



**OFFICE OF STUDENT EQUITY
AND PLACEMENT**

Rochester City School District

Complete los formularios de este paquete usando Adobe Reader en su computadora o teléfono inteligente. Puede descargar la aplicación aquí:



Devuelva estos formularios por correo electrónico
a studentregistration@rcsdk12.org

¿Necesita ayuda para completar los formularios?

Llame a nuestras oficinas al (585) 262-8241

Horario: lunes a viernes

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:

Las familias deben enviar con su solicitud escaneos y / o fotografías de su identificación válida con foto, certificado de nacimiento del niño y prueba de residencia por correo electrónico a studentregistration@rcsdk12.org.

También se solicitan los registros de vacunación y el examen físico más reciente del niño. Ambos documentos se deben presentar, pero no se requiere para completar el registro.

Algunos formularios deberán firmarse en persona en la Oficina de Ubicación de Estudiantes. Los padres y / o encargados serán contactados por personal de ubicación para una cita de seguimiento.

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
Formulario de Matricula

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Masculino Femenino Genero Neutral Fecha de Nacimiento / / Grado al que entra ¿Repitiendo?

Recibe el estudiante servicios de educación especial? Si No Lista de Servicio(s)

¿Tiene el estudiante un plan de 504? Si No ¿Está usted en servicio activo en las fuerzas? Si No

Categoría étnica federal: Hispanos o latinos No Latino/Hispano

Raza federal: American Indian or Alaska Native Black or African American White
 Native Hawaiian/ or Other Pacific Islander Asian

INFORMACIÓN DE ADULTO

	PADRES/ENCARGADO LEGAL	ADULTO #2
Nombre		
Parentesco		
Dirección/Código postal		
Teléfono del Hogar		
Teléfono del Trabajo		
Pager/Teléfono Celular		
Correo electrónico		

Dirección anterior si está dentro de NYS: _____

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Nombre de hermana(s) hermano(s)	Años	Nombre de hermana(s) hermano(s)	Años

La Ley de Estado requiere que se complete un Cuestionario de Idioma en el Hogar para todos los que entran nuevos a las escuelas publicas de Rochester. Recuerde seguir las instrucciones del Cuestionario Idioma en le Hogar (formulario separado) relacionado con referir estudiantes al Centro de Ubicación del Idioma.

Firma de Padre/Encargado _____

FOR OFFICE USE ONLY			
Student I.D. # _____	Start Date _____	Cohort Year _____	<input type="checkbox"/> Transportation (1)
School Assigned _____	Grade Level _____		<input type="checkbox"/> Close to home (2)
Pre-K Only: AM Sessions _____	PM Session _____	Full Day _____	<input type="checkbox"/> Location (3)
<input type="checkbox"/> Transfer within District from			<input type="checkbox"/> Sibling (4)
<input type="checkbox"/> Entering from non-public school			<input type="checkbox"/> Sped Prgm. Avail. (5)
<input type="checkbox"/> Entering from out of District			<input type="checkbox"/> Academic Prgm. (6)
<input type="checkbox"/> Home School/Other, specify			<input type="checkbox"/> No Option (7)
Registration completed by _____	Zone _____	Date _____	

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester
CUESTIONARIO DE VIVIENDA

A TENCION ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario deberfa de ser incluido como la primera pagina de los materiales de inscripci6n que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripci6n sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendra que cambiar partes del paq

Nombre del Distrito Escolar: Rochester City School District

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre Mujer Genero Neutral Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID#: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Dirección Address: _____

Su respuesta abajo permitira al distrito escolar definir los senicios que puede aprovechar su hijo/hija segun el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripci6n inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunizaci6n, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles segun el Acto de McKinney-Vento tienen ademas derecho al transporte gratuito y otros senicios que ofrece el distrito escolar.

¿Donde esta el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la perdida del hogar o a dificultades econ6micas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobus, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____
- En un hogar permanente
- Jovenes no Acompafiados

Nombre de Padre, Guardian, o Estudiante (para jóvenes sin acompafiamiento)

Firma de Padre, Guardian, o Estudiante (para jóvenes sin acompafiamiento)

Fecha

Nombre de Empleado Que Ayudo con Esta Forma

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" esta marcada, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripci6n y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Despues de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunizaci6n, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante NO vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre
		especifique	especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
		especifique	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
		especifique	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
		especifique	

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Si* No No se sabe * En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal

Date

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo Day Yr

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo Day Yr

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER
FORMULARIO DE ENTREGA DE ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Madre/Encargada: _____ Teléfono #'s: _____

Dirección si es diferente a la de arriba: _____

Padre/Encargado: _____ Teléfono #'s: _____

Dirección si es diferente a la de arriba: _____

Otros niños en esta escuela (nombre y apellidos): _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de enfermedad o lesión, la escuela se comunicará con las siguientes personas para que provean cuidado y transportación:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono #'s _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono #'s _____

Médico del estudiante _____
Nombre _____ Teléfono #'s _____

Dentista del estudiantne _____
Nombre _____ Teléfono #'s _____

Hospital/Clinica preferida _____
Teléfono #'s _____

Proveedor de seguro medico del estudiante _____

INFORMACION DE ENTREGA DEL ESTUDIANTE

Para asegurar el bienestar de su niño/niña, favor de escribir los nombres de adultos responsables que puedan recoger a su hijo/hija en caso que sea necesario en la oficina de la escuela.

Nombre	Parentesco	Teléfono #'s

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER
AUTORIZACION PARA EL USO O REVELACION DE INFORMACION DE SALUD (HIPAA)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nae: _____

Proveedor de Cuidado de Salud: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Proveedor de Cuidado de Salud: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe:

Prueba de plomo Clínica de TB Clínica de inmunización Otro _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todo | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY |
| O especifique: | <input type="checkbox"/> Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Escolar | <input type="checkbox"/> Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares |
| <input type="checkbox"/> Oficial médico | <input type="checkbox"/> Autorizaciones medicas segun se necesiten despues de una lesion o cambio en una condición |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico | <input type="checkbox"/> Órdenes medicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional | <input type="checkbox"/> Referido medico para servicios (OT, PT) |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla | <input type="checkbox"/> Planes de condición/tratamiento medico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de la vista | |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Esta información sera usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula a no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa mas 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 las 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 ultimo 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 afectara ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido por el Distrito. La información de salud protegida no sera 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 sera 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 par las Padres/Encargados)**

(Fecha)

**Si el estudiante es menor de 18 años de edad, las padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que esta 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 segun esta definida par el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces las padres/encargados tambien 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
Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O ENCARGADO

Mi hijo tiene una de las siguientes afecciones potencialmente mortales y necesitará un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí mismo con la guía escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar órdenes a los médicos y cualquier medicamento recetado para salvar vidas a la enfermera de la escuela. Entiendo que si mi hijo necesita llevar medicamentos que salvan vidas, debo recibir aprobación administrativa previa y debo proporcionar una segunda dosis en la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo extravíe el medicamento que salva vidas.

Nombre legal del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado/HR _____ Male Female Genero Neutral
Sexo

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

¿Tiene su hijo(a) seguro médico?: Si 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 asfisia _____

Enfermedad cardíaca significativa _____

Otro _____

131 W. Broad Street
Rochester, NY 14614
PHONE: 585-262-8241
FAX: 585-295-2615

FAX

Rochester City School District Parent Information & Student Registration Center

Previous School: _____ From: RCSD

Fax: _____ Pages: _____

Phone: _____ Date: _____

Student: _____ DOB: _____

The above-named student wishes to register with the Rochester City School District, Rochester, NY. Please provide us with the following records as soon as possible.

_____ Date registering in the Rochester City School District ____ - ____ - ____

_____ Last Report Card

_____ Transcripts

_____ Immunization/Health Record

_____ Disciplinary Records

_____ Proof of age

_____ Current Schedule

_____ Test Scores

_____ Withdrawal grades

_____ IEP (If Applicable)

_____ Evaluation

_____ Other _____

ACCORDING TO THE FAMILY EDUCATIONAL RIGHTS AND PRIVACY ACT BUCKLEY AMENDMENT DATED JUNE 17, 1976, IT IS NO LONGER NECESSARY TO OBTAIN WRITTEN CONSENT TO RELEASE RECORDS TO ANOTHER SCHOOL SYSTEM IN WHICH THE STUDENT MAY ENROLL.

I, _____ parent/guardian of _____

Date of Birth _____, request that you release the above information to the Rochester City School District, Parent

Information and Student Registration Center, 131 W. Broad Street, Rochester, NY 14614

Signed: _____

Dated: _____

Please fax records to:
Parent Registration Center
(585) 295-2615

If you are unable to fax, please notify us by phone and send the requested information to the above address.
Thank you for your assistance.

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR.

El personal de ubicación de estudiantes ayudará a los padres en cada paso del proceso de registro. También podemos brindar a los padres información sobre las escuelas disponibles para sus niños para ayudarles a tomar una decisión informada.

O contáctenos por teléfono:

Horario: lunes a viernes
8:00 a.m. - 4:30 p.m.

Equidad y Ubicación de Estudiantes
(585) 262-8241

O correo electrónico

studentregistration@rcsdk12.org