



Rochester City School District  
Preschool Registration Form

**Información del Estudiante**

ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do. Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F

Categoría Étnica Federal:  Hispano/Latino  No Hispano /Latino

Raza Federal: (Favor marcar todas las que apliquen)  Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Negro o Afroamericano  Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico  Asiático  Blanco

**¿Recibe el estudiante servicios de educación especial?**  Sí  No

Si es afirmativo, liste los servicios: \_\_\_\_\_

Intervención temprana  Procedente de otro distrito: \_\_\_\_\_

Estoy preocupado y enviaré una carta para solicitar una evaluación

		Padre/Encargado			Adulto #2		
Nombre							
Relación							
Dirección Física							
Dirección		Zip		Apto	Zip		Apto
Teléfono- casa							
Teléfono-celular							
Teléfono-trabajo							
Dirección electrónica							
Idioma*							

\* Si necesita un traductor, por favor indique su idioma preferido

Nombre de los Hermanos(as)	Nacimiento	¿La Misma Dirección?	¿Escuela?

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

School Choices: \_\_\_\_\_ Notes: \_\_\_\_\_ Assigned School: \_\_\_\_\_  
 1: \_\_\_\_\_  AM  PM  Full Day  
 2: \_\_\_\_\_ Program Start Date: \_\_\_\_\_  
 3: \_\_\_\_\_

Requested Referrals:

Registration Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Emergency Contact/Student Release Form

### Información del Estudiante

ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do. Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Masculino  Femenino

En caso de una emergencia, cuando el responsable principal del niño no pueda ser localizado, los siguientes adultos (mayores de 18 años) pueden ser contactados para cuidado y transporte:

Nombre (como aparece en la ID)	Parentesco con el niño	Teléfono(s)

Si alguna de las personas anteriormente mencionadas debe ser contactada ANTES que el responsable principal del niño, favor indicar con un asterisco (\*).

### Dirección para correspondencia (opcional)

Si tiene una dirección postal diferente a la de su domicilio o si preferiría que otra persona recibiera la correspondencia de su niño, favor completar el siguiente cuadro.

Nombre				
Parentesco				
Dirección				
Dirección	Zip		Apt	
Idioma*				

\*Si la persona requiere que se traduzcan las comunicaciones, indique el idioma preferido



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK**  
**Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes**  
**para alumnos de preescolar<sup>1</sup>**

*Estimado padre, madre o tutor:  
 Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

<b>ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ</b>
Fecha en que se completó el perfil:
Nombre del estudiante:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:
Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):
Nombre de la persona que administra el perfil:
Puesto:

<b>Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental</b>
Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:
Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro idioma que se habla en el hogar:
<b>Idioma que se habla en el hogar</b>
1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?
2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)
3. ¿Hay un cuidador en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?
4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?
5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?
6. ¿Su hijo tiene hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

<p>7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?</p> <p>¿En qué idioma?</p> <p>7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?</p> <p>¿En qué idioma?</p>
<p>8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?</p>
<p>9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?</p>
<p><b>Idioma fuera del hogar/de la familia</b></p>
<p>10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?</p> <p>¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?</p>
<p>11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?</p>
<p><b>Objetivos de idioma</b></p>
<p>12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?</p>
<p>13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿qué idioma?</p>
<p><b>Alfabetización emergente</b></p>
<p>15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?</p> <p>¿En qué idioma le leen estos libros?</p>
<p>16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17a. ¿Su hijo simula leer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
17b. ¿Su hijo simula escribir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿en qué idioma?
19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué objetivos describe?
20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

---

<sup>i</sup> Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a [OEL@nysed.gov](mailto:OEL@nysed.gov), o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a [OBEWL@nysed.gov](mailto:OBEWL@nysed.gov).

**Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester**

**Información sobre Servicios de Salud del Estudiante**

*Padres o Encargados, favor llenar como parte del paquete de registro de su hijo(a).  
La siguiente información es necesaria para completar el Registro de Salud de su hijo(a).*

M  F

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado/HR \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro médico?: Sí:  No:

Aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Usa gafas su hijo?: Si:  No:

¿Tiene su hijo algún problema de audición?: Si:  No:

En caso afirmativo explicar: \_\_\_\_\_

***PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O ENCARGADOS***

**Mi hijo(a) tiene una de las siguientes condiciones que ponen en peligro la vida y va a necesitar un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí con la orientación escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad entregar a la enfermera de la escuela las órdenes del médico y cualquier medicamento recetado para salvar vidas. Entiendo que si mi hijo(a) necesita llevar medicamentos que salvan vidas, yo debo recibir aprobación administrativa previa y debo suministrar una segunda dosis a la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo(a) extravíe el medicamento para salvar vidas.**

**Favor Especificar:**

**Alergia que puede ser mortal: Comida  Insecto  Medicina  \_\_\_\_\_**

**Asma \_\_\_\_\_**

**Diabetes \_\_\_\_\_**

**Convulsiones \_\_\_\_\_**

**Graves problemas para tragar o asfixia \_\_\_\_\_**

**Enfermedad cardíaca significativa \_\_\_\_\_**

**Otro \_\_\_\_\_**



ROCHESTER CITY SCHOOL DISTRICT  
 School Health Services  
 131 West Broad Street  
 Rochester, New York 14614

A Community of Learning

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe

Prueba de plomo  Clínica de TB  Clínica de Inmunización  Otro \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a mi médico(s)/al médico de mi hijo(a) anotado(s) arriba a intercambiar la siguiente información con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, incluyendo:

Todo

**O especifique:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermera Escolar        | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY   |
| <input type="checkbox"/> Oficial médico           | <input type="checkbox"/> Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY                   |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico         | <input type="checkbox"/> Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares                |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional    | <input type="checkbox"/> Autorizaciones médicas según se necesiten después de una lesión o cambio en una condición            |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla      | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones                                 |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo                | <input type="checkbox"/> Referido médico para servicios (OT, PT)  |
| <input type="checkbox"/> Departamento de la vista | <input type="checkbox"/> Planes de condición/tratamiento médico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar            |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial       | <input checked="" type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio incluyendo niveles de plomo que puedan tener impacto en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro                     | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

Esta información será usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa más apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información. Las vacunas específicas por regulaciones del ENY SON requeridas para matricularse. Los resultados positivos sobre la prueba de plomo son compartidos entre los servicios de salud y el equipo de educación necesitan saberlo para desarrollar una programación adecuada para abordar cualquier problema asociado con altos niveles de plomo.

Esta autorización expira el último día de la matrícula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momento enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectará ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido por el Distrito. La información de salud protegida no será revelada sin el consentimiento del Acta de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (20 U.S.C. § 1232g) e implementando las regulaciones (34.C.R.F. § 99). **Se me ha provisto con una copia de esta autorización. Entiendo que esta será enviada a los proveedores apropiados cuando se haga una petición, y estoy de acuerdo en que los proveedores anotados arriba revelen la información al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester.**

\_\_\_\_\_  
 (Firma del estudiante mayor de 18 o por los Padres/Encargados)\*\*

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

\*\*Si el estudiante es menor de 18 años de edad, los padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que está firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ \*\*Si el estudiante es mayor de 18 años de edad y es un estudiante con una discapacidad según está definida por el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces los padres/encargados también tiene que firmar el formulario de consentimiento.

**Devuelva el formulario completado a la ENFERMERA en la escuela a la que asiste este niño.**



**Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
Oficina de Programación Preescolar  
Oficina de Equidad y Ubicación de Estudiantes  
131 W. Broad St. -Rochester, NY 14614**

**Formulario de Inscripción para Pre-Kindergarten  
Política de Padres de Preferencia y Elección**

La Política de la Junta Escolar # 5153 del Distrito de la Ciudad de Rochester (RCSD), Preferencia de Padres y Elección estableció tres zonas de asistencia distintas y permite que los estudiantes se apliquen solamente a las escuelas (elementales) dentro de su zona y a una escuela de toda la ciudad. Para asegurar un acceso equitativo a las escuelas de alta demanda, se utiliza una fórmula para asignar los estudiantes a las escuelas. El objetivo primario de la Política de Preferencia de Padres y Elección administrada es establecer y mantener un sistema equitativo para asignar a los estudiantes a la escuela, proporcionando un espacio en las escuelas "del vecindario" para los estudiantes que viven en una zona designada, mientras se le da una oportunidad de inscribirse en una escuela fuera de la zona y minimizar la movilidad de los estudiantes. Esto también ayuda a apoyar el mejoramiento general de la escuela. Las zonas están determinadas por la dirección del estudiante.

Declaración del Padre /Encargado

Yo, el padre/tutor de \_\_\_\_\_, reconozco que mi hijo puede ser asignado a un programa de pre-kindergarten que no está en mi zona. Entiendo que, de acuerdo con la Política # 5153 de la Junta Escolar, cuando mi hijo asista al kindergarten, tendré que participar en el proceso de selección de escuela para solicitar la ubicación de mi hijo en una escuela dentro de mi zona de residencia o en una escuela de toda la ciudad mediante el proceso de lotería.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde): \_\_\_\_\_

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Para ser completado por el especialista en selección de pre-kindergarten*

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Student Name: \_\_\_\_\_

Student ID: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ School Zone: \_\_\_\_\_

Prekindergarten School/location Assignment: \_\_\_\_\_

School Assignment Specialist's Name/Signature: \_\_\_\_\_