

**Escuelas del Distrito de Monticello**

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Alumno vive con (circule todos los que apliquen)  
madre padre padrastro madrastra guardián solo

Información del alumno se mandará a (circule todos los que apliquen)  
madre padre padrastro madrastra guardián solo

Escriba hermanos(as) (nombre y edad)  
\_\_\_\_\_

**Historia Educativa:** Escuela que asistió

\_\_\_\_\_ Nombre de escuela dirección teléfono

¿Tiene su estudiante un (Plan de Educación Individual) IEP? NO Sí

**Ethnicidad:** ¿Nació el alumno en Estados Unidos? NO SI Si, no en que país \_\_\_\_\_ fecha de entrada a U.S. \_\_\_\_\_

¿Es este estudiante Hispano / Latino? NO SI

¿Cuál es la raza del estudiante \_\_\_\_\_ Asiática \_\_\_\_\_ Negro / afroamericano \_\_\_\_\_ Blanca  
\_\_\_\_\_ Indios americanos / nativos de Alaska \_\_\_\_\_ nativos de Islas del Pacífico

/Hawái

**Información Familiar**

Padre Nombre Dirección Apellido Tel Casa \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo/ teléfono \_\_\_\_\_

Madre Nombre Dirección Apellido Inicio . Ph \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo/ teléfono \_\_\_\_\_

Otro Guardián Nombre Dirección Apellido Tel Casa \_\_\_\_\_ Tel Celular \_\_\_\_\_

Por favor especifique parentesco Dirección \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo/ teléfono \_\_\_\_\_

For Office Use Only

Enrollment Date \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_ Locker \_\_\_\_\_

---

**Contactos de Emergencia**

Debe ser alguien que sea capaz de cuidar a su hijo en caso de enfermedad o accidente en la escuela y no puede ser alcanzado. Por favor escriba los nombres y números de teléfono (de preferencia alguien que viva en su vecindario y / o en el distrito escolar) que podríamos contactar.

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVO ESTUDIANTE (Letra de molde)**

**Escuelas del Distrito de Monticello**

**Información de Medicamentos**

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ultimo chequeo \_\_\_\_\_

Ultima inyección de tétano \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_ otras inmunizaciones

\_\_\_\_\_ (en el último año)  
Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Último chequeo \_\_\_\_\_

Lesiones u operaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Información de Seguro**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

No. de Identificación \_\_\_\_\_ No. de plan/grupo \_\_\_\_\_

---

**Necesidades Especiales**

Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ última cita: \_\_\_\_\_

Diagnos de Salud / Alerta Medica: \_\_\_\_\_

(asthma, diabetes, convulsiones/ ADD/ADHD/ otra)  
Dieta especial: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Otras necesidades: \_\_\_\_\_  
(lentes, lentes de contacto, ortodoncia, otro)

---

**Medicamentos**

Medicamentos que se toman diariamente en la escuela: \_\_\_\_\_ En casa: \_\_\_\_\_

Cualquier medicamento administrado en la escuela incluyendo medicamento no controlado (Tylenol, ibuprofeno, pastillas para la tos, Midol, etc.) requiere la autorización escrita del padre. Formas adicionales para medicamentos diarios se encuentran en la oficina de la enfermera.

**Le doy autorización para dar medicamentos no controlado.**

Firma Padre / tutor

For Office Use Only

Enrollment Date \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_ Locker \_\_\_\_\_

---

**Lesión Médica**

Doy permiso a mi hijo, en caso de una lesión o de emergencia, que se da tratamiento de primeros auxilios. SI  
NO

Doy permiso para que mi hijo sea transportado por ambulancia al hospital. Mi elección hospital:

\_\_\_\_\_

Firma Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

-----  
-----  
FOR USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Fecha de Inscripción

Fecha de Inicio

No. identificación del estudiante

No. Casiller

For Office Use Only

Enrollment Date \_\_\_\_\_ Start Date \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_ Locker \_\_\_\_\_