

# ¿QUE DEBO TRAER INSCRIBIR A UN ESTUDIANTE?

- **FORMULARIOS DE INSCRIPCION (4):** Completadas y firmadas por el padre/tutor. Puede obtenerlas en el Centro de Inscripción o en nuestro lugar electrónico:  
*<http://www.providenceschools.org/pages/ProvidenceSchools/StudentsandParents/RegistrationChecklist>*
- **PRUEBA DE EDAD DEL ESTUDIANTE: SÓLO ORIGINALES** de certificado de nacimiento, pasaporte, tarjeta de residencia o tarjeta de I-94.
- **FOTO IDENTIFICACION DE PADRE/TUTOR**
- **VACUNAS Y EXAMEN FISICO:** El historial más reciente de vacunas y un exámen físico hecho durante los últimos 12 meses. **\*\*Nota:** *Los estudiantes que emigraron a los Estados Unidos deben proporcionar registros de vacunas desde el momento del nacimiento, incluyendo cualquier vacuna que actualmente le administraron para la entrada a los Estados Unidos. Los requisitos de vacunas se encuentran por grado específico en la parte de atrás de este volante. Las pruebas/ resultados de PPD deben realizarse dentro de los Estados Unidos continental.*
- **PRUEBA DE RESIDENCIA EN PROVIDENCE A NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:** (Por ejemplo: un contrato de renta o una factura de hipoteca, de luz, de gas, o una carta de cuenta bancaria, o un recibo de pago de su trabajo con menos de 60 días de fecha)
- **GRADOS 1 – 8: REPORTE ESCOLAR MAS RECIENTE:**  
*Nota: Se pedirán los reportes de calificaciones de Kindergarten después del primer trimestre del año escolar actual.*
- **GRADOS 9 – 12: REPORTES OFICIALES OMPLETOS:**  
*Nota: Es necesario proveer reportes de calificaciones oficiales por cada año de estudios secundario completado. Por ejemplo, un estudiante de 3<sup>ro</sup> de superior debe proveer una transcripción con materias de 1<sup>ro</sup> y 2<sup>ndo</sup> años.*

## Centro de Inscripción y Ubicación Estudiantil

325 de la calle Ocean • Providence • RI • 02905

### HORARIO DE PERACION

Lunes	8:00 a.m.	4:00 p.m.
Martes	8:00 a.m.	4:00 p.m.
Miercoles	8:00 a.m.	4:00 p.m.
Jueves	8:00 a.m.	4:00 p.m.
Viernes	8:00 a.m.	4:00 p.m.

La última inscripción de un solo estudiante se procesara puntualmente **(1) una hora** antes de cerrar el centro.

### Cómo llegar al Centro

#### Desde el norte

Tome la I-95 Sur hasta la salida número 1(Thurbers Avenue) - hacia RI-1A. Tome la rampa hacia la calle Eddy. En el primer semáforo de la intersección de Thurbers y Eddy, gire a la izquierda. Siga la calle Eddy y tome su tercera derecha en la avenida Pavilion. Siga la avenida Pavilion hasta la señal de PARE y gire a la derecha. Entre inmediatamente a la izquierda hacia el estacionamiento. **El edificio se encuentra al frente.**

#### Desde el sur

Tome la I-95 Norte hasta la salida número 18 (Thurbers Avenue) - hacia RI-1A. Tome la rampa hacia la calle Eddy. En el primer semáforo, de la intersección de Thurbers y Eddy, gire a la izquierda. Siga la calle Eddy y tome su tercera derecha en la avenida Pavilion. Siga la avenida Pavilion hasta la señal de PARE y gire a la derecha. Entre inmedia-

### Rutas de autobús hacia el Centro de Inscripción

**Eddy Street Autobús # 1 Sur** hasta la parada de la avenida Thurbers y Eddy Street. Camine dos cuadras a la avenida Pavilion, gire a la derecha en la avenida Pavilion, camine dos cuadras hasta la calle Océan. Tome una derecha y entre el estacionamiento a su izquierda.

**Broad/North Main Autobús Línea R** hasta la parada de la avenida Prairie y la calle Broad. Cruce a la avenida Broad hacia Prairie, después cruce Prairie Ave. to, a la Pavilion Ave. . Siga la Pavilion hasta la esquina de la calle Océan y tome la izquierda y el estacionamiento estará a su izquierda.

## REQUISITOS DE SALUD

Los estudiantes deben recibir las siguientes vacunas antes de poder inscribirse.  
**KINDERGARTEN HASTA EL 12 GRADO**

**requisitos efectivo el 1ro de Agosto del 2015**

### **PRE-ESCHOOL**

- DTaP
- HepB
- Polio-IPV
- PCV
- HIB
- MMR
- Varicella
- Rotavirus
- Hepatitis A
- Influenza
- Lead Screening
- *Evidencia de un examen físico durante los último doce (12) meses o de una cita médica durante los primeros seis (6) meses que estudiante ingrese a la escuela.*

### **KINDERGARTEN**

- Da Cinco (5) dosis
- He Tres (3) dosis (la dosis final de ser administrada después de los 6 meses de edad)
- Polio Cuatro (4) dosis (la dosis final de ser administrada después de los 4 años de edad)
- PCV
- HIB
- MMR Dos (2) dosis
- Varicella Dos (2) (dosis o prueba de su médico colaborando que niño/a ha sufrido de varicela.)
- Hepatitis A
- Evidencia de examen de plomo
- Evidencia de examen visual
- *Evidencia de un examen físico durante los último doce (12) meses o de una cita médica durante los primeros seis (6) meses que estudiante ingrese a la escuela.*

### **SEPTIMO (7<sup>MO</sup>) GRADO**

- DTaP Cinco (5) dosis
- HepB Tres (3) dosis (final dosis después de los 6-months de edad)
- Polio Cuatro (4) dosis (final dosis después 4 años edad)
- PCV
- HIB
- MMR Dos (2) dosis
- Varicella Dos (2) (dosis o prueba de su médico colaborando que niño/a ha sufrido de varicela.)
- Hepatitis A
- Tdap Una (1) dosis
- MCV Una (1) dosis
- HPV Una (1) dosis
  - a. *Empezando el 1ro de agosto, 2016 niño/a entrando al grado 8 — Dos (2) dosis*
  - b. *Empezando el 1ro de agosto, 2016 niño/a entrando al grado 9 — Tres (3) dosis*
- *Evidencia de un examen físico durante los último doce (12) meses o de una cita médica durante los primeros seis (6) meses que estudiante ingrese a la escuela.*

### **DOCE (12) GRADO**

- Evidence of all of the above
- Booster dose of MCV for entry into 12th grade (*CDC recommends booster at age 16*)
- *Evidencia de un examen físico durante los último doce (12) meses o de una cita médica durante los primeros seis (6) meses que estudiante ingrese a la escuela.*

*Si tiene alguna pregunta o duda comuníquese con Donna OConnor, Administradora de Enfermeras/Servicios de Salud, al 456-9317 o donna.oconnor@ppsd.org para mas información sobre los temas de salud y seguridad.*

# HISTORIAL DE LA SALUD

Padres, favor de proporcionar la información de salud requerida en ambos lados de este formulario.

Apellido del Estudiante	Nombre Del Estudiante	2do Nombre Del Estudiante	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____	____/____/____

## DIRECCION DEL ESTUDIANTE Y PADRE/TUTOR:

Numero	Nombre de Calle	Apto./Unidad/Piso	Ciudad	Código Postal
_____	_____	_____	_____	_____

## INFORMACION FAMILIAR: (favor de usar letra de molde)

Apellido de Padre/tutor	Nombre de Padre/tutor	Teléfono principal	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo
_____	_____	( ) _____	( ) _____	_____
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma preferido: _____		

## INFORMACION PARA EL CONTACTO DE EMERGENCIA: (favor de usar letra de molde)

Apellido del Contacto de Emergencia	Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono principal	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Trabajo
_____	_____	( ) _____	( ) _____	_____
Relación al estudiante: _____		Idioma preferido: _____		
Dirección del Contacto de Emergencia: _____		Ciudad: _____, Estado: _____		

## MEDICO/CLINICA:

Nombre de medico/clínica	Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono
_____	_____	( ) _____

## HISTORIAL MÉDICO: (Favor de marcar sí o no para todas de las siguientes enfermedades o condiciones)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rubeola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Toz ferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarampion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de vision	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor frecuente de garganta
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de audicion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de riñon
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Neumonia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eczema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias estacionales polen, grama, arboles etc..

¿Su hijo tiene alergia a  comida o  medicina?  SÍ  NO. Si respondió que sí, ¿tiene una receta para un Epi-Pen?  
 SÍ  NO por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo sufre actualmente de una condición medica grave?  Sí  No Si, contestó si, apunte aquí la condición.  
 \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) alguna cigugía?  Sí  No Año: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido su hijo(a) algun accidente o lesiones?  Sí  No Año: \_\_\_\_\_  
 Estudiantes de Pre-k y Kinder ¿Ha tenido una prueba de plomo?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (use letra de molde)

FECHA DE NACIMIENTO

Apellido

Nombre

2<sup>do</sup> Nombre

Mes

Día

Año

**MEDICAMENTOS:**

¿Está el estudiante actualmente tomando medicamentos o tratamientos?  Sí  No

- 1. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR**

¿Hay algún miembro de la familia en el hogar con una enfermedad grave?

Relación: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_

**PROPORCIONE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE SALUD QUE CREA SERÁ UTIL PRA LA ENFERMERA-MAESTRA(O) DE LA ESCUELA.**

Quién proporciona esta información?  Padre  Tutor  Enfermera(o), Centro de Inscripción

**Indique la última escuela donde asistió el estudiante.**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado/Provincia

País

Número de teléfono

¿El estudiante ha vivido o recientemente viajado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

*Si contesto si, por favor indique el lugar y el tiempo de estadía.*

Lugar: \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo duro lá estadía?: \_\_\_\_\_

**YO, COMPRENDO QUE ESTA INFORMACION PODRA SER COMPARTIDA Y DISCUTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR, CUANDO SEA NECESARIO. YO, DOY MI CONSENTIMIENTO AL PERSONAL ESCOLAR PARA COMUNICARSE E INTERCAMBIAR INFORMACION CON EL MEDICO/CLINICA DEL ESTUDIANTE DE SER NECESARIO.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha

## NEW STUDENT INFORMATION FORM

This student information form collects new data on race and ethnicity, following federal government guidelines. Your answers are confidential. Please complete the form in the language most comfortable for you and return it today.

*This form should be completed by a parent or legal guardian, and applies to all students new and continuing in the Providence Schools.*

Student ID: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alternate #: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Male  Female

### Optional:

E-mail (Parent): \_\_\_\_\_

E-mail (Student): \_\_\_\_\_

**Two-part question on ethnicity and race:** The following categories are provided and required by the federal government. You need to answer both A and B. If not filled out, school personnel are required to make the selections.

### A. Ethnicity

#### Is the student Hispanic/Latino?

*(A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin)*

Yes

No

### B. Race

#### What is the student's race?

*(Check as many as apply to indicate what the student considers his/her race to be)*

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*About this form: The data with the new ethnicity and race categories will be used in the same manner that such information is currently used by the state and federal government. For example, in reporting and analyzing test results, such as the New England Common Assessment Program (NECAP).*

Providence Public School District  
Student Registration & Placement Center  
325 Ocean Street, Providence, RI 02905  
Telephone (401) 456-1702 Fax (401) 278-0553  
[www.providenceschools.org/registration](http://www.providenceschools.org/registration)

**Providence  
Schools**

2012-2013

## NUEVO FORMULARIO DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Este formulario de información estudiantil recolecta nuevos datos sobre raza y etnia, siguiendo guías del gobierno federal. Sus respuestas son confidenciales. Favor de completar el formulario en el idioma en que se sienta más cómodo y devuélvalo hoy.

*Este formulario debe ser completado por un padre o representante legal y aplica a todos los estudiantes, nuevos y actuales, de las Escuelas de Providence.*

ID Estudiantil: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono principal: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Segundo teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer

### Optional:

Correo electrónico (Padre): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Estudiante): \_\_\_\_\_

**Pregunta de dos partes sobre etnia y raza:** Las siguientes categorías son proporcionadas y requeridas por el gobierno federal. Usted debe responder a las categorías A y B. Si no las llena, el personal escolar hará las selecciones por usted.

### A. Etnia

#### ¿Es el estudiante hispano/latino?

*(Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana, centroamericana o de otra cultura u origen español)*

Sí

No

### B. Raza

#### ¿Cuál es la raza del estudiante?

*(Marque todas las casillas que el estudiante considera aplican a su raza)*

Amerindio o nativo de Alaska

Asiático

Afro-americano

Nativo de Hawái o Islaño del Pacífico

Blanco

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Sobre este formulario: Los datos con las nuevas categorías de raza y etnia serán usados de la misma manera en que dicha información es utilizada por el gobierno estatal y federal actualmente. Por ejemplo, al reportar y analizar resultados de exámenes, como el New England Common Assessment Program (NECAP).*

Districto de Escuelas Públicas de Providence  
Centro de Inscripción & Ubicación Estudiantil  
325 calle Ocean, Providence, RI 02905  
Teléfono (401) 456-1702 Fax (401) 278-0553  
[www.providenceschools.org/registration](http://www.providenceschools.org/registration)

**Providence  
Schools**

2012-2013

# HISTORIAL DEL ESTUDIANTE y PADRES

APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

2DO NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. ¿Dónde nació el estudiante? Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

2. ¿Si el estudiante **no nació** en los Estados Unidos, cuando fue que entro a los Estados Unidos? Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

3. ¿Donde vivía el estudiante antes de llegar a Providence? \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ llegada \_\_\_\_\_ Salida \_\_\_\_\_

4. ¿El estudiante ha viajado/vivido a su país de origen o el país de origen de sus padres recientemente? Si contesto si, por favor apunte la información en las siguientes líneas.  Sí  No

\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ llegada \_\_\_\_\_ Salida \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_

5. ¿Asistió el estudiante al pre-kínder en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Donde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

6. ¿En algún momento el estudiante ha dejado de asistir a la escuela aun siendo de edad escolar?  Sí  No

7. ¿Tiene el estudiante algún problema físico, emocional, o de aprendizaje que esté documentado, por favor explique? \_\_\_\_\_

8. ¿Si el estudiante habla, lee y escribe mas de un idioma favor indique cual es idioma principal del estudiante. \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

9. ¿En cual país nacieron los padres del estudiante? Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

10. ¿En cual país completaron los padres la mayor parte de su educación? Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

11. ¿Cual fue el nivel de educación mas alto cual complete cada padre? (seleccione uno)

**Madre:**  escuela primaria  escuela intermedia  escuela superior  licenciatura  maestría  doctorado

**Padre:**  escuela primaria  escuela intermedia  escuela superior  licenciatura  maestría  doctorado

# HISTORIAL EDUCATIVO DEL ESTUDIANTE

Haga una selección: la persona completando el formulario es?:

PARA LOS GRADOS K y 1 <sup>ro</sup>		PARA LOS GRADOS 2 al 12	
¿Sabe el estudiante lo siguiente?	Si	No	Favor de indicar su respuesta con una (X).
1. ¿Sabe los colores?			
2. ¿Reconoce las figuras?			
3. ¿Sabe el Abecedario?			
4. ¿Reconoce las letras?			
5. ¿Escribe su nombre?			

## Favor de apuntar la última escuela que asistió el estudiante

Nombre de la escuela, dirección, fecha de asistencia y grado	Student Progress Progreso del estudiante	Programas/Servicios	Idioma
--	--	---------------------	--------

La última escuela que asistió el estudiante:

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  bilingüe/inglés como segundo idioma  Inglés

Promovido  PIE o educación especial  Español

Hasta \_\_\_\_\_  Programa sobredorado/título I  otro: \_\_\_\_\_  Retenido  otro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  bilingüe/inglés como segundo idioma  Inglés

## Para estudiantes de escuelas intermedia y superior solamente: Favor de apuntar la escuela donde el estudiante completó la elemental y intermedia si aplica.

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  bilingüe/inglés como segundo idioma  Inglés

Promovido  PIE o educación especial  Español

Hasta \_\_\_\_\_  Programa sobredorado/título I  otro: \_\_\_\_\_  Retenido  otro: \_\_\_\_\_

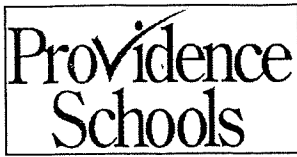
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  bilingüe/inglés como segundo idioma  Inglés

Superior

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  bilingüe/inglés como segundo idioma  Inglés

Promovido  PIE o educación especial  Español

Hasta \_\_\_\_\_  Programa sobredorado/título I  otro: \_\_\_\_\_  Retenido  otro: \_\_\_\_\_



### AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL STUDENT RECORDS

I authorize the (school/agency name): \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
Zip Code: \_\_\_\_\_ Telephone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
to release confidential school record information on the following students:

	Last Name	First Name	DOB	Grade	Student Type
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

as specified below to the Student Registration & Placement Center **by fax to (401) 278-0553 or email: inforeg@ppsd.org - ATTENTION: Brenda Valenzuela, Coordinator.**

Only the information checked may be released.

**A delayed response may postpone the student's registration and school assignment process.**

- \_\_\_\_\_ Grades:  Report Card  Official Middle School Transcript  Official High School Transcript
- \_\_\_\_\_ Birth Certificate/Pass Port
- \_\_\_\_\_ Immunizations and Physical Exam
- \_\_\_\_\_ IEP or Special Education Evaluations including hours of service
- \_\_\_\_\_ English As a Second Language Test Scores (WIDA or ACCESS Scores)

Parental permission is no longer required when records are requested by authorized school personnel. (Family Education rights and Privacy Act, final rule on Education records Federal Records, Federal Register, June 1976, Vol. 41 110, page 24673.)

#### Parent/Guardian Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Apt./Unit: \_\_\_\_\_ Providence  
Rhode Island, Zip Code: \_\_\_\_\_ Primary Telephone ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Parent Email Address: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

*Parent, guardian or educational* No special education records will be released to any person or agency without prior written consent of the parent, guardian or education advocate specifying which of these records are to be released and to whom.

All relevant records with respect to the identification, evaluation, and placement of your child will be maintained in a central location and available for your examination on an appointment basis. Also, this authorization may be withdrawn by the parent, guardian or educational advocate at any time in the future. This permission form is valid up to 90 days from the date of the signature.

Relationship (Please Check One):  Parent  Guardian  Education Advocate  
\_\_\_\_\_





Angélica Infante-Green  
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations  
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION  
Shepard Building  
255 Westminister Street  
Providence, Rhode Island 02903-3400

## Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

*Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor*

*Estimado padre de familia o tutor:*

*La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos <sup>1</sup>.*

*Gracias por su cooperación.*

<b>Nombre del estudiante:</b>		
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Lugar de nacimiento:</b>
<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
<i>Relación del padre de familia o tutor con el estudiante:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Madre</i> <input type="checkbox"/> <i>Padre</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra</i>		
<b>Home Language Code:</b>		

<b>Información sobre el idioma de la familia y del niño</b>			
<i>(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)</i>			
1. ¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
5. ¿En qué idioma(s) habla el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No habla <i>Especifique</i>
6. ¿En qué idioma(s) lee el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No lee <i>Especifique</i>
7. ¿En qué idioma(s) escribe el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No escribe <i>Especifique</i>

<sup>1</sup> Conforme a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f)).

<sup>2</sup> Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural.

Actualizado al 30 de abril de 2020

Teléfono: (401)222-4600   Fax: (401)222-6178   TTY: (800)745-5555   Buzón de voz: (800)745-6575   Sitio web: www.ride.ri.gov  
La Junta de Educación de R.I. no discrimina por razón de edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, raza, color, religión, nacionalidad de origen o discapacidad.

**Entrevista a la familia – Información sobre la educación del niño**

1. ¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?

Sí\*    No    No sabe  
       

\*Si respondió que sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades?     No son graves     Son un poco graves     Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial?     No     Sí\*

\* Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje?     No     Sí\*

\* Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje, ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?  
 No     Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: \_\_\_\_\_

2b. Edad a la que recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):

Antes de los 3 años (intervención temprana)     De los 3 a 5 años (educación especial)     Después de los 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504?     No     Sí

2. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted?

Inglés     Otro

\_\_\_\_\_ *Especifique*

3. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted?

Inglés     Otro

\_\_\_\_\_ *Especifique*

4. Indique la fecha en que inscribió al niño por primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos \_\_\_\_\_

(mm/dd/aaaa)

¿Hay algo más que usted piense que la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Mes:                      Día:                      Año:  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)**

**OFFICIAL ENTRY ONLY – NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS**

Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_

**NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW**

Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_

Oral Interview Necessary:     YES     NO

Date of Individual Interview: \_\_\_\_\_  
 Month    Day    Year

**NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT**

Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: \_\_\_\_\_

**NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES**

Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Date of Screener: \_\_\_\_\_  
 Month    Day    Year

Name of the Language Screening Assessment: \_\_\_\_\_    Score achieved: \_\_\_\_\_

Proficiency Level Achieved:    Entering 1  / Beginning 2  / Developing 3  / Expanding 4  / Bridging 5  / Reaching 6

**FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:**

\_\_\_\_\_