

**Escuelas estatales de Knox**  
**Inscripción para de estudiantes nuevos**

SÓLO POR USO DE OFICINA	
Student ID	_____
Homeroom	_____
Year	_____
School	_____
Bus Number	_____

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de PIN del estudiante: \_\_\_\_\_

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

Lugar de nacimiento/ciudad: \_\_\_\_\_

Condado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Femenino  Masculino

**Etnia:**  Hispano  No-Hispano

**Raza:** (compruebe todo el que aplíquese)

Asiático

Negro

Indio Americano

Isleño Pacífico

Blanco

**Dependiente de una**  El Servicio Militar Activo

**personal en:**  La Guardia Nacional

(si procede)  La Reserva Militar

**Anote el nombre de los estudinates de la misma familia que asisten a cualquier escuela en el condado de Knox** (que viven en la misma casa) -- Por favor de incluir el apellido, nombre y fecha de nacimiento.


**Anote todos los tutores de forma individual. Si el esndiante tiene más de dos tutores, por favor utilice el espacio añadido al final de este formulario papa los otros contactos.**

Contacto principal:: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_

Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

\*Celular: \_\_\_\_\_

Email primario: \_\_\_\_\_

Email secundario: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_

Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

\*Celular: \_\_\_\_\_

Email primario: \_\_\_\_\_

Email secundario: \_\_\_\_\_

*Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.*

**Notas** (personas otras que los padres/tutores quienes pueden recoger el niño.)

Nombre \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

**Avisos** (instrucciones especiales no-médicas) \_\_\_\_\_

### Historia Escolar

Escuelas preescolares a las que asistió  
(si es estudiante del kindergarden): \_\_\_\_\_

Última escuela que asistió: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Otras escuelas que asistió: \_\_\_\_\_

¿Este estudiante está bajo suspensión/expulsión de otra escuela actualmente?  Sí  No

¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios de Educación Special?  Sí  No

¿Este estudiante ha recibido anteriormente servicios bajo la Sección 504?  Sí  No

¿Este estudiante está recibiendo servicios de Educación Special en este momento?  Sí  No

¿Este estudiante está recibiendo servicios bajo Sección 504 en este momento?  Sí  No

Si contestó "Sí", lista el (los) programas: \_\_\_\_\_

**¿Este estudiante se aloja en cualquiera de los siguientes lugares por las noches? Marque con x cualquier selección que aplica:**

- hogar/apartamento poseído o alquilado por los padres/los guardas
- en un refugio
- en un motel o un hotel
- en un carro
- en un lugar para acampar
- en otro lugar que no es apropiado para vivir (p.ej., un edificio abandonado)
- temporalmente con más de una familia en una casa, caravana o apartamento (porque la familia no tiene su propio hogar, ninguna electricidad o agua corriente)
- otro (en otra acomodación que no es fija, regular y adecuada y que no está descrito por las otras selecciones)

Forma completada por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco al estudiante \_\_\_\_\_

**Lista de contactos adicionales en la página siguiente.**

## Guardianes del estudiante (continuadas)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Contacto principal:: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Otro #: \_\_\_\_\_  
\*Celular: \_\_\_\_\_  
Email primario: \_\_\_\_\_  
Email secundario: \_\_\_\_\_

„Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Otro #: \_\_\_\_\_  
\*Celular: \_\_\_\_\_  
Email primario: \_\_\_\_\_  
Email secundario: \_\_\_\_\_

Contacto principal:: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Otro #: \_\_\_\_\_  
\*Celular: \_\_\_\_\_  
Email primario: \_\_\_\_\_  
Email secundario: \_\_\_\_\_

„Este es el número de teléfono que recibe llamadas telefónicas automatizadas.

Contacto: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Teléfono primario #: \_\_\_\_\_  
Tel. de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Otro #: \_\_\_\_\_  
\*Celular: \_\_\_\_\_  
Email primario: \_\_\_\_\_  
Email secundario: \_\_\_\_\_

ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

PRUEBA DE RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCION EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela zonificado para asistir a: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección anterior: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

A fin de verificar la residencia dentro de la zona de asistencia a la escuela solicitada, se debe proporcionar **un documento actual** como se detalla a continuación y fechado dentro de los últimos 60 días, que muestre el nombre y la dirección del padre/tutor. Los números de casilleros postales no son aceptables para verificar la residencia.

PRUEBA DE RESIDENCIA PROPORCIONADA POR EL PADRE/TUTOR:

\_\_\_ Escritura/Arrendamiento/Contrato de renta

\_\_\_ Factura de Servicios Públicos

\_\_\_ Declaración Notariada

Si la prueba de residencia proporcionada es una Declaración Notariada por el propietario o persona responsable del Arrendamiento, por favor proporcione el nombre de esta persona y su dirección. Esta persona deberá proveer la Escritura / Contrato de Arrendamiento o Factura de Servicios como prueba de residencia.

Nombre del Dueño o Arrendatario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Dueño o Arrendatario: \_\_\_\_\_

*ADVERTENCIA: La falsificación de cualquier información o documento requerido para comprobar la residencia o el uso de la dirección de otra persona sin realmente residir allí, provocará el inmediato retiro del estudiante de la escuela y será asignado a la escuela de su verdadera residencia.*

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en imprenta) padre/tutor del estudiante mencionado arriba, declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y que el estudiante vive en la dirección dada Si la residencia cambia notificaré a la escuela en el plazo de 2 semanas.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del funcionario de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# KCS CONNECT

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Contrato del Dispositivo Tecnológico:

**Firmando este documento, yo acepto en seguir los requerimientos y condiciones y aceptar la responsabilidad financiera por la pérdida o daño de este dispositivo.**

- Yo acepto la responsabilidad por el uso del dispositivo dentro de la escuela y fuera del horario de la escuela.
- Yo entiendo que este dispositivo tecnológico puede ser solicitado e inspeccionado.
- Yo acepto mantener este dispositivo tecnológico en mi posesión en todo momento. No lo daré o prestaré.
- Yo retornaré este dispositivo tecnológico a la escuela cuando sea requerido por el personal de la escuela.
- No usaré este dispositivo tecnológico, ni dentro ni fuera de la escuela, para propósitos inapropiados o ilegales en concordancia con las políticas del Comité del Knox County School.
- Yo entiendo que, si este dispositivo tecnológico es perdido, o robado, yo notificaré inmediatamente al administrador de la escuela
- Si el seguro ofrecido por el Knox County School es rechazado, yo entiendo que mis padres/ tutores y yo somos responsables del costo asociado a los daños del dispositivo tecnológico.
- Yo entiendo que mis padres/tutores y yo somos responsables por el costo asociado con el total de la pérdida o robo de este dispositivo tecnológico.
- Yo acepto retornar el dispositivo tecnológico, cargador, y protector en buen estado de funcionamiento a la escuela al terminar las clases de este año escolar o si yo dejo la escuela.
- Yo acepto que fallar en el cumplimiento de alguna de estas pautas y políticas puede resultar en la suspensión del dispositivo tecnológico.
- Yo acepto que mi hijo seguirá las políticas o normas del Knox County Schools para el Uso Aceptable de un dispositivo en la escuela y en su casa.
- Yo acepto que se le puede pedir a mi hijo que envíe el dispositivo durante el año para un "control de salud" para inspeccionarlo por daños.

Política I-222 de Seguridad Internet del Knox County School.

Yo acepto los términos del Contrato del Dispositivo Tecnológico

YO NO acepto los términos del Contrato del Dispositivo Tecnológico.

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Las Escuelas del Condado de Knox**  
**Pautas para el Uso Aceptable de los Medios Electrónicos**

*Uso de los Medios Electrónicos en las Escuelas del Condado de Knox constituye aceptación de estas pautas y el acuerdo del usuario de atenerse a los términos de uso declarados aquí.*

### **I. Declaración de Afirmación**

El Internet es una carretera electrónica mundial que conecta a millones de computadoras e individuos en los campos de la educación, los negocios, el gobierno, el militar y una variedad de otras organizaciones. Esta red de información de comunicación está siendo usada en las escuelas para educar, informar y expandir recursos en la misma manera que periódicos, videos y programas de informática están usados.

Los usuarios de las Escuelas del Condado de Knox participarán en proyectos usando el Internet en una manera directa para apoyar el plan de estudios y actividades de investigación. Ellos pueden participar en programas de aprendizaje de distancia, pregunten y consulten con expertos, comuniquen con otros usuarios y localizar materiales para satisfacer necesidades educativas. Usuarios también podrán acceder una variedad de información incluyendo recursos de noticias, grupos de discusión electrónicos, banco de datos de información, las propiedades de bibliotecas mundiales y correo electrónico.

El estado de Tennessee y el Consejo de Educación del Condado de Knox creen que los beneficios de tener acceso al Internet sean inestimables para los educadores y los estudiantes. Entre los recursos vastos en el Internet son algunos materiales que no son apropiados por vista en un ambiente escolar. No es apropiado localizar material que es ilegal, difamatorio u ofensivo. Conducta así resultará en la pérdida inmediata de acceso al Internet y puede resultar en otras acciones disciplinarias.

Usuarios están esperados entender y atenerse a las pautas y comportamientos expresados por el Consejo de Educación en sus *Pautas para Uso Aceptable de los Medios Electrónicos*. El Consejo no haga ninguna garantía, expresada ni implicada, con respeto al uso de Internet. El Consejo no aceptará ninguna responsabilidad ni responsabilidad legal para cualquier daño que pueda surgir del uso del Internet en violación de estas pautas.

### **II. Derechos y Responsabilidades de los Usuarios**

Todo el uso del Internet debe estar en apoyo de educación e investigación y sea consistente con la declaración de la misión de las Escuelas del Condado de Knox. Para propósitos educativos, usuarios tienen derechos y responsabilidades específicos que incluyen, pero no están limitados a lo siguiente.

Usuarios pueden

- examinar y usar formatos electrónicos interactivos.
- examinar una gama amplia de opiniones, ideas e información en el proceso educativo.
- localizar, usar y cambiar información en el Internet.
- conservar posesión de sus propios trabajos intelectuales como usuarios del Internet, consistente con las pólizas del Consejo de Educación del Condado de Knox.

Usuarios no pueden

- usar la red para propósitos comerciales personales o para ganancias.
- participar en acoso, comentarios discriminatorios u otros comportamientos inapropiados.
- usar la red para acceder material obsceno o pornográfico.
- usar la red para cualquier actividad ilegal, incluyendo violación de derechos de reproducción u otros contratos.
- dañar a una(s) computadora(s), sistemas de computadoras o redes de computadoras.
- invadir la privacidad de otros usuarios de la red.
- ganar acceso desautorizado a las redes de computadoras, recursos o materiales.

### **III. Etiqueta de la Red**

Usuarios de la red están esperados atenerse a las reglas aceptadas de etiqueta de la red. Estas reglas incluyen pero no están limitados a lo siguiente.

- No revela su dirección personal o número de teléfono ni los de otros estudiantes o colegas.
- Sea bien educado. Usa lenguaje apropiado. No se ponga abusivo en sus mensajes a otros. Nunca usa una computadora para dañar a otra gente. Muestra consideración y respeto en todos momentos.
- No use una computadora para robar. No copia informática para que no ha pagado, no usa recursos de computadora sin autorización o plagiar la propiedad intelectual de otros.
- Sea consciente de los derechos de otros usuarios de la red. No viole la privacidad de otros usuarios.
- No use la red de ninguna manera que interrumpiría su operación o que interferiría con el trabajo de computadora de otro usuario.
- Atenerse a las pólizas y procedimientos de cada red accedido.
- Mantenga su contraseña privada.
- Cuidese cuando usa sarcasmo o humor. Sin comunicación cara a cara, un chiste puede estar visto como criticismo.
- Enfoque en un sujeto por mensaje.
- Haga la línea de sujeto tan descriptivo, aún tan corto, que sea posible.
- Mantenga los párrafos y mensajes cortos y al punto.
- Cite todas citas, referencias y fuentes.
- Cuando esté incluyendo una firma al fin de mensajes de correo electrónico, la limite a cuatro líneas.
- Use las letras mayúsculas solo para resaltar una palabra o identificar títulos o encabezamientos. Usando todas letras mayúsculas para un mensaje completo tiene el mismo efecto que gritando verbalmente.
- Siempre piense sobre las consecuencias sociales de lo que hace en la red.



## **Las Escuelas del Condado de Knox**

### **Autorización de los padres/guardianes para la divulgación publicitaria**

Yo, como padre/madre/guardián legal de \_\_\_\_\_, doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a sus representantes autorizados, y a las organizaciones autorizadas de medios de comunicación mi permiso para fotografiar, entrevistar, y grabar a mi hijo(a) y su imagen en forma auditiva, en video, en película, u otro medio electrónico, digital, o impreso. También le doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Knox de compartir fotografías o grabaciones de cualquier índole a los medios de noticias incluyendo, pero no limitado a, los periódicos y estaciones de televisión.

Entiendo y estoy de acuerdo de que ni el Distrito Escolar del Condado de Knox ni los medios noticieros tienen obligación alguna de usar o de ser compensados por tales derechos antes mencionados. También entiendo y estoy de acuerdo de que yo no recibiré compensación monetaria por la participación de mi hijo(a), y que le cedo el derecho total al Distrito Escolar del Condado de Knox de inspeccionar o aprobar el uso final de dichas grabaciones o materiales impresos.

Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar del Condado de Knox, a sus empleados, a la Junta de Educación y a sus representantes autorizados de cualquier demanda o reclamos de daños, conocidos o no, relacionado con tal uso.

*Por favor entienda de que, si no firma esta autorización del Distrito Escolar del Condado de Knox, la fotografía de su hijo(a) aún será incluida en el libro anual estudiantil de la escuela y en las publicaciones del salón de clases como parte del directorio de información, a menos de que usted notifique al distrito de lo contrario. Adicionalmente, si en cualquier momento desea retirar su consentimiento, se puede comunicar con la Oficina de Asuntos Públicos al 865-594-1905. Tenga por entendido de que las fotos o grabaciones de su hijo(a) tomadas antes de tal llamada, permanecerán como parte de los archivos del distrito.*

Nombre de la escuela del estudiante:

---

Padre/Madre/Guardián legal:

---

(letra de molde)

---

(firma)

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

**Kristen Jackson**  
Principal



ELEMENTARY SCHOOL  
409 Vanosdale Road, Knoxville, Tennessee 37909.  
Office (865) 539-7850 Fax (865) 539-7876  
www.knoxschools.org/westhillses

**Suzanne Hammonds**  
Assistant Principal  
**Daniel Willis**  
Administrative Assistant

\_\_\_\_\_  
(Maestra/Grado)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Apellido del Estudiante)

**Permiso del Parque John Bynon**

Yo doy permiso a mi hijo, \_\_\_\_\_, para que se desplace a Parque John Bynon, localizado contiguo a la escuela West Hills Elementary. Yo entiendo que este año el parque será usado con propósitos recreativos y educativos y que la maestra tomará decisiones para el uso de las instalaciones del parque. Este permiso servirá para el año escolar.

**HABIT (Vinculo Humano-Animal de Tennessee)**

Por varios años la escuela West Hills Elementary ha participado en el programa de perros de HABIT, patrocinado por la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de Tennessee. Clases Seleccionadas recibirán semanalmente visitas de perros entrenados por HABIT. Estos perros son parte del exitoso programa de lectura UT RUFFReading usado en aproximadamente 20 escuelas en 3 condados de TN. Por favor complete uno de las siguientes declaraciones:

Mi hijo/a, \_\_\_\_\_, si tiene permiso para pasar algún tiempo con el perro de HABIT si la clase de él o ella es seleccionado para participar en el programa RUFFReading.

Yo prefiero que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, no pase tiempo con el perro HABIT.

**Manual para Padres y Estudiantes**

Yo afirmo que he leído y entendido las expectativas y lineamientos de las pautas descriptas en el manual del estudiante y padres de la escuela West Hills Elementary, ubicado en el sitio web de West Hills (<https://www.knoxschools.org/Domain/56>). Yo he compartido importante información del manual con mi hijo/a.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





# KNOX COUNTY SCHOOLS

## Encuesta sobre el idioma hablado en casa

El Departamento de Educación de Tennessee requiere que todas las escuelas identifiquen el lenguaje con el que cada niño se inscribió en la escuela. Esto se logra con la encuesta sobre el idioma hablado en casa (HLS). Este documento solo se debe completar UNA VEZ en el momento de la inscripción a la escuela. Si el estudiante está siendo transferido, la escuela debe tratar de obtener el HLS original.

NOTE to registrar: If any language besides (or in addition to) English is given as an answer to questions 1-3, please give this document to the ELL teacher at your school (or who monitors your school) immediately.

### Información del Estudiante

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género
/ /	/ /	/ /	
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Primer día de inscripción en CUALQUIER ESCUELA DE U.S. (grados K-12)	
/ /			
Primer día de ingreso a los Estados Unidos	<b style="background-color: yellow;">ESTA INFORMACION NO ES USADA PARA IDENTIFICAR EL ESTATUS MIGRATORIO DEL ESTUDIANTE</b> Esta información nos permite saber el nivel de conocimiento y las capacidades con las que su hijo llega a la escuela. Esta información puede permitir que el distrito reciba fondos federales adicionales para proveer apoyo a su hijo.		

### Información de la escuela

/ /20		
Fecha de inscripción en KCS	Nombre de la escuela y ciudad donde asistía	Último año cursado

### Preguntas para Padres/Tutores

1. ¿Cuál fue el primer idioma que este niño aprendió a hablar?	¿Ha recibido este niño clases de ELL (ESL) en otra escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> ¿Sí, sí en que año fue esto?
2. ¿Qué idioma habla este niño frecuentemente cuando está fuera de la escuela?	¿Necesita usted el servicio de interprete/traductor en las reuniones de padres-profesores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Sí, sí que idioma?
3. ¿Qué idioma se habla usualmente en la casa de este niño?	¿En qué idioma prefiere usted recibir correos electrónicos y comunicaciones de KCS?
Firma del Padre/Tutor:  X	/ /20 Fecha de hoy: (mm/dd/yyyy)

NOTE to ELL teacher: Please forward a copy of this form to the ELL Central Office. Place another copy in the student's green folder and the original in the purple file which is kept in the student's CR.

Nombre del Estudiante : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE CONFIRMACION DE LA TUTELA

1. ¿Cuál es su relación con el estudiante?

Padre \_\_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_\_ Padre Adoptivo \_\_\_\_\_

2. ¿Si usted es el padre, esta usted legalmente casado con el otro padre del estudiante?

Casado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Nunca casado \_\_\_\_\_

3. ¿Está este niño (a) sujeto a un plan de crianza u orden judicial?

YES \_\_\_\_\_ (es necesario suministrar una copia a la escuela)

Copia suministrada \_\_\_\_\_ (el personal de la escuela revisara y anotará la fecha)

NO \_\_\_\_\_

4. ¿Existe alguna orden de protección?

YES \_\_\_\_\_ (es necesario suministrar una copia a la escuela)

NO \_\_\_\_\_

5. ¿Comparte usted su actual residencia con alguien más? (abuelos, cuñados, etc)

YES \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

6. ¿Es su actual residencia Temporal \_\_\_\_\_ o Permanente \_\_\_\_\_?

\_\_\_\_\_ padres/tutor del estudiante antes  
(su nombre en letra imprenta)

mencionado declaro que la información dada es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Kristen Jackson  
Principal



ELEMENTARY SCHOOL  
409 Vandyke Road, Knoxville, Tennessee 37909.  
Office (865) 539-7850 Fax (865) 539-7876  
www.knoxschools.org/westhillses

Suzanne Hammonds  
Assistant Principal  
Daniel Willis  
Administrative Assistant

## CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Estimados padres de familia,

Los niños pasan gran parte de su vida diaria en el entorno del aula. Como educadores, nos esforzamos por brindar un entorno de aprendizaje comprensivo que satisfaga las necesidades de cada estudiante. El siguiente cuestionario nos proporcionará información valiosa sobre su hijo. Esperamos tener un año excitante en el jardín infantil.

<b>1. NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (A)</b>				
Primer	Segundo	Apellido	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza
El nombre que quiere llamemos a su hijo(a):				
<b>2. LUGAR DE NACIMIENTO</b>				
Ciudad	Condado		Estado o País	
Día de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Número de Seguridad Social		
<b>3. HOGAR Y FAMILIA</b>				
Dirección		Código Postal		
Número Telefónico Hogar		Por cuanto tiempo han vivido en la dirección actual?		
<b>4. INFORMACIÓN DEL PADRE</b>				
Primer	Segundo	Apellido		
Ocupación		Lugar de Trabajo	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
		Número Telefónico Trabajo		
<b>4. INFORMACIÓN DE LA MADRE</b>				
Primer	Segundo	Apellido		
Ocupación		Lugar de Trabajo	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
		Número Telefónico Trabajo		
EL NIÑO(A) VIVE CON <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (Escoja una opción)				

6. HERMANOS. Enumere los nombres y fechas de nacimiento de otros niños de la familia, en orden de nacimiento, del mayor al menor.

Nombre	Sexo	Día de Nacimiento	Escuela/Grado

7. ¿Su hijo tiene alguna afección o inquietud médica? Por favor enumérelas:

8. ¿Fue el nacimiento de su hijo traumático, difícil o prematuro? En caso afirmativo, explique por favor.

9. ¿Sospecha que su hijo tenga alguno de los siguientes problemas?

Visión     Escucha     Habla     Otros (por favor enumere)

10. ¿Su hijo recibe actualmente algún servicio especial de las escuelas del condado de Knox?

11. ¿Hay alguien que no sea padre o madre viviendo con regularidad en el hogar?

12. ¿Ha habido una crisis reciente en su familia? Por favor explique.

13. ¿Puede su hijo estar lejos de usted por lo menos medio día sin llorar y/o ponerse triste?

14. **Experiencias escolares:** enumere las escuelas a las que su hijo haya asistido antes de ingresar a esta escuela; decir cuánto tiempo pasó en las escuelas (horas al día, días a la semana); y las fechas en que su hijo asistió a estas escuelas.

<u>Escuela</u>	<u>Cuanto tiempo asistió</u>	<u>Fechas de Asistencia</u>

15. ¿Estaría dispuesto a trabajar con pequeños grupos de estudiantes del aula una o dos veces al mes?     Si     No

16. ¿Estaría dispuesto a compartir el cargo de padre-de-salón? Un padre que comparte el salón organiza y ayuda a planear las fiestas en el aula, los eventos especiales y los eventos de toda la escuela de la PTA.     Si     No

17. ¿Se necesita separar a su hijo(a) de otro niño que ingresará a nuestro jardín infantil este año? (vecino, pariente, etc.)

18. ¿Existe alguna otra información que la escuela necesiten para que la ubicación de su hijo(a) en el jardín infantil sea exitosa?

Escuelas del Condado de Knox  
**Perfil Médico del Estudiante**

Esta información será utilizada por la enfermera de la escuela para cuidar a su hijo

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

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (1º nombre) (2º nombre)

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Requirió el estudiante atención médica/hospitalización al nacer o en cualquier otro tiempo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique:

¿Requiere el estudiante un procedimiento médico diario por parte de una enfermera de la escuela? Sí por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Toma el alumno medicamentos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Le parece a Usted que el estudiante tiene problemas de visión, audición, o el habla? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No. Sí, por favor explique:

El estudiante tiene historia de (Marque todas las que apliquen): A= Actualmente P= En el Pasado

- | A   | P                        | A                        | P                        | A                        | P                        | A                            | P                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| ADD/ADHD                                      |                          | ADD/ADHD                 |                          | Síndrome de Down         |                          | Shunts/hydrocephalus         |                          |
| <input type="checkbox"/>                      |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Amputaciones                                  |                          | Enfermedad Celíaca       |                          | Tube alimentación G/J    |                          | Problemas de la piel         |                          |
| <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Asma/Enfermedad de las vías respiratorias     |                          | Parálisis Cerebral       |                          | Defectos Cardíacos       |                          | Problemas estomacales        |                          |
| _____ Requiere inhalador (envíelo a escuela)  |                          | Enfermedad Crohn         |                          | Hemofilia                |                          | Problemas para tragar        |                          |
| <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Alergias:                                     |                          | Fibrosis Quística        |                          | Migrañas                 |                          | Traqueotomía                 |                          |
| _____ Picadoras de abejas                     |                          | Diabetes                 |                          | Distrofia Muscular       |                          | Síndrome cerebral Traumático |                          |
| _____ Comida _____                            |                          |                          |                          | Espina bífida            |                          | Lesión de columna vertebral  |                          |
| _____ Látex                                   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| _____ Requiere Epi-pen (envíelo a la escuela) |                          |                          |                          | Problemas Ortopédicos    |                          | Problemas urinarios          |                          |
|   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |                          | Sensibilidad a la luz    |                          | Otro: _____                  |                          |
|   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |                          |
|   |                          |                          |                          | Convulsiones             |                          |                              |                          |

Si ha marcado alguno, por favor explique: \_\_\_\_\_

Es importante que los maestros y el director de la escuela tengan la información médica correcta para que sean capaces de manejar apropiadamente cualquier emergencia que se presente. Resuma cualquier condición médica especial: \_\_\_\_\_

¿Requiere su hijo alguna adaptación especial para su dieta? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa y Ud. quiere que su hijo coma en la escuela, por favor obtenga del doctor de su hijo un formulario de solicitud de dietas especiales.

Forma completada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

*Jon Rysewyk, Superintendent*



## ESCUELAS DEL CONDADO DE KNOX

Para: Los Padres/Tutores que ingresan o se retiran de las escuelas del Condado Knox

De: Servicios de Apoyo Estudiantil

Re: Servicios de educación especial disponibles a través de las escuelas del Condado Knox

Las Escuelas del Condado de Knox ofrecen una gama completa de servicios para los estudiantes que califican para educación especial bajo la Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades (IDEIA '04).

Si cree que su hijo necesita educación especial u otros servicios y desea que las escuelas del Condado de Knox le brinden esos servicios, comuníquese con la escuela a la que pertenece su hijo \_\_\_\_\_ o llame al Servicio de asistencia técnica para estudiantes al 594-1540.

Si hay registros disponibles para revisión u otra información que la escuela pueda necesitar para determinar los servicios apropiados para su hijo, firme y devuelva un formulario de Divulgación de Información disponible en su escuela para que podamos revisar esos registros y planificar servicios, si es necesario.

Gracias por su ayuda en este asunto.

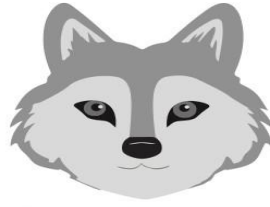
\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(Por favor devuelva una copia firmada de este formulario a la escuela  
y conserve una para sus archivos)**

**Kristen Jackson**  
*Directora*



**Suzanne Hammonds**  
*Subdirectora*

**WEST HILLS**  
ELEMENTARY SCHOOL

409 Vanosdale Road  
Knoxville, TN 37909  
Phone: 865-539-7850  
Fax: 865-539-7876

**Solicitud oficial de expedientes estudiantiles**

**Nombre del Estudiante**

**Grado:**

**Escuela anterior (nombre, dirección, números de teléfono y fax)**

**Firma de los padres:**

**Fecha:**