

# PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCION PARA EL ESTUDIANTE NUEVO

## INSCRIPCION DEL NUEVO ESTUDIANTE

### INSTRUCCIONES:

**Paso 1: Llame a la escuela donde su niño/a va a asistir y programe una cita para la inscripción.**

Solamente un padre o guardián legal puede inscribir un estudiante en las Escuelas del Condado de Pitt. La colocación de escuela es basada en su dirección de vivienda. Si usted no está seguro en cual escuela su niño/a asistirá, por favor visite nuestra página web: [www.pittschools.org](http://www.pittschools.org) y presione en "Parents & Students" > "Student Assignment" > vaya a "School Attendance Areas". Usted también puede comunicarse a la Oficina de Colocación del Estudiante de las Escuelas del Condado de Pitt al 252-830-4255.

La Escuela de mi Niño/a \_\_\_\_\_

La cita de inscripción de mi niño/a: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Día de la semana Fecha Hora

**Paso 2: Hay varias cosas que usted debe de traer para la cita de la inscripción.**

- Foto ID del padre/guardián legal
- Certificado de nacimiento del niño/a

**Prueba de custodia**

Puede incluir certificado de nacimiento, papeles de divorcio, documentos de Servicios Sociales, o documento firmado por un juez sobre la atribución de la custodia. La custodia autorizada por un juez o Servicios Sociales/ Colocación de Cuidado Temporal es requerido para todos los niños que no están viviendo con su padre natural.

- Copia actual del record de inmunización

Por ley, el record de vacunas debe de ser recibido dentro de los 30 días de calendario de haberse inscrito.

**Evaluación de la Salud**

Para todos los estudiantes que son nuevos en las Escuelas Públicas de Carolina Del Norte. Deben de usar la forma de la Evaluación de la Salud de NC, proveída en la oficina de su doctor. Por ley, esto debe de ser recibido dentro de los 30 días de haberse inscrito

**Dos pruebas de residencia**

Pruebas más aceptadas son: tarjeta de registro electoral, prueba de ingreso, cuenta de la electricidad, contrato de arrendamiento/propietario, cuenta de impuestos de propiedad, o póliza del seguro de automóvil, solo por mencionar algunos. Las facturas deben de estar fechadas entre los 60 días.

**Forma Para Darse de Baja (High School-Solamente)**

Esta forma será entregada al padre/estudiante por la escuela anterior en el momento de darse de baja.

**Paso 3: Imprima y complete las siguientes páginas 1 – 7 y debe de traerlos junto con los documentos mencionados en el Paso 2, para su cita de inscripción.**

**Paso 4: Recuerde mencionar al personal escolar sobre cualquier necesidad especial que su estudiante podría tener.**

Plan 504, IEP (Plan de Educación Individualizado), AIG (Académicamente o Intellectualmente Dotado), necesidad de cuidado especial de la salud, etc.

**GUARDIAN LEGAL:** Solamente un padre o guardián legal puede inscribir un estudiante en las Escuelas del Condado de Pitt.

**CUSTODIA:** Sin una orden de corte, nosotros no podemos negarle a un padre biológico acceso al record de un estudiante (s). Por favor, provea los documentos de custodia a la escuela lo más pronto posible.

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL DEL ESTUDIANTE	NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE	SEGUNDO NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE			
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	SEXO MASCULINO FEMENINO	NUMERO DE TELEFONO (       )       -			
GRADO ACTUAL	¿ES EL ESTUDIANTE HISPANO/LATINO? (Esta información es usada para los datos del censo de los Estados Unidos.) SI NO				
¿CUAL CATEGORIA DESCRIBE MEJOR LA RAZA DEL ESTUDIANTE? (Esta información es usada para los datos del censo de los Estados Unidos.) Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Afro Americano/Negro Blanco Hawaiano/Isleño del Pacifico					
HA NOTADO ALGUNAS CONDICIONES TALES COMO: PROBLEMAS DE CONVULSION, ALERGIAS SEVERAS, O ALGUNA CONDICION POR EL CUAL LA ESCUELA DEBERIA OFRECER UN CUIDADO EXTRA.					
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE		NUMERO DE APARTAMENTO O SUITE			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCION DE RESIDENCIA)		NUMERO DEL CORREO POSTAL			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
<b>CON QUIEN RECIDE EL NIÑO – MARQUE SOLAMENTE UNO</b>					
AMBOS PADRES	CON LA MADRE	CON EL PADRE	MADRE Y PADRASTRO	PADRE Y MADRASTRA	GUARDIAN LEGAL / CUSTODIO
<b>GUARDIAN LEGAL</b> SOLAMENTE UN PADRE O UN GUARDIAN LEGAL PUEDE INSCRIBIR UN ESTUDIANTE EN LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE PITT <b>PRUEBA DE CUSTODIA</b> PUEDE INCLUIR CERTIFICADO DE NACIMIENTO, PAPELES DE DIVORCIO, DOCUMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES, O DOCUMENTOS FIRMADOS POR UN JUEZ SOBRE LA ATRIBUCION DE LA CUSTODIA. LA CUSTODIA AUTORIZADA POR UN JUEZ O SERVICIOS SOCIALES/COLOCACION DE CUIDADO TEMPORAL ES REQUERIDO PARA TODOS LOS NINOS QUE NO ESTAN VIVIENDO CON SU PADRE NATURAL. <b>CUSTODIA</b> SIN UNA ORDEN DE CORTE – NOSOTROS NO PODEMOS NEGARLE A UN PADRE BIOLOGICO ACCESO AL RECORD DE UN ESTUDIANTE. <b>**LOS DOCUMENTOS DE CUSTODIA DEBEN DE SER PRESENTADOS A LA ESCUELA LO MAS PRONTO POSIBLE **</b>					



## ANTECEDENTES EDUCACIONALES

¿TIENE EL ESTUDIANTE UN IEP? SI NO	¿TIENE EL ESTUDIANTE UN PLAN 504? SI NO
¿QUE LENGUAJE SE HABLA EN EL HOGAR?	¿RECIBE EL ESTUDIANTE SERVICIOS A TRAVES DEL TITULO 1? SI NO
¿HA ESTADO ALGUNA VEZ SU NIÑO INSCRITO EN UNA ESCUELA DE CONDADO DE PITT? SI DICE "SI", ¿EN CUAL ESCUELA ASISTIO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 10%;"> <span>NOMBRE DE LA ESCUELA</span> <span>FECHA DE INICIO</span> <span>FECHA FINAL</span> </div>	
¿HA ESTADO ALGUNA VEZ SU NIÑO INSCRITO EN UNA ESCUELA DE NC? SI DICE "SI", ¿EN CUAL ESCUELA ASISTIO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 10%;"> <span>NOMBRE DE LA ESCUELA</span> <span>FECHA DE INICIO</span> <span>FECHA FINAL</span> </div>	
¿CUAL FUE LA ULTIMA ESCUELA QUE SU NIÑO ASISTIO? _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 10%;"> <span>NOMBRE DE LA ESCUELA</span> <span>FECHA DE INICIO</span> <span>FECHA FINAL</span> </div>	
LA DIRECCION DE LA ULTIMA ESCUELA QUE SU NIÑO ASISTIO:	TIPO DE ESCUELA QUE ASISTIO ULTIMO: PUBLICA    PRIVADA    CHARTER    EN EL HOGAR

## INFORMACION DE RESIDENCIA

**INSTRUCCIONES :**

- ESTA FORMA DEBE DE SER COMPLETADA PARA CADA ESTUDIANTE PARA AYUDARNOS A DETERMINAR SI EL ESTUDIANTE ES ELEGIBLE A RECIBIR LOS SERVICIOS DE APOYO PARA SU EXITO EDUCACIONAL. LA INFORMACION QUE USTED NOS PROVEE ES CONFIDENCIAL. SU NIÑO NO SERA DESCRIMINADO BASADO EN LA INFORMACION PROVEIDA.
- INFORMACION FALSIFICADA ES UNA OFENSA BAJO LA SECCION 37.10 DEL CODIGO PENAL Y SUJETOS A LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL POR LA MATRICULA Y/O OTROS COSTOS.

**MARQUE SOLAMENTE UNO PARA LAS CONDICIONES DE VIVIENDA ACTUAL:**

RESIDENCIA PERMANENTE: EL ESTUDIANTE VIVE CON EL PADRE/GUARDIAN LEGAL EN UNA PROPIEDAD DE RESIDENCIA PERMANENTE O RENTADA POR UN PADRE/GUARDIAN LEGAL. SI ES ASI, PARE AQUI.

VIVIENDO TEMPORALMENTE: EN CASA DE UN AMIGO, RELATIVO, U OTRA PERSONA(S) ESTA/ESTAN PERMITIENDO QUE EL ESTUDIANTE Y/O FAMILIA VIVAN EN SU RESIDENCIA TEMPORALMENTE.

HOTEL/MOTEL: NOMBRE: \_\_\_\_\_ NUMERO DEL CUARTO: \_\_\_\_\_

REFUGIO: EL ESTUDIANTE/FAMILIA ESTAN VIVIENDO EN UN REFUGIO DE EMERGENCIA O TRANSICIONAL.

OTRA SITUACION DE VIVIENDA TEMPORAL: EL ESTUDIANTE/FAMILIA ESTA VIVIENDO EN UN AUTO, VAN, CAMPAMENTO, PARQUE, CALLE U OTRO LUGAR PÚBLICO.

JOVEN SIN ACOMPAÑAMIENTO: EL ESTUDIANTE NO ESTA EN LA CUSTODIA FISICA DE UN PADRE O GUARDIAN.

HOGAR DE ACOGIDA TERAPEUTICA

## VERIFICACION DEL PADRE/GUARDIAN

YO COMPRUEBO QUE TODA LA INFORMACION ANTERIOR ES CORRECTA Y COMPLETADA SEGÚN LO MEJOR DE MI ENTENDIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE PITT ESTAN DEDICADAS A LA CALIDAD DE OPORTUNIDAD DENTRO DE SU COMUNIDAD, POR LO TANTO, LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE PITT NO PRACTICA O CONDENA CUALQUIER DISCRIMINACION EN CUALQUIER FORMA EN CONTRA DE LOS ESTUDIANTES POR MOTIVO DE SU RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL, RELIGION, SEXO, EDAD, O DISCAPACIDAD.

EL MEDIO DE TRANSPORTE		
EL ESTUDIANTE SERA TRANSPORTADO A/DE LA ESCUELA POR:	AM: <input type="checkbox"/> AUTOBUS <input type="checkbox"/> AUTO	PM: <input type="checkbox"/> AUTOBUS <input type="checkbox"/> AUTO
EL ESTUDIANTE TIENE PERMISO PARA:	CAMINAR DESDE LA ESCUELA AL HOGAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEJAR BICICLETA AL HOGAR DESDE LA ESCUELA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
EN CASO DE EMERGENCIA		
#1 NOMBRE DEL CONTACTO	#1 APELLIDO DEL CONTACTO	
#1 NUMERO DE TELEFONO	#1 RELACION CON EL ESTUDIANTE	
#1 ¿PUEDE RECOGERLO DE LA ESCUELA? SI NO	#1 ¿HABLA USTED INGLES? SI NO	
#2 NOMBRE DEL CONTACTO	#2 APELLIDO DEL CONTACTO	
#2 NUMERO DE TELEFONO	#2 RELACION CON EL ESTUDIANTE	
#2 ¿PUEDE RECOGERLO DE LA ESCUELA? SI NO	#2 ¿HABLA USTED INGLES? SI NO	
#3 NOMBRE DEL CONTACTO	#3 APELLIDO DEL CONTACTO	
#3 NUMERO DE TELEFONO	#3 RELACION CON EL ESTUDIANTE	
#3 ¿PUEDE RECOGERLO DE LA ESCUELA? SI NO	#3 ¿HABLA USTED INGLES? SI NO	
#4 NOMBRE DEL CONTACTO	#4 APELLIDO DEL CONTACTO	
#4 NUMERO DE TELEFONO	#4 RELACION CON EL ESTUDIANTE	
#4 ¿PUEDE RECOGERLO DE LA ESCUELA? SI NO	#4 ¿HABLA USTED INGLES? SI NO	

# HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

**POR FAVOR, COMPLETE ESTE BREVE HISTORIAL DE LA SALUD PARA QUE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO, ESTAS PUEDAN SER TRATADAS, PERMITIENDONOS PROVEER UN AMBIENTE SEGURO PARA SU HIJO.**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Día de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Seguro Médico:    Seguro Médico Privado    Medicaid o Health Choice/Health Check    No Asegurado

¿Es esta la primera registración de su hijo en las Escuelas Públicas de NC?

NO

SI – Todos los niños nuevos en las Escuelas Públicas de Carolina del Norte (incluyendo los que vienen de escuelas privadas, chárter, y de enseñanza en el hogar) **deben** presentar una forma de la evaluación de la salud y record de vacunas dentro de los 30 días del calendario de cuando su hijo comenzó su primer día de asistencia a la escuela. Estas formas están disponibles en la oficina del pediatra de su hijo.

**Marque toda lo que aplique a su hijo:**

**No Preocupaciones de Salud**

ASMA	Cáncer*	Convulsiones
ADHD/ADD	Diabetes	Alergias Severas
Desorden del Espectro Autista	Desorden Alimenticio*	Anemia Falciforme
Conducta/Emocional*	Condición del corazón	Rasgo de Células Falciforme
Alta Presión Sanguínea	Migrañas	Problema Estomacal/Intestinal*
Problema de Sangramiento*	Discapacidad Ortopédica*	Otro*

\*Nombre de la Condición/Desorden: \_\_\_\_\_

**ASMA:** Fecha del ultimo uso del inhalador: \_\_\_\_\_ ¿Usara el inhalador en la escuela?    SI    NO

**CONVULSIONES:** Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Tipo de Convulsión: \_\_\_\_\_

¿Se necesita tener medicamento en la escuela?    SI    NO

**CONDICION DEL CORAZON:** Nombre de la condición \_\_\_\_\_

¿Hay alguna limitación prescrita para esta condición del corazón? \_\_\_\_\_

**DIABETES:** ¿Tiene su hijo un plan de cuidado para la diabetes?    SI    NO

¿Revisara su hijo en la escuela los niveles de azúcar en la sangre?    SI    NO    ¿Cetonas en la orina?    SI    NO

¿Se dará su hijo tratamiento de insulina en la escuela?    SI    NO    ¿Suplidor de Insulina?    SI    NO

**ALERGIAS SEVERAS:** Alérgico a: \_\_\_\_\_

Fecha de última reacción: \_\_\_\_\_ Tratamiento requerido: Epi Pen Medicamento por boca Otro

¿Se mantendrá un Epi-pen en la escuela? SI No

**DIETA:** ¿Requiere su niño una dieta prescrita o es alérgico a algún alimento? SI No

Describe: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** ¿Esta su hijo en algún medicamento que se necesitara darse en la escuela? SI NO

**\*Forma de Autorización Médica son requeridas para todos los medicamentos en la escuela y son actualizadas anualmente o cuando se hacen cambios. Usted puede obtener estas formas en la escuela de su hijo.**

SI HA INDICADO “SI” A CUALQUIERA DE LO ANTERIOR, ES SU RESPONSABILIDAD DE PROVEER LA DOCUMENTACION MEDICA APROPIADA PARA CUALQUIER ACOMODACION ADICIONAL QUE SE HAGA PARA SU HIJO. Yo doy mi permiso para que la enfermera de la escuela comparta o reciba la información necesaria relacionada con la salud de mi hijo, mencionado anteriormente, junto con otros proveedores de la salud (por ejemplo: doctores, especialistas, administradores de casos) durante el año escolar. El propósito de este intercambio de data deberá ser para propósitos de diagnóstico/educacional solamente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Esta autorización se entiende completamente y es hecha voluntariamente de mi parte.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CONTACTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Es la responsabilidad del padre/guardián de notificar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante durante el año escolar.**

**NOTA:** Para ser utilizado por cualquier estudiante que desee transferirse al Distrito, quien vive con el Padre(s) / Tutor Legal

**AFFIDAVIT A**

**ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
CONDADO DE PITT**

**Por favor, imprima o escriba**

<b>EN MATERIA DE</b>				<b>DISCIPLINARY STATUS AFFIDAVIT BY PARENT, GUARDIAN OR LEGAL CUSTODIAN</b>  (G.S. 115C-366(a4)) (Policy Code 4115)
Nombre completo del estudiante				
Dirección				
Ciudad	Estado	Código Postal		
Grado	Ultima escuela asistida			
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre del Padre/Guardián Legal	

Esto es para certificar que el estudiante mencionado anteriormente que se está transfiriendo a:

\_\_\_\_\_ (Nombre de la Escuela)

de \_\_\_\_\_ (Nombre de la Escuela)

*Marque uno:*

actualmente no se encuentra bajo suspensión o expulsión de la asistencia a una escuela privada o pública en este o cualquier otro estado y nunca ha sido condenado por un delito grave en este o cualquier otro estado; o

está actualmente bajo suspensión o expulsión de asistencia a una escuela privada o pública en este o cualquier otro estado o ha sido condenado por un delito grave en este o en cualquier otro estado, pero actualmente está identificado como elegible para educación especial y servicios relacionados bajo la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades, 20 U.S.C. § 1400, et seq. (2004). *Si esta casilla ha sido marcada, usted debe de incluir evidencia de la elegibilidad actual del estudiante.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián/Custodio Legal/Estudiante  
(si tiene 18 años de edad o mayor)

**JURADO Y SUBSCRITO ANTE MI**

Este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

por \_\_\_\_\_.

(Nombre del Padre, Guardián Legal o Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Notario Público)

Mi Comisión Vence: \_\_\_\_\_  
(Sello Notarial)

1717 West Fifth Street, Greenville, NC 27834  
252.830.4200