



**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](mailto: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](mailto: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.

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

*Date*

### 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: \_\_\_\_\_ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:  ENTERING  EMERGING  TRANSITIONING  EXPANDING  COMPLETING

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 médicas según se necesiten después de una lesión o cambio en una condición |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta físico         | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones                      |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional    | <input type="checkbox"/> Referido médico para servicios (OT, PT)   |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla      | <input type="checkbox"/> Planes de condición/tratamiento médico 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 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 las 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 esta definida por el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces los padres/encargados también tienen 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](mailto:studentregistration@rcsdk12.org)