao  Japonés  Coreano  Laosiano  Vietnamita  Otros de Asia

Isleño de las Islas del Pacífico:  Nativo de Guam  Hawaiano  Samoano  Nativo de Tahití  Otro: Islas del Pacífico

### D. INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE

#### 1. Servicios Especiales

Si tiene dudas sobre esta sección, por favor consulte el folleto titulado "Are you Puzzled By Your Child's Special Needs?"

A. ¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en la escuela a la que asistía anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
B. ¿Tenía este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP) en la escuela anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted una copia del IEP del estudiante?		
C. ¿Tenía este estudiante un Plan de la Sección 504 en la escuela anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted una copia del Plan de la Sección 504?		
D. ¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren en su habilidad para ir a la escuela o para aprender?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
E. ¿Ha sido este estudiante identificado para recibir educación como estudiante dotado y talentoso (GATE)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

2. Información sobre las Escuelas Anteriores

A. ¿Ha asistido anteriormente el estudiante a esta escuela?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

B. ¿Ha asistido anteriormente el estudiante a una escuela o centro en el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles? (ej: centro de educación pre-escolar, educación pre-escolar estatal, Preparación para la Escuela de idiomas Programa de Desarrollo (SRLDP), Head Start u otro centro de educación pre-escolar)  Sí  No Si la respuesta es Sí indique la más reciente escuela/centro a la que haya asistido.

Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Fecha en que asistió	Nivel del grado escolar
----------------------	---------------	----------------------	-------------------------

C. Por favor indique la última escuela fuera del Distrito Escolar Unificado De Los Angeles (LAUSD) a la que el estudiante asistió (incluyendo centro de educación pre-escolar, educación pre-escolar estatal, Preparación para la Escuela de idiomas Programa de Desarrollo (SRLDP), Head Start, centro de educación de fe, u otro centro de educación pre-escolar).

Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Tipo de escuela	Fechas en que asistió	Nivel del grado escolar
----------------------	---------------	-----------------	-----------------------	-------------------------

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes día año

## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

### D. INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE (Continuación)

- D. ¿Trató usted de inscribir al estudiante en otra escuela del Condado de Los Angeles durante el año actual o el anterior?  Sí  No **si respondió No, Siga a la sección E.**
1. Si respondió **Sí**, ¿Cuál fue el resultado?  Aceptado  No Aceptado  En lista de espera  Otro \_\_\_\_\_
2. Favor de apuntar el nombre de la escuela: \_\_\_\_\_
- E. ¿El estudiante esta bajo de una orden de expulsión?  Sí  No  
Si la respuesta es **Sí**, por favor especifique nombre del distrito escolar \_\_\_\_\_
- F. Fecha de la primera vez que se inscribió en una escuela de los Estados Unidos – excluya la escuela pre-escolar (mes/día/año) \_\_\_\_\_
- G. Fecha de la primera vez que se inscribió en una escuela de California – excluya la escuela pre-escolar (mes/día/año) \_\_\_\_\_

### E. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA

(LAUSD MAX: Caretaker Information)

#### 1. Orden Judicial

- A. ¿Tiene alguna orden judicial sobre la custodia legal, custodia física, o contacto restringido con respecto a la escuela o al estudiante que desea notificar a la escuela? **(Marque sólo uno)**  Sí  No **Si es Sí, debe presentar a la escuela una copia de la orden judicial.**

#### 2. ¿Vive el estudiante con una familia de acogida? Sí No Si es **Sí**, Pariente que lo cuida \_\_\_\_\_

Si es **Sí**, entregue Formulario de Notificación de Estado de la Asignación  No es pariente quien lo cuida Asistente Social del Niño (CSW) No.de teléfono (ext) \_\_\_\_\_

#### 3. Complete estas 3 líneas si la dirección del estudiante es una institución infantil/agencia de hogar temporal/ hogar de grupo /centro residencial para adultos.

- A. \_\_\_\_\_ B. \_\_\_\_\_ C. \_\_\_\_\_ D. \_\_\_\_\_  
Nombre de la institución Tipo de institución Número de licencia Persona de contacto
- E. \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_ G. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la institución Número de teléfono alternativo Dirección de la institución Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código postal
- H. \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_  
Asistente Social del Niño (CSW) Número de teléfono (ext.)

#### 4. ¿Tiene el estudiante parientes que son total o parcialmente indio nativo americanos o nativos de Alaska? **(Marque uno)** Sí No

5. ¿Ha trabajado el padre de familia o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los tres últimos años: (agricultura, industria lechera, pescadería, plantas procesadoras/empaquetadoras de alimentos, o ganadería)? Si su respuesta es "**SÍ**", usted será contactado en su casa acerca del Programa de Capacitación para Trabajadores Emigrados para ver si su hijo/a califica para asistencia académica gratuita o beneficios de salud. **(Marque uno)**  Sí  No

### F. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA

(LAUSD MAX: Caretaker Information)

#### PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL / O QUIEN ESTÉ A CARGO DEL CUIDADO DEL ESTUDIANTE

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Nombre Legal: Apellido Primer nombre Segundo nombre Otros nombres usados
3. \_\_\_\_\_  
Dirección particular (si es diferente de la del estudiante) Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código Postal
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  Día  Noche 7. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono particular Celular / Bíper Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico
8. Idioma preferido para enviar correspondencia al hogar **(Marque uno)**  Inglés  Español  Armenio  Chino  Farsi  Filipino  Coreano  Ruso  Vietnamita
9. Nivel más alto de escolaridad alcanzado **(Marque uno)**  No se graduó de la secundaria  Graduado de la secundaria o equivalente  
 Algún estudio universitario (incluyendo Título Universitario Básico)  Licenciatura  Título de posgrado/profesional  Se rehúsa a indicar o no se sabe
10. ¿Vive el estudiante con este padre, madre o tutor legal? **(Marque uno)**  Sí  No 11. Relación o parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

#### PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL / O QUIEN ESTÉ A CARGO DEL CUIDADO DEL ESTUDIANTE

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Nombre Legal: Apellido Primer nombre Segundo nombre Otros nombres usados
3. \_\_\_\_\_  
Dirección particular (si es diferente de la del estudiante) Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código Postal
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  Día  Noche 7. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono particular Celular / Bíper Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico
8. Idioma preferido para enviar correspondencia al hogar **(Marque uno)**  Inglés  Español  Armenio  Chino  Farsi  Filipino  Coreano  Ruso  Vietnamita
9. Nivel más alto de escolaridad alcanzado **(Marque uno)**  No se graduó de la secundaria  Graduado de la secundaria o equivalente  
 Algún estudio universitario (incluyendo Título Universitario Básico)  Licenciatura  Título de posgrado/profesional  Se rehúsa a indicar o no se sabe
10. ¿Vive el estudiante con este padre, madre o tutor legal? **(Marque uno)**  Sí  No 11. Relación o parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes día año

## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

### F. INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA FAMILIA (Continuación)

(LAUSD MAX: Caretaker Information)

#### PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL / O QUIEN ESTÉ A CARGO DEL CUIDADO DEL ESTUDIANTE

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Nombre Legal: Apellido Primer nombre Segundo nombre Otros nombres usados
3. \_\_\_\_\_  
Dirección particular (si es diferente de la del estudiante) Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código Postal
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  Día  Noche 7. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono particular Celular / Biper Teléfono del trabajo Dirección de correo electrónico
8. Idioma preferido para enviar correspondencia al hogar (Marque uno)  Inglés  Español  Armenio  Chino  Farsi  Filipino  Coreano  Ruso  Vietnamita
9. Nivel más alto de escolaridad alcanzado (Marque uno)  No se graduó de la secundaria  Graduado de la secundaria o equivalente  
 Algún estudio universitario (incluyendo Título Universitario Básico)  Licenciatura  Título de posgrado/profesional  Se rehúsa a indicar o no se sabe
10. ¿Vive el estudiante con este padre, madre o tutor legal? (Marque uno)  Sí  No 11. Relación o parentesco con el estudiante \_\_\_\_\_

#### OTROS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON EL MISMO PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL (incluya hermanos, hermanas y primos)

- |          |                       |  |                  |
|----------|-----------------------|--|------------------|
| 1. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |
| 2. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |
| 3. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |
| 4. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |
| 5. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |
| 6. _____ | _____ / _____ / _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | _____            |
| Apellido | Nombre                | Fecha de nacimiento (mes/día/año)  | Escuela y carril |

### G. INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

#### CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre/madre o tutor(es) legales mencionados arriba)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Teléfono particular Celular / Biper Teléfono del trabajo
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el estudiante Dirección particular Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código Postal

#### CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre/madre o tutor(es) legales mencionados arriba)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Teléfono particular Celular / Biper Teléfono del trabajo
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el estudiante Dirección particular Número Calle Apto. /unidad Ciudad Código Postal

#### LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA A DEJAR SALIR AL ESTUDIANTE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS PARA CASOS QUE NO SEAN DE EMERGENCIA (después de verificar con los padres, además de los contactos de emergencia indicados más arriba)

- |          |        |                     |   |   |
|----------|--------|---------------------|---|---|
| 1. _____ | _____  | _____               | _____                                   | _____                                     |
| Apellido | Nombre | Teléfono particular | Relación o parentesco con el estudiante | Autorización del padre/madre/ tutor legal |
| 2. _____ | _____  | _____               | _____                                   | _____                                     |
| Apellido | Nombre | Teléfono particular | Relación o parentesco con el estudiante | Autorización del padre/madre/ tutor legal |

### H. FIRMA

Yo declaro que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X \_\_\_\_\_  
Firma Fecha (mes/día/año)

Nombre en letra de imprenta

Relación o parentesco con el estudiante (Marque uno):  Padre  Madre  Tutor legal  Otro (especifique): \_\_\_\_\_



# FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

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	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE			APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
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.					
<b>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:</b>							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
<b>Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:</b>							
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
<b>FAMILIA CON NEXOS MILITARES:</b> 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		
<b>AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>							
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, <i>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</i>							
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 Ángeles ("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.							
<b>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".</b>							
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:							
<b>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.</b>							
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

C.N.



### DECLARACIÓN JURADA PARA COMPROBAR LA EDAD DEL MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, declaro:

Yo soy (marque uno) el/la  padre/madre  tutor legal  la persona a cargo

de \_\_\_\_\_ y afirmo  
Nombre: Primer Segundo Nombre Apellido

que él/ella nació en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
mes/día/año Ciudad

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Estado País

También afirmo que no hay un certificado de nacimiento disponible para el dicho menor.

Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo antedicho es verdadero y correcto y si yo soy llamado a testificar, yo soy competente para identificarlo.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre y apellido del padre de familia/tutor/persona a cargo (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia/tutor/persona a cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha