



APLICACION PARA ADMISION
Maternal & Pre-Kinder
Año Escolar 2015-2016

Nombre _____ Grado _____

Horario Matutino (8 a.m. – 11 a.m.)

Horario Matutino y Vespertino (8 a.m. – 3 p.m.)

Nacionalidad _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Lenguaje Nativo _____ Teléfono de Emergencia _____

Dirección _____

Nombre de institución patrocinando la escuela _____ Porcentaje _____

Ultima escuela a que asistió (Dirección) _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Referencia Personal: _____ Teléfono: _____

Información de los Padres

Nombre del Padre _____ Correo Electrónico _____

Nacionalidad _____ Profesión _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Lenguaje Nativo _____ Celular No. _____

Número de Placa de todos los Vehículos _____

Nombre de la Madre _____ Correo Electrónico _____

Nacionalidad _____ Profesión _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Número de Placa de todos los Vehículos _____

Lenguaje Nativo _____ Celular No. _____

Otros Idiomas hablados _____

Fecha: _____

Firma del Padre

**REGISTRO DE SALUD DEL ALUMNO E INFORMACIÓN
PARA CASOS DE EMERGENCIA**

Personas a llamar en caso de emergencia (si no se puede contactar el padre):

1) _____ Tel. oficina _____

Tel. casa _____ Celular No. _____

2) _____ Tel. oficina _____

Tel. casa _____ Celular No. _____

Doctor familiar _____ Teléfono _____

Teléfono Hospital/Clínica _____ Favor especifique cualquier reacción alérgica:

(Incluyendo picadas de abeja) _____

¿El/la niño(a) tiene asma? _____

Alguna restricción para actividades deportivas: _____

Es política de la escuela no administrar ningún tipo de medicamento. Si su hijo (a) necesita tomar algún medicamento, favor traerlo a la escuela con una autorización del Padre/ Madre o el Doctor y las instrucciones respectivas.

Autorizo a la escuela para llevar a mi hijo(a) al centro de salud más cercano en caso de emergencia cuando no se pueda localizar a las personas arriba indicadas. Sí _____ No _____

Por favor indicar si a su hijo(a) se le ha diagnosticado o tratado por algún problema o necesidad especial ya sea educativo o emocional. Sea específico para que nosotros podamos tratar de hacer cualquier arreglo especial necesario. Es responsabilidad de los padres revelar ampliamente cualquier diagnóstico. El ocultar este tipo de información, tendrá como resultado la no admisión, suspensión o cancelación de matrícula del alumno.

Favor dé un breve historial médico de su hijo(a) y necesidades médicas actuales.

Firma del Padre

Información General del Estudiante
Hoja de Información

Nombre del Estudiante _____
(Primer Apellido) (Primer nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ País de Origen _____ Grado _____
Día / Mes / Año

El desarrollo y el progreso escolar de su hijo son importantes para el personal de Discovery School. Por favor comparta nuestra misión completando este cuestionario. Se guardará confidencialidad en todas las respuestas proporcionadas y éstas serán compartidas sólo con el personal apropiado en la escuela.

1. HISTORIA FAMILIAR

A. Nombre de los Padres _____

B. Encargado o relación con la familia _____

C. El estudiante vive con: Ambos Padres _____ Madre _____
Padre _____ Encargado _____
Padrastra _____ Madrastra _____

D. Nombre de sus hermanos/as que asisten o aplican en la escuela:

| Nombre | Edad | Grado | Lugar de Residencia |
|--------|-------|-------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

E. Idiomas Hablados en casa: _____

¿Se habla Inglés en casa? Sí _____ No _____

F. Habilidad en el Inglés como Segunda Lengua (favor circule el término correspondiente)

| | | | | |
|-------------------|---------|----------|------|-----------|
| Inglés Escrito | Ninguno | Muy Poco | Algo | Excelente |
| Inglés Hablado | Ninguno | Muy Poco | Algo | Excelente |
| Lectura en Inglés | Ninguno | Muy Poco | Algo | Excelente |

G. Considera usted que su hijo(a) necesita Inglés como Segunda Lengua: Si _____ No _____

Considera usted que su hijo(a) necesita Español como Segunda Lengua: Si _____ No _____
(A partir del Segundo Grado en adelante)

2. HISTORIA FÍSICA

A. Favor seleccione el inciso que describa a su hijo(a):

Muy Activo _____ Muy Callado _____ Normal _____ Arriba de lo normal _____
Tímido _____ Agresivo _____ Terco _____ Sociable _____ Otro _____

B. Médica / Audición / Visión

¿Alguna vez su hijo (a) ha tenido dificultad para oír? Sí _____ No _____

¿Alguna vez su hijo (a) ha tenido problemas visuales? Sí _____ No _____

¿Alguna vez su hijo (a) ha sido hospitalizado? Sí _____ No _____

¿Padece su hijo(a) de alergias o asma? Sí _____ No _____

¿Su hijo(a) ha tenido algunas vez convulsión? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica que la escuela deba saber? Sí _____ No _____

Por favor describa: _____

¿Está su hijo (a) actualmente tomando algún medicamento? Sí _____ No _____

Favor indique el tipo y el propósito _____

¿Autoriza a la escuela para darle a su hijo(a) pastillas Tylenol, Pepto-Bismol o para la garganta? Si _____ No _____

3. HISTORIA ESCOLAR

Favor llene los espacios en blanco:

| Nombre de la Escuela | Ubicación | Grado que Asistió | Años que asistió | Idioma de instr. |
|----------------------|-----------|-------------------|------------------|------------------|
|----------------------|-----------|-------------------|------------------|------------------|

Favor indique el número para contactar la escuela más reciente a la que asistió.

TELÉFONO _____ FAX # _____

Favor circule la respuesta apropiada:

¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido una doble promoción (saltar un grado)
Indique el grado _____ Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido identificado como un niño dotado? Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha perdido un grado?
Grado _____ Sí No

¿Ha recibido su hijo(a) ayuda de Inglés como segunda Lengua?
Grado _____ Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha estado en un programa de terapia de lenguaje?
Grado _____ Sí No

¿Alguna vez se le ha identificado tener problemas de aprendizaje?
Favor indique el área del problema:
Lectura _____ Lenguaje _____ Matemáticas _____ Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido asistencia académica en la escuela?
Favor indique el área de asistencia _____ Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido diagnosticado como ADD o DHD?
(Déficit de Atención y Concentración o Déficit de Atención Hiperactividad)
(Si la respuesta fuera **Si** a cualquiera de las preguntas anteriores indique los resultados de las pruebas, informes, recomendaciones, el número de teléfono del especialista: Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido asistencia médica?
Por favor indique el área de asistencia: _____ Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha recibido tutorías fuera de la escuela?
Favor indique el área de asistencia: _____ Sí No

¿Alguna vez se le ha negado admisión a una escuela? Sí No

Favor describa: _____

¿Alguna vez su hijo(a) ha experimentado dificultades de comportamiento emocional o social?
En caso afirmativo, por favor explique: Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado de una escuela?
Por favor explique: _____ Sí No

4. HISTORIA SOCIAL (Favor escoja la descripción apropiada)

_____ Nunca ha tenido que adaptarse a una nueva situación

_____ Se adapta a nuevas situaciones con facilidad

_____ Tiene muchos amigos

_____ Tiene un grupo pequeño de amigos

_____ Le gusta ser activo(a) en la escuela

Favor enliste los hobbies o intereses de su niño(a):

¿Hay alguna otra información que cree nos sería útil para la educación de su hijo?

Nombre del parentesco con el niño(a)

Firma de la Persona que llena este formato

Fecha