



INGRESO DE ESTUDIANTES

SCHOOL USE ONLY

ENTRY DATE _____

ENTRY CODE _____

DATE RECORDS REQUESTED _____

CURRENT GRADE LEVEL _____

Nuestra Visión: Asegurar que todos los estudiantes reciban una educación superior digna del siglo XXI

SCHOOL NAME:	SCHOOL FACILITY NUMBER:	STUDENT ID:
--------------	-------------------------	-------------

INSTRUCCIONES: Bienvenidos al Distrito Escolar del Condado Volusia. Complete únicamente las casillas **SOMBREADAS** de este formulario de seis páginas.

Escriba legiblemente con un bolígrafo. Gracias.

SECCION I

AGREGAR UN ALUMNO(A) / DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES

1. PRIMER NOMBRE LEGAL DEL NIÑO(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL NIÑO(A)	JR./SR./ETC.	APODO (en su caso)
2. SEXO: ☐ VARÓN ☐ MUJER	3. FECHA DE NACIMIENTO: MES / DÍA / AÑO	4. NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL *		
5. DIRECCIÓN FÍSICA DEL ALUMNO(A) (NÚMERO DE LA CASA Y NOMBRE DE LA CALLE)	APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
6. DIRECCIÓN POSTAL (DE SER DISTINTA A LA DIRECCIÓN FÍSICA)	APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
7. TELÉFONO PRINCIPAL (CONTACTO 1) NO PUBLICADO: ☐ SÍ ☐ NO () -	8. AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS DEL DIRECTORIO: (LOS DATOS PUBLICADOS SON COMPARTIDOS SOLO PARA EFECTOS ESCOLARES) ☐ Y – SÍ ☐ A – NINGUNA DIRECCIÓN (PERMISOS DEL ESTUDIANTE) ☐ N – NI EL TELÉFONO NI LA DIRECCIÓN ☐ X – NO (FUNCIONARIO POLICIAL) ☐ P – NINGÚN TELÉFONO			

* El Estatuto de Florida 1008.386 requiere que los Distritos Escolares Públicos soliciten el Número del Seguro Social de cada alumno(a) PK-12 matriculado(a).

SECCION II

DIRECCIONES Y CONTACTOS

9. CONTACT: 01 GUARDIAN	PRIMER NOMBRE LEGAL DEL TUTOR(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL TUTOR(A)		JR./SR./ETC.
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ TUTOR(A)	STUDENT RESIDES WITH THIS PERSON: ☐ YES ☐ NO	CUSTODY: ☐ YES	EMERGENCY: ☐ YES	PICK UP: ☐ YES	CONTACT HAS ACCESS TO STUDENT RECORDS: ☐ YES
OCUPACIÓN DEL TUTOR(A) LEGAL (MIGRANTE)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRINCIPAL (PARA VCS CONNECT) () -		**TELÉFONO SECUNDARIO (PARA VCS CONNECT) () -	
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -	TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO RESIDENCIAL () -		¿NÚMERO NO PUBLICADO? ☐ SÍ ☐ NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					
9A CLAVE DE ACCESO ESTUDIANTIL (OPCIONAL) (CONFIDENCIAL)					

10. CONTACT: 02 GUARDIAN	PRIMER NOMBRE LEGAL DEL TUTOR(A)	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL DEL TUTOR(A)		JR./SR./ETC.
RELACION CON EL ALUMNO(A): ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ TUTOR(A)	EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: ☐ SÍ ☐ NO	CUSTODY: ☐ YES	EMERGENCY: ☐ YES	PICK UP: ☐ YES	CONTACT HAS ACCESS TO STUDENT RECORDS: ☐ YES
OCUPACIÓN DEL TUTOR(A) LEGAL (MIGRANTE)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	**TELÉFONO PRINCIPAL (PARA VCS CONNECT) () -		**TELÉFONO SECUNDARIO (PARA VCS CONNECT) () -	
TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -	TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO RESIDENCIAL () -		¿NÚMERO NO PUBLICADO? ☐ SÍ ☐ NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					
11. DIRECCIÓN FÍSICA O POSTAL [DE SER DISTINTA A LA DEL ALUMNO(A)]	APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

** Se utilizará el Teléfono Principal para efectos del servicio VCS Connect. Si su teléfono celular es su teléfono principal, favor de indicar ese número en la casilla Teléfono Principal y en la casilla Teléfono Celular ambas. Se recomienda indicar un Teléfono Secundario en caso de que los padres o tutores no vivan juntos.

DIRECCIONES Y CONTACTOS (CONTINUADO)

12. CONTACT: 03	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	SÓLO PARA PADRE O MADRE: FALLECIDO(A): ☐ SÍ ☐ NO
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ PADRASTRO ☐ MADRASTRA ☐ ABUELO ☐ ABUELA ☐ TÍA ☐ TÍO ☐ HERMANO ☐ HERMANA ☐ HERMANASTRO ☐ HERMANASTRA ☐ PRIMO(A) ☐ MÉDICO ☐ VECINO(A) ☐ PATROCINADOR(A) ESCOLAR ☐ PADRE/MADRE SUSTITUTA ☐ OTRO: _____					
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: ☐ SÍ ☐ NO		EMERGENCIAS: ☐ SÍ ☐ NO	RECOGER: ☐ SÍ ☐ NO	CONTACTO TIENE ACCESO A REGISTROS ESCOLARES: ☐ SÍ ☐ NO (de marcar 'No' se debe proporcionar documentación legal)	CONTACTO RESTRINGIDO (SÓLO PADRE O MADRE) CONTACTO TIENE ACCESO RESTRINGIDO AL ALUMNO(A) (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) ☐
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -		TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO RESIDENCIAL ¿NÚMERO NO PUBLICADO? () - ☐ SÍ ☐ NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					
13. DIRECCIÓN FÍSICA		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
14. DIRECCIÓN POSTAL		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

15. CONTACT: 04	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.	SÓLO PARA PADRE O MADRE: FALLECIDO(A): ☐ SÍ ☐ NO
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ PADRASTRO ☐ MADRASTRA ☐ ABUELO ☐ ABUELA ☐ TÍA ☐ TÍO ☐ HERMANO ☐ HERMANA ☐ HERMANASTRO ☐ HERMANASTRA ☐ PRIMO(A) ☐ MÉDICO ☐ VECINO(A) ☐ PATROCINADOR(A) ESCOLAR ☐ PADRE/MADRE SUSTITUTA ☐ OTRO: _____					
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: ☐ SÍ ☐ NO		EMERGENCIAS: ☐ SÍ ☐ NO	RECOGER: ☐ SÍ ☐ NO	CONTACTO TIENE ACCESO A REGISTROS ESCOLARES: ☐ SÍ ☐ NO (de marcar 'No' se debe proporcionar documentación legal)	CONTACTO RESTRINGIDO (SÓLO PADRE O MADRE) CONTACTO TIENE ACCESO RESTRINGIDO AL ALUMNO(A) (SE REQUIERE ORDEN JUDICIAL) ☐
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO (EXTENSIÓN) () -		TELÉFONO CELULAR () -	TELÉFONO RESIDENCIAL ¿NÚMERO NO PUBLICADO? () - ☐ SÍ ☐ NO	
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					
16. DIRECCIÓN FÍSICA		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
17. DIRECCIÓN POSTAL		APTO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

18. CONTACT: 05	PRIMER NOMBRE DEL CONTACTO PARA EMERGENCIAS		SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	JR./SR./ETC.
RELACIÓN CON EL ALUMNO(A): ☐ PADRASTRO ☐ MADRASTRA ☐ ABUELO ☐ ABUELA ☐ TÍA ☐ TÍO ☐ HERMANO ☐ HERMANA ☐ HERMANASTRO ☐ HERMANASTRA ☐ PRIMO(A) ☐ MÉDICO ☐ PATROCINADOR ESCOLAR ☐ PADRE/MADRE SUSTITUTA ☐ VECINO(A) ☐ OTRO: _____					
EL ALUMNO(A) VIVE CON ESTA PERSONA: ☐ SÍ ☐ NO		EMERGENCIAS: ☐ SÍ ☐ NO	RECOGER: ☐ SÍ ☐ NO	CONTACTO TIENE ACCESO A LOS REGISTROS ESCOLARES: ☐ SÍ ☐ NO	TELÉFONO PRINCIPAL () -
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PRINCIPAL:					

SECCION III

MATRÍCULA – SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A) CON AYUDA DE UN(A) FUNCIONARIO(A) DISTRITAL

19. STUDENT TRANSFERRING FROM (check one) ☐ VOLUSIA DIST. PRIVATE SCHOOL ☐ FIRST TIME ENTRY ☐ OUT OF DIST. PUBLIC SCHOOL ☐ VOLUSIA DIST. HOME SCHOOL ☐ OUT OF DIST. PRIVATE SCHOOL ☐ OUT OF DIST. HOME SCHOOL ☐ OUT OF UNITED STATES							
20. GRADE LEVEL		21. ENROLLMENT DATE MONTH DAY YEAR / /		22. ENROLLMENT CODE	22A. PRIOR DISTRICT (COUNTY)	22B. PRIOR STATE	22C. PRIOR COUNTRY
23. FLORIDA ID			24. ASSIGNMENT/VARIANCE CODE			25. HOMEROOM	
26. NOMBRE DE LA ESCUELA ANTERIOR			GRADO ESCOLAR ANTERIOR		DIRECCIÓN FÍSICA DE LA ESCUELA ANTERIOR		
CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL					TELÉFONO () -		FAX () -
27A. FECHA DE RETIRO (de la Escuela anterior) MES DÍA AÑO / /				27B. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO(A) HA REPETIDO UN GRADO? ☐ SÍ ☐ NO En caso de que sí, ¿en cuál grado fue? _____			
28. ¿SU HIJO(A) HA ASISTIDO A UNA ESCUELA DE FLORIDA? ☐ SÍ ☐ NO				En caso de que sí, ¿en cuál condado?			
29. ¿SU HIJO(A) HA ASISTIDO A UNA ESCUELA PÚBLICA DEL CONDADO VOLUSIA? ☐ SÍ ☐ NO				En caso de que sí, favor de indicar el nombre de la Escuela y el año o años académicos correspondientes.			
30. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO(A) HA ESTADO MATRICULADO(A) O HA RECIBIDO UNO O VARIOS DE LOS SERVICIOS INDICADOS A CONTINUACIÓN? (MARQUE LAS CASILLAS QUE SE APLIQUEN) ☐ HABLA ☐ ESOL (INGLÉS PARA HABLANTES DE OTROS IDIOMAS) ☐ DOTADOS ☐ 504 ☐ EDUCACIÓN ESPECIAL							

31A. EDUCATIONAL CHOICE? ☐ C – FROM SCHOOL FAILED AYP (SCHOOL USE ONLY) ☐ Z – NOT APPLICABLE
31B. ¿MATRICULA A SU HIJO(A) EN ESTA ESCUELA DEBIDO A UN DESASTRE NATURAL DURANTE ESTE AÑO ACADÉMICO? ☐ SÍ ☐ NO
31C. EN CASO DE QUE SÍ, FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE DESASTRE NATURAL: ☐ B – SE MUDÓ DE OTRO ESTADO DEBIDO A DERRAME DE PETRÓLEO ☐ W – CAMBIO DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A HURACÁN ☐ E – SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO ☐ Y – SE MUDÓ AL DISTRITO DEBIDO A HURACÁN ☐ Q – CAMBIO DE ESCUELA EN EL DISTRITO DEBIDO A TERREMOTO ☐ Z – NO SE MUDÓ DEBIDO A DESASTRE NATURAL

SECCION IV

DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES

30. CUSTODY ALERT/COURT ORDER: ☐ Y – COURT ORDER OR ☐ C – DIVORCE PAPERS (CUSTODIAL LEGAL INSTRUMENT)			
33. BIRTH VERIFICATION (CHECK ONE) ☐ 1 – CERTIFIED BIRTH CERTIFICATE ☐ 7 – SCHOOL RECORD, AT LEAST FOUR YEARS PRIOR, SHOWING DATE OF BIRTH ☐ 3 – BAPTISMAL CERTIFICATE WITH DOB AND PLACE OF ACOMPAÑADA DE DECLARACIÓN JURADA Y NOTARIZADA DE LOS PADRES. ☐ 8 – PARENT’S SWORN, NOTARIZED AFFIDAVIT AND CERTIFICATE OF EXAMINATION FROM THE HEALTH OFFICER/PHYSICIAN VERIFYING AGE ☐ 4 – LIFE INSURANCE POLICY ON CHILD IN FORCE AT LEAST TWO YEARS ☐ T – OUT OF STATE TRANSFER RECORDS OR MSRTS NOT VALID FOR PRE-K OR KINDERGARTEN ☐ 5 – BIBLE RECORDS AND PARENT’S SWORN, NOTARIZED AFFIDAVIT ☐ 9 – NO VERIFICATION (DO NOT USE FOR KINDERGARTEN OR FIRST GRADE STUDENTS) ☐ 6 – PASSPORT OR CERTIFICATE OF ARRIVAL IN THE UNITED STATES (DO NOT COPY THIS DOCUMENT)			
34. LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad donde nació.)		ESTADO DONDE NACÍO	PAÍS DONDE NACÍO
35. COUNTY OF RESIDENCE	36. RESIDENCY STATUS OF STUDENT (CHECK ONE) ☐ B – OUT OF COUNTY FLORIDA RESIDENT ☐ 3 – VOLUSIA COUNTY RESIDENT ☐ 2 – OUT OF STATE RESIDENT ☐ 0 – FOREIGN EXCHANGE STUDENT		37. NON-VOLUSIA ZONED SCHOOL (ONLY COMPLETE WHEN #36 IS CODE B)
38A. ¿ES SU HIJO(A) DE ORIGEN HISPANO O LATINO? ☐ SÍ ☐ NO		38B. RAZA: (Marcar todas las casillas que se apliquen.) ☐ BLANCA ☐ NEGRA O AFROAMERICANA ☐ ASIÁTICA ☐ INDÍGENA NORTEAMERICANA O ALASQUEÑA ☐ INDÍGENA HAWAIANA O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO	
NOTE TO REGISTRAR: IF PARENT SELECTS “YES” ON QUESTION 38A, AT LEAST ONE RACE CODE MUST BE SELECTED			

SECCIÓN V
ENCUESTA SOBRE IDIOMAS EN EL HOGAR

NOTAS A LOS PADRES Y AL REGISTRADOR(A) DISTRITAL. Esta sección debe ser llenada para todo alumno(a). En caso que se responde "Sí" a cualquiera de las primeras tres preguntas, el alumno(a) debe ser referido(a) en seguida al personal encargado de la evaluación de Aprendices del Inglés.

SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A)

NOMBRE DEL ALUMNO(A)	FECHA
MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.	
1) ¿En su hogar se habla un idioma que no sea el inglés?	☐ SÍ ☐ NO
2) ¿El idioma materno del alumno(a) fue otro idioma que no fuera el inglés?	☐ SÍ ☐ NO
3) ¿El alumno(a) se acostumbra a hablar un idioma que no sea el inglés?	☐ SÍ ☐ NO
4) ¿El alumno(a) nació en otro país que no fuera Estados Unidos o Puerto Rico?	☐ SÍ ☐ NO
5) Sin importar su lugar de nacimiento, ¿en qué fecha fue matriculado(a) su hijo(a) por primera vez en una escuela en Estados Unidos?	☐ SÍ ☐ NO (Mes/Día/Año)
Nombre del Padre/Madre/Tutor(a): _____	
Firma del Padre/Madre/Tutor(a): _____	

SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL

1) Primary home language. (ALL STUDENTS)	_____
2) Native Language spoken by the student if other than English.	_____
3) English Language Learner (ELL), if assessed as ELL, check one of the following:	
☐ LY Yes, the student has been assessed ELL and is active in the ESOL program.	
☐ LP Pending – Student grades K-12 pending aural/oral assessment or student grades 3-12 who is FES on aural/oral test and is pending reading and writing assessment.	
☐ LF Former – The student is being followed up for a two year period after having exited from the ESOL program. This should only be used for qualifying Florida transfers or returning students.	
☐ LZ Withdrawn – Student is one for whom a two year follow-up period has been completed after the student has exited the ESOL program. This should only be used for qualifying Florida transfers or returning students.	
4) Home Language Survey Date _____ (MMDDCCYY)	
Name of Registrar _____	
Signature of Registrar _____	

SECCION VI
FAMILIAS SIN HOGAR

39A. FAMILIAS EN TRANSICIÓN – EL CAPÍTULO 1003.12 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA ESTABLECE QUE LOS NIÑOS SIN HOGAR DEBEN TENER ACCESO A LA EDUCACIÓN PÚBLICA GRATUITA Y QUE LOS DISTRITOS ESCOLARES DEBEN AYUDARLES A CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS APLICABLES. MARQUE "SÍ" EN CASO DE QUE SU FAMILIA VIVA ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS ABAJO PORQUE NO PUEDEN ENCONTRAR VIVIENDA ADECUADA O BIEN NO TIENEN LOS MEDIOS ECONÓMICOS PARA PAGARLA. ☐ SÍ El niño(a)/joven duerme en la calle o en un auto, tienda de campaña, edificio abandonado, parque u otro lugar que normalmente no se utiliza para dormir. El niño(a)/joven duerme en un motel, remolque o área de campamento. El niño(a)/joven duerme en un albergue (p.ej., un albergue para personas sin hogar, para adolescentes fugados o para víctimas de violencia doméstica). El niño(a)/joven duerme <u>provisionalmente</u> en la casa de un pariente o amigo por necesidad económica.	39B. RESIDENCIA NOCTURNA PRINCIPAL – EN CASO DE QUE SU FAMILIA RESIDA EN ALGUNO DE LOS LUGARES PROVISIONALES DESCRITOS ABAJO PORQUE NO PUEDEN ENCONTRAR VIVIENDA ADECUADA O CARECEN DE MEDIOS ECONÓMICOS PARA PAGARLA, MARQUE LA CASILLA QUE SE APLICA. ☐ A – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un albergue de emergencia o transicional, un remolque FEMA o en un hospital debido al abandono. ☐ B – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es la casa de otra familia debido a dificultades económicas u otro motivo similar. ☐ D – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un auto, un parque, un remolque provisional o una área de campamento debido a la falta de alternativas de hospedaje, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda precaria, terminales de bus o tren u otro lugar público o privado no diseñado para dormir. ☐ E – La residencia nocturna principal del niño(a)/joven es un hotel o motel.
39C. MOTIVO DE TRANSICIÓN O PÉRDIDA DE HOGAR (Favor de indicar el motivo por la situación de transición o la pérdida del hogar anterior.)	
☐ D – Desastre Mayor Causado por el Hombre ☐ E – Desastre Natural – Terremoto ☐ F – Desastre Natural – Inundación ☐ H – Desastre Natural – Huracán ☐ M – Ejecución Hipotecaria	☐ O – Otro – Por ejemplo, falta de vivienda económica, pobreza persistente, desempleo o subempleo, falta de servicios de salud económicos, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojo forzoso, etc.) ☐ S – Desastre Natural – Tormenta Tropical ☐ T – Desastre Natural – Tornado ☐ W – Desastre Natural – Incendio Forestal u otro Incendio

39D. JOVEN SIN HOGAR NO ACOMPAÑADO(A)

☐ sí ¿Es el alumno(a) un 'joven no acompañado(a)' [es decir, un alumno(a) que no reside bajo la custodia física de su padre o madre o tutor(a) y que vive en una de la situaciones descritas arriba]?

40. CRIANZA SUSTITUTA: ¿EL NIÑO(A) SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO CRIANZA SUSTITUTA (FOSTER CARE)? ☐ sí ☐ NO

SECCION VII**PROGRAMAS FEDERALES Y ESTATALES**

41. ALUMNOS DE FAMILIAS MILITARES – Incluyen los hijos de: 1) Miembros activos de las Fuerzas Armadas, incluyendo efectivos de la Guardia Nacional y Reserva bajo órdenes de servicio activo bajo los Artículos 1209 y 1211 del Capítulo 10 U.S.C.; 2) Miembros o veteranos de las Fuerzas Armadas que han sufrido lesiones severas y han sido dados de baja o pensionados por razones médicas (por un año posterior a la baja o pensión); y 3) Miembros de la Fuerzas Armadas que han fallecido durante el servicio activo o debido a lesiones sufridas durante el servicio activo (por un año posterior al fallecimiento). ☐ sí

42. ¿SU HIJO(A) RECIBIÓ SERVICIOS EN EL EVEN START FAMILY LITERACY PROGRAM?

(¿FAMILIA EVEN START A NIVEL PRE-KINDER?)

MATRÍCULA PRE-KINDER

☐ sí ☐ NO

43. ¿EN CUÁL PROGRAMA DEL NIVEL PRE-KINDER DESEA MATRICULAR A SU HIJO(A)?

Matrícula Pre-Kinder

☐ C – CSI Pre-K (Pre-Kinder Título I)

☐ D – Programa Pre-Kinder para Niños Discapacitados

(PROGRAMA PRE-KINDER)

☐ T – Programa para Padres Adolescentes

☐ V – Programa Voluntario de Educación Pre-Kinder

SECCION VIII**INFORMACIÓN MÉDICA****SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL****44. IMMUNIZATION STATUS**

☐ 0 – Students in virtual instruction programs who do not come to a district school for any activity and for whom no other code applies

☐ 1 – Permanent Immunization Certificate

☐ 2 – Temporary Medical Exemption

Expiration Date ____/____/____ (MM/DD/CCYY)

☐ Y – Children/Youth experiencing homelessness and those known to the department (FS 39.00016) enrolled fewer than 31 days

☐ 3 – Permanent Medical Exemption

☐ 4 – Permanent Religious Exemption

☐ 8 – Adolescent Vaccine Requirement Met

☐ W – Enrolled in district fewer than 31 days per FS 1003.22 (5)(e)

☐ X – Enrolled in Juvenile Justice program fewer than 31 days

SECCIÓN LLENADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR(A)

45A. ¿SU HIJO(A) TIENE COBERTURA CON MEDICAID? ☐ Sí, tiene cobertura con Medicaid. IVCS0000002 ☐ NO

45B. ¿SU HIJO(A) TIENE ALGÚN OTRO SEGURO MÉDICO QUE NO SEA MEDICAID? (MARQUE UNA):

☐ Mi hijo(a) está cubierto(a) por un seguro médico. IVCS0000001

☐ Mi hijo(a) está cubierto(a) por el Seguro *Healthy Kids (Florida KidCare)*. IVCS0000003

☐ Mi hijo(a) no está cubierto(a) por ningún seguro médico ni por Medicaid. IVCS0000004

46A. HEALTH EXAMINATION STATUS

☐ Y – School Entry Exam Certified

☐ R - Religious Exemption

☐ T - Transfer from another Florida School without a health exam record.

46B. DATE

MONTH DAY YEAR
/ /

SECTION IX**IMMUNIZATIONS**

NOTE TO THE REGISTRAR - ENTER VACCINES FROM FORM DH-680

SECCION X**CONDICIONES MÉDICAS**

47A. ¿SU HIJO(A) PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDE PONER EN PELIGRO SU VIDA? ☐ sí ☐ NO

47B. EN CASO QUE SÍ, FAVOR DE INDICAR SI LA CONDICIÓN REQUIERE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS (SE REQUIERE ALERTA MÉDICA).

Marque todas las casillas que se apliquen:

☐ A – Inhalador para el Asma

☐ D - Diastat

☐ E – Epi-Pen

☐ I – Insulina Inyectable

☐ S – Solu-Cortef Inyectable

48. CONDICIONES MÉDICAS. Favor de marcar todas las casillas que se apliquen. Indique la fecha de diagnosis (si se sabe) y si se requieren medicamentos.

TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?	TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?
☐ AA – Alergia a la Aspirina	____/____/____	☐	☐ HM – Hemofilia	____/____/____	☐
☐ AB – Alergia a Picaduras de Insectos	____/____/____	☐	☐ HN – Hernia	____/____/____	☐
☐ AC – Alergia al Yodo	____/____/____	☐	☐ HR – Enfermedad Cardíaca	____/____/____	☐
☐ AD – Alergia a la Penicilina	____/____/____	☐	☐ HY – Hipertensión	____/____/____	☐
☐ AE – Alergia a las Sulfamidas	____/____/____	☐	☐ KI – Enfermedad Renal	____/____/____	☐
☐ AF – Otra Alergia	____/____/____	☐	☐ LE – Leucemia	____/____/____	☐

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?	TIPO DE CONDICIÓN	FECHA DIAGNOSTICADA	¿REQ. MED.?
☐ AG – Alergia a las Nueces	__ / __ / __	☐	☐ MA – Alerta Médica	__ / __ / __	☐
☐ AI – Insuficiencia Renal	__ / __ / __	☐	☐ MD – Distrofia Muscular	__ / __ / __	☐
☐ AN – Anemia	__ / __ / __	☐	☐ MO – Función Motora Impedida	__ / __ / __	☐
☐ AR – Reacción Anafiláctica	__ / __ / __	☐	☐ MU – Múltiples Problemas de Salud	__ / __ / __	☐
☐ AS – Asma	__ / __ / __	☐	☐ PA – Desarrollo Físico	__ / __ / __	☐
☐ AT – Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad	__ / __ / __	☐	☐ PI – Impedimento Físico	__ / __ / __	☐
☐ CF – Fibrosis Quística	__ / __ / __	☐	☐ PR – Embarazo	__ / __ / __	☐
☐ CP – Parálisis Cerebral	__ / __ / __	☐	☐ RC – Véanse los Registros Escolares	__ / __ / __	☐
☐ DI – Diabetes	__ / __ / __	☐	☐ RH – Tipo de Sangre Rh Negativa	__ / __ / __	☐
☐ EA – Infección de Oído Reincidente	__ / __ / __	☐	☐ SC – Escoliosis	__ / __ / __	☐
☐ EP – Epilepsia	__ / __ / __	☐	☐ SD – Trastorno Convulsivo	__ / __ / __	☐
☐ GA – Condición Gastrointestinal	__ / __ / __	☐	☐ SI – Drepanocitosis	__ / __ / __	☐
☐ HE – Pérdida de Audición	__ / __ / __	☐	☐ SP – Impedimento del Habla	__ / __ / __	☐
☐ HG – Hipoglicemia	__ / __ / __	☐	☐ UR – Condición Urológica	__ / __ / __	☐
			☐ VI – Impedimento de la Vista	__ / __ / __	☐
			☐ NINGUNA DE LAS ANTERIORES		

SECCION XI

NOTE TO REGISTRAR: NO DATA ENTRY REQUIRED

49. EL ARTÍCULO 1006.07(1)(B) DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA REQUIERE, AL MOMENTO DE MATRICULAR UN ALUMNO(A) EN UNA NUEVA ESCUELA, QUE SE INDIQUE SI EL ALUMNO(A) HA SIDO: EXPULSADO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR; DETENIDO(A) POR LA POLICÍA Y POSTERIORMENTE ACUSADO(A) DE UN DELITO; O INVOLUCRADO(A) CON EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL. FAVOR DE PONER SUS INICIALES EN LOS CAMPOS APLICABLES ABAJO.

____ SÍ ____ NO EXPULSADO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR.
 ____ SÍ ____ NO DETENIDO(A) POR LA POLICÍA Y POSTERIORMENTE ACUSADO(A) DE UN DELITO.
 ____ SÍ ____ NO INVOLUCRADO(A) EN UN PROGRAMA DE JUSTICIA JUVENIL.
 ____ SÍ ____ NO SUSPENDIDO(A) DE UNA ESCUELA ANTERIOR.
 ____ SÍ ____ NO REFERIDO(A) PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

SECCION XII

TRANSPORTE

SECCIÓN LLENADA POR PERSONAL DISTRITAL

50. BUS RIDERSHIP CODE			
☐ Y – Student is Eligible and Requests Transportation	☐ B – Regular and Summer		
☐ S – Summer Only	☐ N – Not a Rider		
51. TRANSPORTATION NEEDS			
☐ C – Contracted Transportation – GIS ONLY	☐ G – Votran Gold – GIS ONLY	☐ M – Medical Limitations – GIS ONLY	
☐ S – Sibling of ESE siblings – GIS ONLY	☐ V – Votran Transportation Pass	☐ I – In Zone	
☐ O – Out of Zone	☐ T – Temporary Medical – GIS Only		
52. SPECIAL REQUIREMENTS (SPECIAL BUS REQUIREMENTS)			
☐ B – Baby Seat (20-40 lbs.)	☐ E – Electric Wheelchair	☐ H – Harness	☐ K – Curbside/Harness
☐ C – Curbside (upon accessibility)	☐ G – Curbside/Baby Seat	☐ I – Infant Seat (under 20 lbs.)	☐ W – Wheelchair
53. OPTIONAL SERVICES			
☐ A – Alternative Hours/Pre-K AM	☐ E – Environmental Control	☐ O – Multi-VE/Environment Control	
☐ B – Alternative Hours/Pre-K PM	☐ F – Multi-VE	☐ T – Stop Change/Same Route – GIS Only	

Note: All requests for after hours transportation (tutoring, activities, etc.) should be made to GIS routing, where the appropriate codes will be determined and entered.

EL ESTATUTO 837.06 DE FLORIDA ESTABLECE QUE LA PRESENTACIÓN DE DECLARACIONES FALSAS POR ESCRITO CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UN SERVIDOR PÚBLICO EN EL TRANSURSO DE SUS DEBERES OFICIALES CONSTITUYE UN DELITO MENOR DE SEGUNDO GRADO SUJETO A LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN LOS ESTATUTOS 775.082 Y 775.083.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN INDICADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y CORRECTA, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR(A)	FECHA
--------------------------------	-------