



Distrito Escolar de  
Tredyffrin/Easttown Wayne,  
Pennsylvania

ID DEL(LA) ESTUDIANTE \_\_\_\_\_  
GRADO DE INGRESO \_\_\_\_\_  
FECHA DE INSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL(LA)

### ESTUDIANTE DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

Nombre del(la) estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Primer nombre preferido \_\_\_\_\_ Celular del(la) estudiante (si procede) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Femenino  Masculino

¿El(la) estudiante es residente del Distrito de T/E?  Sí: No: De no ser así, explique. \_\_\_\_\_

Dirección del(la) estudiante:  
No. de apto. (si procede) \_\_\_\_\_ Apartado de correos (si procede) \_\_\_\_\_ Número de casa \_\_\_\_\_ Nombre de la calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Municipio de residencia: Tredyffrin  Easttown  Otro: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano o latino  No hispano o latino

Raza (marque todo lo que aplique): Afroamericano  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático   
/negro  multirracial (dos o más razas):  Hawaiano nativo/originario de una isla del Pacífico   
Caucásico \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió el(la) estudiante (si procede) \_\_\_\_\_ Grado completado \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Fecha de retiro \_\_\_\_\_

Escuela anterior de T/E a la que asistió (si procede) \_\_\_\_\_ Fecha de retiro \_\_\_\_\_

Hermanos: (Nombres y fechas de nacimiento): \_\_\_\_\_

País de ciudadanía del(la) estudiante \_\_\_\_\_

Ciudad y estado de nacimiento \_\_\_\_\_ País de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a los EUA \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al estado de PA \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al distrito \_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en casa \_\_\_\_\_ Idioma principal que habla el(la) estudiante \_\_\_\_\_

¿El(la) estudiante tiene alguno de los siguientes? (Marque todos los que apliquen): IEP  GIEP  Acuerdo de servicio 504

**Padre/tutor #1** (el padre de familia/tutor #1 recibirá todos los comunicados de la escuela, incluyendo el saldo bajo de la cafetería y las alertas escolares. Nombre \_\_\_\_\_ Título: Sr.  Sra.  Srita.  Otro \_\_\_\_\_  
Apellido, primero

Género \_\_\_\_\_ Relación con el(la) estudiante \_\_\_\_\_

No. de apto. (si procede) \_\_\_\_\_ Apartado de correos (si procede) \_\_\_\_\_ Número de casa \_\_\_\_\_ Nombre de calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono preferido \_\_\_\_\_ (celular, casa) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono adicional \_\_\_\_\_ (celular, casa) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor #2**

Nombre \_\_\_\_\_ Título: Sr.  Sra.  Srita.  Otro: \_\_\_\_\_  
Apellido, primero

Género \_\_\_\_\_ Relación con el(la) estudiante \_\_\_\_\_

No. de apto. (si procede) \_\_\_\_\_ Apartado de correos (si procede) \_\_\_\_\_ Número de casa \_\_\_\_\_ Nombre de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono preferido \_\_\_\_\_ (celular, casa) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono adicional \_\_\_\_\_ (celular, casa) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

\* Todas las escuelas del Distrito Escolar de T/E usan el correo electrónico para comunicar información relacionada a la escuela y boletines escolares a lo largo del período escolar. Su dirección de correo electrónico puede ser proporcionada a las Organizaciones de Padres de Familia y Maestros para usarse exclusivamente para fines de comunicación con el distrito escolar. Su privacidad es de suma importancia y el Distrito no proporcionará su dirección de correo electrónico a ninguna organización externa al Distrito Escolar de T/E.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Persona de contacto (que no sean los padres de familia) \_\_\_\_\_  
Relación \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del médico ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono del dentista ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CUSTODIA (favor de completar esta sección si el(la) estudiante NO reside con**

La custodia legal y otorgada por el tribunal/tutela la  Ambos padres en  Madre  Padre  Tutor(es):

Nombre del tutor \_\_\_\_\_ Relación (si la hay) \_\_\_\_\_

Nombre del tutor \_\_\_\_\_ Relación (si la hay) \_\_\_\_\_

A menos que se deniegue por orden judicial, ambos padres tienen el derecho por ley de recibir correspondencia de la escuela. Si procede, indique el nombre/dirección a donde deban enviarse duplicados de la correspondencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Formulario completado por (EN LETRA DE MOLDE) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para uso de oficina solamente

Año previsto de graduación \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Código de ingreso \_\_\_\_\_ Asesor \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Aula \_\_\_\_\_ Maestro de aula \_\_\_\_\_ Código del programa educativo \_\_\_\_\_

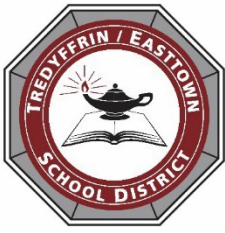
Calendario \_\_\_\_\_ # de casillero \_\_\_\_\_ # de cerradura \_\_\_\_\_ Combinación \_\_\_\_\_

Prueba de fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Verificada por \_\_\_\_\_ Prueba de ciudadanía \_\_\_\_\_ Verificada por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prueba de inmunización \_\_\_\_\_ Verificada por \_\_\_\_\_ Prueba de residencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Verificada por \_\_\_\_\_ Código de viaje \_\_\_\_\_ Al autobús escolar ruta 1 \_\_\_\_\_ Autobús ruta 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Desde el autobús escolar ruta 3 \_\_\_\_\_ Autobús ruta 4 \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE REGISTRO PARA SERVICIOS ESPECIALES

Nombre del(la) estudiante: \_\_\_\_\_ Grado de ingreso: \_\_\_\_\_

**Marque la casilla (o casillas) correspondiente(s) que indique(n) el estado de su hijo(a) para recibir servicios especiales:**

Mi hijo(a) tiene un IEP o un Acuerdo de Servicio 504 en el expediente de la escuela anterior a la que asistió y ha recibido los siguientes servicios especiales documentados:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo para autistas               | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional                |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de aprendizaje              | <input type="checkbox"/> Terapia física                     |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para dotados                | <input type="checkbox"/> Apoyo de enfermería                |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de visión                   | <input type="checkbox"/> Tecnología de asistencia           |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para habilidades generales  | <input type="checkbox"/> Necesidades de transporte especial |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para el habla y el lenguaje |   |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de audición                 |   |
| <input type="checkbox"/> Apoyo emocional                   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____         |   |

Mi hijo(a) tiene una evaluación multidisciplinaria (MDE) en progreso.

Mi hijo(a) ha completado la(s) siguiente(s) evaluación(es) y calificó/no calificó para servicios especiales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi hijo(a) no ha recibido ningún servicio especial ni ha sido evaluado(a) para dichos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha



## DECLARACIÓN DE REGISTRO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Nombre del(la) estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia/tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

**Para acatar la ley estatal, complete de manera precisa las dos secciones 24 P.S. §13-1304-A y 24 P.S. §13-1318.1 de abajo y firme.**

**24 P.S. §13-1304-A**

El Código Escolar §13-1304-A de Pennsylvania establece en parte, "antes de la admisión a cualquier entidad escolar, el padre de familia, tutor u otra persona que tenga control o esté a cargo de un(a) estudiante deberá, tras su registro, proporcionar una declaración jurada o una afirmación que establezca si el(la) alumno(a) fue previamente o está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de cualquier escuela pública o privada de esta Mancomunidad o cualquier otro estado por una acción o infracción que involucre armas, alcohol o drogas, o por la imposición deliberada de lesionar a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar".

Por la presente, juro o afirmo que mi  no fue  previamente suspendido(a) o expulsado(a), o hijo(a) fue  está  no está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de alguna escuela pública o privada de esta Mancomunidad o de cualquier otro estado por un acto o infracción que involucre armas, alcohol o drogas, o por la imposición deliberada de lesionar a otra persona o por cualquier acto de violencia cometido en propiedad escolar. Hago esta declaración sujeto a las penalidades de 24 P.S. §13-1304-A(b) y 18 Pa. C.S.A. §4904, en relación a falsificación no jurada a las autoridades, y los hechos contenidos en el presente son ciertos y correctos a mi leal saber y entender.

**24 P.S. §13-1318.1**

El Código Escolar §13-1318.1 de Pennsylvania establece en parte que "antes de la admisión a una entidad escolar pública, el padre de familia, tutor o cualquier otra persona que tenga control o esté a cargo de un(a) estudiante deberá, tras el registro, proporcionar una declaración o una afirmación jurada que establezca si el(la) estudiante fue previamente o está actualmente expulsado(a) bajo las disposiciones de esta sección". Esta sección del Código Escolar de Pennsylvania contiene disposiciones sobre Estudiantes Convictos o Declarados como Delinquentes por Ataque Sexual.

Por la presente, juro o afirmo que mi  no fue  previamente  no está  expulsado(a), o está actualmente expulsado(a) de alguna escuela pública o privada de esta Mancomunidad por haber sido condenado(a) o haber sido declarado(a) como delincuente por un ataque sexual de un(a) estudiante inscrito(a) en la misma entidad escolar. Hago esta declaración sujeto a las penalidades de 24 P.S. §13-1318.1 y 18 Pa. C.S.A. §4904, en relación a falsificación no jurada a las autoridades, y los hechos contenidos en el presente son ciertos y correctos a mi leal saber y entender.

Si este(a) estudiante ha estado o está actualmente suspendido(a) o expulsado(a) de otra escuela, favor de completar:

Nombre de la escuela de la cual el(la) estudiante fue suspendido(a) o expulsado(a): \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

Motivos(s) de la suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_

(De ser necesario, anexe otra hoja para proporcionar nombres de escuelas adicionales, fechas y motivos por la expulsión o la suspensión).

(Firma del padre de familia o tutor) (Fecha) \_\_\_\_\_

Cualquier declaración falsa deliberada hecha arriba se considerará un delito menor de tercer grado. Este formulario deberá mantenerse como parte del registro disciplinario del(a) estudiante.

# ENCUESTA SOBRE IDIOMAS EN CASA DE TESD

**TODOS los estudiantes recién registrados, independientemente de su raza, nacionalidad o idioma, DEBEN completar este formulario.** La ley federal exige que todas las Agencias de Educación Local (LEA) utilicen un procedimiento imparcial para identificar potenciales estudiantes de inglés (EL) para proporcionar programas y servicios educativos de instrucción de idiomas apropiados. Dada esta responsabilidad, las LEA tienen el derecho de solicitar la información contenida en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación.

## Información del(la) estudiante (los padres/tutores deberían completar esta sección):

Nombre del(la) menor: \_\_\_\_\_

Apellido del(la) menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del(la) menor: \_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

Escuela del(la) menor: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Preguntas para padres o tutores

1. ¿Se habla otro idioma diferente al inglés en el hogar del(la) menor?  No  Sí (idioma) \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo(a) se comunica en un idioma diferente al inglés?  No  Sí (idioma) \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es el idioma que aprendió a hablar primero su hijo(a)? \_\_\_\_\_

4. ¿En qué idioma prefiere recibir la información? \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo(a) ha asistido a la escuela en los Estados Unidos?  No  Sí

Si contestó "sí", indique las escuelas

Nombre de la escuela

Estado

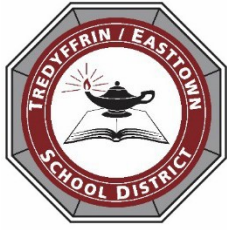
Fechas de asistencia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Intérprete proporcionado  No  Sí



## Historial de salud del(la) estudiante del Distrito Escolar de Tredyffrin/Easttown

Nombre del(la) menor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_

Nombre del médico del(la) menor \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del(la) menor \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a algún fármaco, mordedura de insecto, alimento u otra sustancia? ¿Hay alergias que pongan en riesgo su vida? ¿Carga con algún autoinyector de epinefrina?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) sufre de alguna condición que requiera atención especial, como problemas cardíacos, asma, diabetes, epilepsia u otra? De ser así, indíquela.

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene problemas de coordinación o movilidad? De ser así, indíquelos.

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene problemas de visión, audición, habla o comunicación? De ser así, indíquelos y dé una explicación.

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene algún problema de socialización o emocional? De ser así, indíquelos.

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido algún accidente, enfermedad u operación grave? De ser así, descríbalos a continuación.

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? De ser así, indique el medicamento y la dosis.

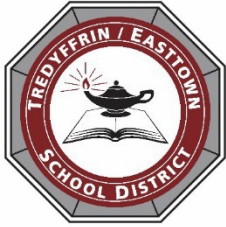
\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos? De ser así, marque el padecimiento que corresponda.

Varicela _____	<input type="checkbox"/>	Paperas _____	<input type="checkbox"/>	Tos ferina _____	<input type="checkbox"/>
Rubéola _____	<input type="checkbox"/>	Sarampión _____	<input type="checkbox"/>	Polio _____	<input type="checkbox"/>

¿El personal de enfermería de la escuela puede compartir esta información con otros miembros del personal escolar? Sí  No

Firma del padre de familia o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Formulario de Evaluación de Riesgo de la Tuberculosis (TB)

EL propósito del Formulario de Evaluación de Riesgo de la TB es identificar a menores que puedan tener mayor riesgo de contraer tuberculosis (TB) y que puedan requerir evaluación y pruebas. Un(a) menor que presente cualquier factor de riesgo de los que se describen puede ser candidato(a) para realizarle pruebas de TB.

Nombre del(a) menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_

### ***Evaluación de riesgo de la TB***

- ¿Su hijo(a) nació en África, Asia e Islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del Este o Medio Oriente?

Sí \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Si contestó que sí, ¿en qué país nació su hijo(a)? \_\_\_\_\_

- ¿Su hijo(a) ha vivido o viajado a África, Asia e Islas del Pacífico (excepto Japón), Centroamérica, Sudamérica, México, Europa del Este, el Caribe o Medio Oriente por más de un mes?

Sí \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

- ¿El(la) menor ha vivido o ha pasado tiempo con alguien que haya sido diagnosticado con TB?

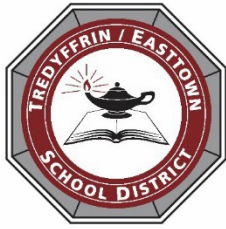
Sí \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, el(la) menor tiene un mayor riesgo de contraer TB y el médico familiar debería realizarle una prueba de TB.

Padre de familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Referencia: Centros para el Control de Enfermedades, Formulario de Evaluación de

Riesgo de TB Individual de Referencia del CDC revisado el 2/11/2020



## SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS DEL(LA) ESTUDIANTE ESCUELAS PRIMARIAS

Nombre del(la) estudiante \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela \_\_\_\_\_

Número telefónico de la escuela \_\_\_\_\_

Número de fax de la escuela \_\_\_\_\_

*Proporcione la siguiente información sobre el(los) estudiante(s) arriba mencionado(s) a la escuela indicada a continuación.*

<b>Primaria de Beaumont</b> 575 Howellville Rd	<b>Primaria de Devon</b> 400 S. Fairfield Rd	<b>Primaria de Hillside</b> 507 Howellville Rd	<b>Primaria de New Eagle</b> 507 Pugh Rd	<b>Primaria de Valley Forge</b> 99 Walker Rd.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Registros administrativos oficiales (nombre, dirección, fecha de nacimiento, nivel de grado completado, grados, niveles de lectura y matemáticas, registro de asistencia, registros de disciplina, datos de antecedentes familiares)
- Resultados de pruebas estandarizadas
- Puntuaciones de pruebas de personalidad e interés
- Observaciones y clasificaciones de maestros y consejeros
- Puntuaciones de pruebas de inteligencia y aptitud
- Registros dentales/de salud
- Reportes de evaluación o evaluaciones psicológicas
- IEP, NOREP, GIEP, 504
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

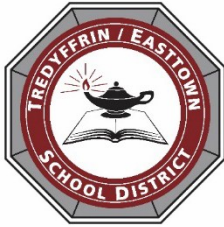


---

Fecha

---

Firma del padre de familia



# Cuestionario del programa de verano preescolar del Distrito Escolar de Tredyffrin/Easttown

## PARA ESTUDIANTES DE INGRESO AL JARDÍN DE NIÑOS SOLAMENTE

El Distrito Escolar de Tredyffrin/Easttown (TESD) patrocina un programa de verano de lectura de preescolar para un pequeño número de niños que ingresarán a nuestro jardín de niños en septiembre. Este programa no tiene costo y se proporcionará transporte para niños que califiquen.

Las metas de este programa de verano son:

- Desarrollar habilidades básicas de prelectura
- Hacer que el(la) menor se familiarice con las rutinas escolares básicas
- Dar la oportunidad de desarrollar habilidades motrices finas
- Desarrollar habilidades sociales básicas

Para ayudarnos a identificar a esos menores que puedan calificar para este programa, complete el cuestionario que se encuentra a continuación. Si después de revisar el cuestionario, creemos que su hijo(a) puede beneficiarse del programa de verano, daremos seguimiento con usted en las siguientes semanas para analizar a su hijo o hija.

Marque todas las declaraciones que apliquen a su hijo(a):

- Mi hijo(a) reconoce los sonidos de algunas letras.
- Mi hijo(a) reconoce la mayoría de las letras mayúsculas del abecedario.
- Mi hijo(a) reconoce la mayoría de las letras minúsculas del abecedario.
- Mi hijo(a) es capaz de escribir su primer nombre.
- Mi hijo(a) ha tenido experiencias y está cómodo con niños de su edad.
- Mi hijo(a) ha asistido a preescolar.
- Mi hijo(a) puede sentarse y escuchar con atención una historia leída en voz alta.
- Mi hijo(a) escucha y/o habla un idioma diferente al inglés en casa.

¿Tiene preocupaciones o información adicional que le gustaría compartir en relación a un historial familiar o diferencias de aprendizaje, como dislexia?

---

---

---

Nombre del(a) menor: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del(los) padre(s) de familia \_\_\_\_\_

Número telefónico de día \_\_\_\_\_

Nombre del preescolar (si procede) \_\_\_\_\_

Siguiente año de la escuela de TESD: \_\_\_\_\_