



S.E.A.R.Ch. to Serve

1502 West Mountain View Road
Phoenix, Arizona 85021

Phone (602) 347-4850 | Fax (602) 347-4870

Informacion Del Nino

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M | F

Nombre de Padres: _____

Indique cual es correcto:

Padre Naturales _____ Guardían Legal _____ Abuelo _____ Padre Adoptivo _____ Otro _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono: Casa: _____ Célula: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Le lengua primaria en su casa: _____ Etnicidad: _____

Estado de nacimiento: _____ País donde nació: _____

El nombre de la escuelas más cercana a su casa: _____

*¿Quién tiene custodia del niño? _____

**El Distrito honra todas las Órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuelas una copia certificada de la orden de la corte o decreto.*

-
1. ¿Se ha evaluado a su niño en cualquier otro lugar? ¿Donde? ¿Y por quién? Si usted tiene un reporte de los resultados de la evaluación, por favor ponga una copia a esta referencia.
 2. ¿Su niño atiende a una guardería o va en el preescolar? Si dijo que si, donde y describa su experiencia.
 3. Favor de enlistar cualquier servicios especial que ha recibido su niño. También cualquier terapia professional ha recibido – como terapi de lenguaje u otras:
 4. ¿Cuál es su preocupación sobre su niño?

Signature: _____

Today's Date: _____



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?

Nombre del estudiante _____		Distrito _____	
Núm. de identificación _____		Fecha de nacimiento _____	
SSID _____		Firma del padre o tutor _____	
Fecha _____		Distrito o Charter _____	
Escuela _____			

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)

PARENT INPUT

APORTE de los PADRES

Student Name:		Date of Birth:	Date:
<i>Nombre del Estudiante:</i>		<i>Fecha de Nacimiento:</i>	<i>Fecha:</i>
Home Address:		Home Phone:	
<i>Domicilio:</i>		<i>Teléfono del Hogar:</i>	
Age:	Grade:	Gender:	Ethnicity:
<i>Edad:</i>	<i>Grado:</i>	<i>Género:</i>	<i>Etnicidad:</i>
Home School:		Attending School:	Student No:
<i>Escuela de Origen:</i>		<i>Escuela de Asistencia:</i>	<i>Número Estudiantil:</i>
LANGUAGE/IDIOMA			
What is the home language (parents, child, family members)?			
<i>¿Cuál es el idioma en el hogar? (padres, niño(a), miembros de la familia)</i>			
What language was learned first by the child?			
<i>¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el niño(a)?</i>			
Was a second language learned by the child?			
<i>¿Aprendió el niño(a) un segundo idioma?</i>			
What language does the child speak best ?			
<i>¿Cuál es el idioma que mejor habla el niño(a)?</i>			
What language(s) does/do the parent(s) speak best?			
<i>¿Cuál(es) es el idioma(s) que mejor hablan los padres?</i>			
At what age did your child first begin to learn English actively (from parents, preschool, school, etc.)?			
<i>¿A qué edad comenzó primero su hijo(a) a aprender inglés activamente (de los padres, preescolar, escuela, etc.)?</i>			
If your child was born outside of the United States, at what age did they enter the country?			
<i>Si su hijo(a) nació fuera de los Estados Unidos, ¿a qué edad entró al país?</i>			

The following questions concern your child's development and functioning within your family. The information will be useful in understanding factors which have had an influence on your child's growth and achievement in school and may be part of comprehensive evaluation. The information provided will be confidential and only used for educational purposes according to FERPA, IDEA, and District guidelines.

Las siguientes preguntas conciernen al desarrollo y funcionamiento de su hijo(a) dentro del ámbito familiar. La información será útil en entender los factores que han influido en el crecimiento y logros escolares de su hijo(a) y pudiesen ser parte de la evaluación exhaustiva. La información provista será confidencial y sólo se utilizará para propósitos educativos según FERPA, IDEA y directrices del Distrito.

Current Parents/Guardian (please circle the **B**(irth), **S**(tep), **A**(doptive), **F**(oster). **(G)**uardian
Padres/Guardianes Actuales (favor de encerrar en un círculo **B**(biológico), **S**(padraastro), **A**(adoptivo), **F**(de cuidado temporal), **(G)**uardián)

Father/Padre: (B) (S) (A) (F) (G)	Phone / Telephono:	Mother/Madre: (B) (S) (A) (F) (G)	Phone / Telephono:
Name/Nombre:		Name/Nombre:	
	E-mail:		Email:
Address (if different from above) <i>Dirección (si es diferente de la de arriba)</i>		Address (if different from above) <i>Dirección (si es diferente de la de arriba)</i>	

Father:	Raised in what city and state or country?
Padre:	<i>¿En qué ciudad y estado o país fue criado?</i>
Father's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed):	
<i>Nivel de Educación del Padre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i>	
Father's Health Problems:	Father's Occupation:
<i>Problemas de Salud del Padre:</i>	<i>Profesión del Padre:</i>
Mother:	Raised in what city and state or country?
Madre:	<i>¿En qué ciudad y estado o país fue criada?</i>
Mother's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed):	
<i>Nivel de Educación de la Madre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i>	
Mother's Health Problems:	Mother's Occupation:
<i>Problemas de Salud de la Madre:</i>	<i>Profesión de la Madre:</i>
(B)(S)(A)(F)(G) Parent:	Raised in what city and state or country?
Padre/Madre (B)(S)(A)(F)(G):	<i>¿En qué ciudad y estado o país fue criado(a)?</i>
Parent's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed):	
<i>Nivel de Educación del Padre/Madre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i>	
Parent's Health Problems:	Parent's Occupation:
<i>Problemas de Salud del Padre/Madre:</i>	<i>Profesión del Padre/Madre:</i>

Please list the names and ages of **ALL** people living in the home and their relationship to the child

*Favor de escribir los nombres y edades de **TODAS** las personas viviendo en el hogar y su relación con el niño(a)*

If the family is either a single parent or a step configuration, how many years of the child's life have been with two parental figures in the home? _____

Si la familia consiste ya sea de padre o madre soltero(a) o una configuración padrastro o madrastra, ¿por cuántos años de la vida del niño(a) han existido dos figuras paternas en el hogar? _____

If the family is either a single parent or a step configuration, how many years of the child's life was there a single parent in the home? _____

Si la familia consiste ya sea de padre o madre soltero(a) o una configuración padrastro o madrastra, ¿por cuántos años de la vida del niño(a) existió un padre o madre soltero(a) en el hogar? _____

If the child comes from a home other than both natural parents, what type of relationship do they have with the parent no longer in the home? _____

Si el niño(a) viene de un hogar que no es el de ambos padres biológicos, ¿qué tipo de relación tiene con el padre/madre que ya no está en el hogar? _____

If a birth parent is no longer in the home, how often do they have contact? _____

Si uno de los padres biológicos ya no está en el hogar, ¿qué tan a menudo tienen contacto? _____

Please check if either of this child's natural parents, or immediate family members, experienced any of the following which could have contributed to your child's school difficulties:

Favor de indicar si uno de los padres biológicos o algún miembro de la familia cercana, experimentaron cualesquiera de las siguientes situaciones las cuales pudiesen haber contribuido a las dificultades escolares de su hijo(a):

- | | |
|--|---|
| ☐ alcohol addiction
<i>adicción al alcohol</i> | ☐ psychological/psychiatric evaluation
<i>evaluación psicológica/psiquiátrica</i> |
| ☐ drug addiction
<i>adicción a drogas</i> | ☐ seizures
<i>convulsiones</i> |
| ☐ learning disabilities/problems
<i>discapacidad/problemas de aprendizaje</i> | ☐ speech or language disorder
<i>trastorno de habla o de lenguaje</i> |
| ☐ mental illness
<i>enfermedad mental</i> | ☐ violence/abuse
<i>violencia/abuso</i> |
| ☐ intellectual disability
<i>discapacidad intelectual</i> | ☐ physical disability
<i>discapacidad física</i> |
| ☐ other special education disabilities
<i>otras discapacidades de educación especial</i> | ☐ other
<i>otra</i> |

Please explain any checked boxes: * <i>Favor de explicar cualesquier de las opciones marcadas:</i>

Education Information *Información Educativa*

What is your understanding as to why your child is being referred for a possible evaluation?

¿Por qué piensan que su hijo(a) está siendo referido para una posible evaluación?

What concerns do you have about your child's education?

¿Cuáles preocupaciones tienen acerca de la educación de su hijo(a)?

Has your child even received Special Education services or Early Childhood Intervention Programming such as Head Start? Where? When?

¿Ha recibido su hijo(a) servicios de Educación Especial o Programación de Intervención para Primera Infancia tal como 'Head Start'? ¿Dónde? ¿Cuándo?

Has your child ever been suspended from a Day Care or Preschool? If so, When? Why?

¿Alguna vez su hijo ha sido suspendido de una guardería o preescolar? ¿Si es así cuando? ¿Por qué?

Does your child frequently spend time in another city or country? If so, where do they go and for how long?

¿Pasa tiempo su hijo(a) frecuentemente en otra ciudad o país? ¿Si es así, a dónde va y por cuánto tiempo?

Early Childhood Specific Information

Does your child have problems with any of the following? (Check all that apply)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Chewing
Masticación | ☐ Swallowing
Tragar | ☐ Drooling
Chorreando |
|---|---|---|

Does your child respond to? (Check all that apply)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Touch
Tocar | ☐ Noise
Ruido | ☐ Voices
Voces | ☐ Speech
Habla |
|---|---|--|--|

How does your child respond? (Check all that apply)

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| ☐ Moves body
Mueve el cuerpo | ☐ Moves head
Mueve la cabeza | ☐ Gestures
gestos | ☐ Signs
señales | ☐ Makes Sounds
hace sonidos | ☐ Uses Speech
usar el habla |
|--|--|---|---|---|---|

Your child's speech is best described as follows:

- ☐ Has no speech (No tengo habla)
- ☐ Speech is not understandable at all (El habla no es comprensible en absoluto)
- ☐ Speech is usually understood by family members but rarely by strangers (El habla suele ser entendida por miembros de la familia, pero rara vez por extraños.)
- ☐ Speech is normal for child his/her age (El habla es normal para la niña de su edad.)

The number of words you child uses is:

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---|
| ☐ less than 10
menos de 10 | ☐ 10-50 | ☐ 50-100 | ☐ More than 100
Mas que 100 |
|--|--------------------------------|---------------------------------|---|

Your child says:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Single words
sólo palabras | ☐ 2-3 words together
2-3 palabras | ☐ 3-4 words together
3-4 palabras | ☐ Speaks in sentences
Habla en oraciones |
|--|---|---|--|

What is the most independent thing your child can do?
¿Qué es lo más independiente que puede hacer su hijo?

Does your child need any special equipment to be as independent as possible?
¿Necesita su hijo algún equipo especial para ser lo más independiente posible?

Medical / Development / Health Information
Información Médica/ de Desarrollo/ de Salud

Prenatal / Delivery History
Historial Prenatal/ de Nacimiento

Mother's age at child's birth: _____

Edad de la madre al nacer el niño(a): _____

Length of pregnancy: _____ weeks

Duración del embarazo: _____ *semanas*

Length of labor: _____ hours

Duración del parto: _____ *horas*

Birth Weight: _____ lbs. _____ oz.

Peso al Nacer: _____ *libras:* _____ *onzas*

Sí No

☐ Yes ☐ No Did the mother visit the doctor regularly during the pregnancy?

¿Visitó la madre al doctor regularmente durante el embarazo?

Pregnancy (please clarify any "yes" response on the lines below)

Embarazo (favor de explicar cualquier respuesta "sí" en las líneas siguientes)

Sí No

☐ Yes ☐ No Was there any difficulty during the pregnancy?

¿Existió alguna dificultad durante el embarazo?

☐ Yes ☐ No Did the mother take medication during pregnancy?

¿Tomó la madre algún medicamento durante el embarazo?

☐ Yes ☐ No Did the mother receive anesthesia during delivery?

¿Recibió la madre anestesia durante el nacimiento?

☐ Yes ☐ No Did the mother smoke during pregnancy?

¿Fumó la madre durante el embarazo?

☐ Yes ☐ No Did the mother use alcohol during pregnancy?

¿Usó la madre alcohol durante el embarazo?

☐ Yes ☐ No Did the mother use drugs during pregnancy?

Birth (please clarify any “yes” response on the lines below)

Nacimiento (favor de explicar cualquier respuesta “sí” en las líneas siguientes)

Sí *No*

☐ Yes ☐ No Was your child born by C-section?

¿Su hijo(a) nació por cesárea?

☐ Yes ☐ No Was there any difficulty during delivery?

¿Existió alguna dificultad durante el nacimiento?

☐ Yes ☐ No Were there any complications during delivery? (cyanosis, meconium, cord compression, etc.)

¿Existió alguna complicación durante el nacimiento? (cianosis, meconio, compresión del cordón umbilical, etc.)

☐ Yes ☐ No Was there any trauma to infant? (lack of oxygen, life support, heart problems, etc.)

¿Sufrió el infante algún trauma? (falta de oxígeno, soporte vital, problemas cardíacos, etc.)

☐ Yes ☐ No Were there any noted birth defects?

¿Hubo defectos de nacimientos notorios?

☐ Yes ☐ No Was your child jaundiced?

¿Su hijo(a) tuvo ictericia (se puso amarillento)?

☐ Yes ☐ No Did your child stay in the hospital longer than the mother?

¿Permaneció su hijo(a) en el hospital por un período más largo que la madre?

☐ Yes ☐ No Was there any use of a life support system?

¿Se utilizó algún sistema de soporte vital?

Infancy (please clarify any “yes” response on the lines below)

Infancia (favor de explicar cualquier respuesta “sí” en las líneas siguientes)

Sí *No*

☐ Yes ☐ No Any difficulties during infancy?

¿Existieron dificultades durante la infancia?

☐ Yes ☐ No Were there any episodes of seizures?

¿Hubo algún episodio de convulsiones?

☐ Yes ☐ No Was there any Anoxia (lack of oxygen)?

¿Hubo alguna Anoxia (falta de oxígeno)?

☐ Yes ☐ No Did your child have difficulty gaining weight during the first year of life?
¿Tuvo dificultad su hijo(a) para subir de peso durante el primer año de vida?

Developmental Milestones (check the approximate age when your child did each task)

Historial del Desarrollo (marquen la edad aproximada cuando su hijo(a) hizo cada tarea)

- Rolling over by self ☐ before 2 months ☐ 3-6 months ☐ after 6 months
• *Voltearse solo(a)* *antes de 2 meses* *3-6 meses* *después de 6 meses*
 - Sitting without support ☐ before 5 months ☐ 5-8 months ☐ after 8 months
Sentarse sin ayuda *antes de 5 meses* *5-8 meses* *después de 8 meses*
 - Crawling on hands/knees ☐ before 6 months ☐ 6-9 months ☐ after 9 months
Gatear sobre manos/rodillas *antes de 6 meses* *6-9 meses* *después de 9 meses*
 - Walking independently ☐ before 10 months ☐ 10-18 months ☐ after 18 months
Caminar independientemente *antes de 10 meses* *10-18 meses* *después de 18 meses*
 - Saying first words ☐ before 12 months ☐ 12-18 months ☐ after 18 months
Pronunciar las primeras palabras *antes de 12 meses* *12-18 meses* *después de 18 meses*
 - Talking in simple 2-3 word sentences ☐ before 24 months ☐ 24-36 months ☐ after 36 months
Hablar en oraciones sencillas con 2-3 palabras *antes de 24 meses* *24-36 meses* *después de 36 meses*
 - Toilet training began ☐ before 24 months ☐ 24-40 months ☐ after 40 months
Comenzó a entrenar para ir al baño *antes de 24 meses* *24-40 meses* *después de 40 meses*
 - Toilet training complete ☐ before 30 months ☐ 30-42 months ☐ after 42 months
Completó entrenamiento para el baño *antes de 30 meses* *30-42 meses* *después de 42 meses*
 - Did your child begin talking normally and then stop at some later date? If yes, explain:
¿Comenzó a hablar su hijo(a) normalmente y luego dejó de hablar? Si es así, explique:
-
-
-

Health & Medical Issues About Your Child

Situaciones de Salud y Médicas Acerca de su Hijo(a)

Has your child experienced any of the following medical conditions?

¿Ha experimentado su hijo(a) cualesquiera de las siguientes condiciones médicas?

Sí No

☐ Yes ☐ No Significant illness? If yes, explain:

¿Enfermedad significativa? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Serious accident? If yes, explain:

¿Accidente grave? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

☐ Yes ☐ No Surgery/Hospitalization? If yes, explain:

¿Cirugía/Hospitalización? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Seizure? If yes, explain:

¿Convulsiones? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Fevers above 103 degrees? If yes, explain:

¿Fiebres más altas de 103 grados? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Vision problems? If yes, explain:

¿Problemas de visión? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Wears glasses? If yes, explain:
¿Usa lentes? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Wears contacts? If yes, explain:
¿Usa lentes de contacto? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Hearing problems? If yes, explain:
¿Problemas auditivos? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

☐ Yes ☐ No Wears hearing aids? If yes, explain:
¿Usa audífonos? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Repeated ear infections? If yes, explain:
¿Frecuentes infecciones del oído? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Ever had tubes in ears? If yes, explain:
¿Alguna vez ha tenido tubos en los oídos? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Significant head injury, concussion or loss of consciousness? If yes, explain:
¿Lesión significativa en la cabeza, conmoción cerebral o pérdida de consciencia? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Difficulty eating or drinking? If yes, explain:

¿Dificultad para comer o beber? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Allergies? If yes, explain:

¿Alergias? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Has your child ever been diagnosed with ADD/Attention Deficit/Hyperactivity Disorder?

If yes, explain:

¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) alguna vez con ADD/Trastorno de Déficit de Atención/con Hiperactividad? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

☐ Yes ☐ No Does your child take medication? If yes, explain:

¿Toma medicamento su hijo(a)? Si contestaron sí, expliquen:

☐ Yes ☐ No Has your child ever been treated for other medical/psychiatric disorders? If yes, explain:

¿Ha sido tratado su hijo(a) alguna vez por otros trastornos médicos/psiquiátricos? Si contestaron sí, expliquen:

Agency Involvement

Participación de Agencia

Sí No

☐ Yes ☐ No Does your child receive Department of Developmental Disability (DDD) services? If yes, what services:

¿Recibe su hijo(a) servicios de parte del Departamento del Desarrollo de Discapacidades (DDD por sus siglas en inglés)? Si contestaron sí, qué servicios:

Name/Telephone number of DDD Case Manager: * *Nombre/Número Telefónico del Gerente del Caso de DDD:*

Sí No

- ☐ Yes ☐ No Does your child receive any other outside services (e.g., counselor, psychiatrist, neurologist)?
If yes, please provide the name of agency/doctor/type of services:
¿Recibe su hijo(a) cualesquier otros servicios fuera de la escuela (e.g., consejería, psiquiatra, neurólogo)? Sí contestaron sí, favor de proveer el nombre de la agencia/médico/tipo de servicios:
-
-

Social Information

Información Social

Please check those items which describe your child:

Favor de marcar aquellas situaciones las cuales describen a su hijo(a):

- | | |
|---|---|
| ☐ participates in family activities
<i>participa en actividades familiares</i> | ☐ gets along well with others
<i>se lleva bien con otras personas</i> |
| ☐ is affectionate
<i>es afectuoso</i> | ☐ participates in outside activities (clubs, performing arts.)
<i>participa en actividades al aire libre (clubes, presentaciones artísticas.)</i> |
| ☐ has a good self-image
<i>tiene una buena auto imagen</i> | ☐ gets along with brothers and sisters
<i>se lleva bien con los hermanos y hermanas</i> |
| ☐ has a close relationship with the mother
<i>tiene una relación cercana con la madre</i> | ☐ has a close relationship with the father
<i>tiene una relación cercana con el padre</i> |
| ☐ plays a musical instrument
<i>toca un instrumento musical</i> | ☐ has hobbies
<i>tiene pasatiempos</i> |
| ☐ has a positive attitude
<i>tiene una actitud positiva</i> | ☐ participates in social activities (scouts, church group, etc.)
<i>participa en actividades sociales (scouts, grupo de la iglesia, etc.)</i> |

Please check those items which describe your child that **occur significantly more often** than would be expected for other children their age:

*Favor de marcar las situaciones las cuales describen a su hijo(a) que **ocurren significativamente con más frecuencia** de lo que se esperaba de otros niños de su misma edad:*

- | | |
|--|--|
| ☐ has difficulties sleeping | ☐ has mood swings |
|--|--|

tiene dificultades para dormir

☐ has a short attention span
tiene deficiencia de atención

☐ lies
miente

☐ frustrates easily
se frustra fácilmente

☐ has temper tantrums
tiene berrinches

☐ is aggressive
es agresivo

☐ is withdrawn
es retraído

tiene cambios repentinos de humor

☐ has a poor memory
tiene mala memoria

☐ steals
roba

☐ acts without thinking
actúa sin pensar

☐ becomes angry often
se enoja frecuentemente

☐ experiences excessive sadness
experimenta tristeza excesiva

☐ has made suicide threats
ha amenazado con suicidarse

Please indicate the following about your child:

Favor de indicar lo siguiente acerca de su hijo(a):

General disposition/temperament: <i>Carácter/temperamento en general:</i>	easy-going <i>relajado</i>	slow to warm up <i>lento para animarse</i>	difficult <i>difícil</i>
General activity level: <i>Nivel de actividad en general:</i>	low <i>bajo</i>	average <i>promedio</i>	high <i>alto</i>
Response when angry: <i>Respuesta cuando está enojado:</i>	withdraws <i>se retrae</i>	cries <i>llora</i>	screams <i>grita</i>
		hits <i>golpea</i>	

Please indicate how well your child gets along with:

Favor de indicar que tan bien se lleva su hijo(a) con:

Peers <i>Compañeros</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>
Mother <i>Madre</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>
Father <i>Padre</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>
(Step Mother) <i>(Madrastra)</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>

(Step Father) <i>(Padrastro)</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>
Brother(s) <i>Hermano(s)</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>
Sister(s) <i>Hermana(s)</i>	Well <i>Bien</i>	Okay <i>Aceptable</i>	Poorly <i>Deficientemente</i>

What are your child's strengths?

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo(a)?

What things are difficult for your child?

¿Qué cosas son difíciles para su hijo(a)?

What are your child's interests? What does your child like to do?

¿Cuáles son los intereses de su hijo(a)? ¿Qué le gusta hacer a su hijo(a)?

Have there been any major life events that may have impacted your child recently (e.g., moved, divorce of parents, loss of a family member, etc.)?

¿Se han presentado cualesquier eventos mayores en la vida que pudiesen haber impactado a su hijo(a) recientemente (e.g., mudarse, divorcio de padres, pérdida de un miembro de la familia, etc.)?

Is there any other information or concerns about your child that you would like to share?

¿Existe cualquier otra información o preocupación respecto a su hijo(a) que le gustase compartir?

Form completed by
Formulario completado por

Date
Fecha



(ESCUELA)

Información Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Synergy Student ID#	Date entered into Synergy:
Projected Entry Date/Code	
Actual Entry Date	

NOMBRE**LEGAL:**

(APELLIDOS)

(PRIMER NOMBRE)

(SECUNDO NOMBRE)

GÉNERO:
☐ F
☐ M

**FECHA DE
NACIMIENTO:**

(MES)

(DÍA)

(AÑO)

**ESTADO DE
NACIMIENTO:**
GRADO
☐ PS
☐ 04

☐ KG
☐ 05

☐ 01
☐ 06

☐ 02
☐ 07

☐ 03
☐ 08

**PAÍS DE
NACIMIENTO:** ☐ USA
☐ Otro
FECHA DE ENTRADA A LOS EE. UU.:

(SI EL PAÍS DE ORIGEN NO ES ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA)

(SI ES DIFERENTE AL NOMBRE LEGAL)

NOMBRE COMÚN USADO:

(APELLIDOS)

(PRIMER NOMBRE)

RAZA – POR LO MENOS SELECCIONE UNA

- ☐ Negra
☐ Blanca
☐ Asiática
☐ Indígena Americana o Nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawái o Islas de Pacífico

ETNICIDAD – SELECCIONE UNA RESPUESTA¿Hispano/Latino? ☐ NO ☐ SÍ
**¿Su familia afirma tener alguna afiliación
tribal indígena americana?** ☐ NO ☐ SÍ

(SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE UN FORMULARIO 506)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA – 506

- ☐ Sent Home ☐ In Synergy
☐ No Number

Escuela de Asistencia Anterior:**Estado:****Nivel de Grado:**La escuela a la cual asistió
previamente era:☐ Pública☐ Chárter
☐ En la Reservación
Indígena
☐ Privada☐ Parroquial
☐ Educado
en Casa
¿Ha asistido el estudiante alguna escuela en el estado de Arizona? ☐ NO ☐ SÍ¿Ha asistido el estudiante alguna vez a una escuela del Distrito Washington? ☐ NO ☐ SÍ Escuela _____ Grado(s) _____**¿ALGUNA VEZ EL ESTUDIANTE:**

ha recibido Educación Especial?

☐ NO ☐ SÍ

explique: _____

ha recibido Servicios Dotados?

☐ NO ☐ SÍ

explique: _____

ha recibido Servicios de EL o Bilingües?

☐ NO ☐ SÍ

explique: _____

ha estado expulsado, suspendido a largo
plazo o en proceso?☐ NO ☐ SÍ

explique: _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA - SPED☐ No Docs ☐ Docs☐ Saved☐ WESD Sped Docs in Synergy☐ Resource ☐ Self-Contained**ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS DE ESTE ESTUDIANTE DESDE PREESCOLAR HASTA EL OCTAVO GRADO:**NombreGradoEscuelaVive con el niño(a) inscrito

- | | | | |
|----------|-------|-------|---|
| 1. _____ | _____ | _____ | ☐ NO ☐ SÍ |
| 2. _____ | _____ | _____ | ☐ NO ☐ SÍ |
| 3. _____ | _____ | _____ | ☐ NO ☐ SÍ |

Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)Custodia del Estudiante: ☐ Ambos Padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ DCS☐ Otro _____**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**

- ☐ No Docs ☐ CSU Trifold Given
☐ Legal Docs (Court, Notice to Provider)
☐ Unofficial Docs ☐ CSU Trifold Given
☐ N/A

El Distrito honra todas las órdenes y decretos de la corte en cuanto a situaciones de custodia. Es la responsabilidad de los adultos
que tienen custodia del estudiante de entregar a la escuela una copia certificada de la orden de la corte o decreto.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN:**FECHA:**

DOMICILIO PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE(S) – Domicilio donde el estudiante(s) vive la mayoría del tiempo durante días escolares:

Domicilio Residencial: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Domicilio para Correo: _____ / _____
(SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL) CUIDAD / ESTADO CÓDIGO POSTAL

PADRE/TUTOR SOLAMENTE – Teléfono de casa, celular y correo electrónico serán usados para mensajes automáticos relacionados con asistencias y notificaciones de la escuela o del Distrito.

☐ ABC ☐ BIO	1)	Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/ Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ Otro: Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ NO ☐ Si
	Apellido: _____ Nombre: _____	
	DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) _____ CUIDAD / ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
	Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN _____ Fecha de inicio del servicio militar: _____	
☐ ABC ☐ BIO	2)	Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/ Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ Otro: Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ NO ☐ Si
	Apellido: _____ Nombre: _____	
	DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) _____ CUIDAD / ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
	Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN _____ Fecha de inicio del servicio militar: _____	
☐ ABC ☐ BIO	3)	Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/ Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ Otro: Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ NO ☐ Si
	Apellido: _____ Nombre: _____	
	DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) _____ CUIDAD / ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
	Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN _____ Fecha de inicio del servicio militar: _____	
☐ ABC ☐ BIO	4)	Relación al estudiante ☐ Padre/Madre ☐ Padrastro/ Madrastra ☐ Abuelo(a) ☐ Padre de crianza ☐ Tutor ☐ Otro: Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino Vive con el niño(a) inscrito: ☐ NO ☐ Si
	Apellido: _____ Nombre: _____	
	DIRECCIÓN - (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE) _____ CUIDAD / ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____	
	Celular: _____ Teléfono de casa: _____ Email: _____	
	Servicio Militar (opcional): CIRCULA UNA OPCIÓN _____ Fecha de inicio del servicio militar: _____	

GUARDERÍA – Escriba el nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo(a) después de escuela:

Nombre de la Guardería: _____ #Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES – Escriba los nombres de las personas aparte de los Padres/Guardianes que pueden recoger y cuidar provisionalmente a su hijo(a) en caso de una emergencia:

1 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____
2 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____
3 Nombre: _____	Relación al estudiante: _____
Celular: _____ # Teléfono del trabajo: _____	Teléfono de casa: _____

SI HUBIESE LA NECESIDAD DE AÑADIR CONTACTOS ADICIONALES, PUEDE CONTACTAR A LA OFICINA DE LA ESCUELA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: 
Forms/ Registration Parent Information & Additional Emergency Contacts

Fecha: _____



FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA DE ARIZONA

Incluyendo al estudiante(s) inscrito, escriba los nombres de todos los hermanos(as) de edad escolar que viven en la dirección que aparece en el documento que ha presentado:

Inscribiendo estudiante: _____ Distrito: W.E.S.D. #6

Estudiante: _____ Distrito: W.E.S.D. #6

Estudiante: _____ Distrito: W.E.S.D. #6

Estudiante: _____ Distrito: W.E.S.D. #6

Padre/Guardián Legal _____

ESCRIBA EL NOMBRE

Como Padre/Guardián Legal del estudiante(s), declaro* que soy residente del Estado de Arizona y presento en apoyo de este testimonio una copia de los siguientes **documentos** que **muestran mi nombre y dirección residencial** o descripción física de la propiedad **donde reside el estudiante**:

- ____ Licencia válida de conducir de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o matrícula del vehículo
- ____ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ____ Documentos de escritura de bienes de raíces o hipoteca
- ____ Factura de impuesto de propiedad (*el más reciente*)
- ____ Acuerdo de alquiler o arrendamiento (*firmado por el propietario y el inquilino*)
- ____ Factura de agua, electricidad, gas, cable de televisión o de teléfono (*el más reciente y usando la dirección del servicio*)
- ____ Declaraciones bancarias o de tarjeta de crédito (*el más reciente*)
- ____ Declaración de salario W-2 (*el más reciente*)
- ____ Talón de pago (*el más reciente*)
- ____ Certificado de inscripción tribal (Formulario 506) o otra identificación expedida por una tribu Indígena reconocida que tiene una dirección en Arizona.
- ____ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración del Seguro Social, Administración de los Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.– (*el más reciente*)
- ____ Instalación temporaria de alojamientos en la base (para familias militares)
- ____ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir tarjeta de identificación consular.
- ____ Actualmente no me es posible proveer ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he provisto una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que declara que yo o/y mi(s) hijo(s) hemos establecido residencia en Arizona con la persona firmando la declaración.

X

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

FECHA

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la provisión de documentación verificable no sirve como una declaración de residencia oficial para los impuestos u otros comprobantes legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar una instalación de alojamiento temporal en la base como la dirección para la prueba de residencia.



Encuesta de Residencia McKinney-Vento

La intención de este cuestionario es dirigirse al Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11431 etseq. El Acta McKinney-Vento protege a los estudiantes quienes **carecen de una residencia fija, regular o adecuada durante la noche** para obtener acceso a la educación y otros servicios para los cuales son elegibles. La elegibilidad se debe repasar y evaluar nuevamente cada año escolar.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

School:	_____
Perm ID #:	_____
State ID #:	_____
Grade:	_____
Start Date:	_____

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Estudiante: _____ Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- ☐ Alquilan o son dueños de su propia casa
- ☐ Estudiante vive en colocación de cuidado temporal o hogar grupal



Favor de no continuar completando este formulario si marcaron una de las cajas arriba. Si no han escogido ningunas de las cajas arriba, favor seguir a la próxima sección.



1. ¿Son las situaciones de vivienda actual del estudiante y/o familia temporales?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Es esta situación debido a pérdida de vivienda, problema económico, o evento traumático?

☐ Sí ☐ No

CONTINÚE **SÓLO** SI RESPONDIÓ "SÍ" A AMBAS PREGUNTAS.

Padre/Guardián

Nombre: _____ Número(s) Telefónico: _____

Dirección/Cuidado/Código Postal: _____

Email: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número(s) Telefónico: _____

¿Dónde está el estudiante o la familia viviendo actualmente?

☐ Viviendo temporalmente con una amistad o familia en una casa o apartamento

Nombre y # telefónico de la persona con quien viven: _____

☐ Sin Hogar / Refugio contra Violencia Doméstica / Refugio de Emergencia o de Transición

Nombre y # telefónico del programa: _____

☐ Hotel o motel

Nombre y # telefónico de Hotel/Motel: _____

☐ En un lugar regularmente no designado para dormir (vehículo, parque, campamento, etc.)

☐ El estudiante vive con alguien quien no es su padre/guardián legal.

Nombre y # telefónico de la persona con quien vive el estudiante: _____

¿Cuánto tiempo se espera estar en esta dirección? _____

¿Tiene otros niños en el Distrito Escolar Washington? ☐ Sí ☐ No

Favor de listar nombre(s) y escuela(s): _____

¿Cuál fue la última escuela a la cual su hijo(a) asistió? _____ ¿En qué distrito? _____

Declaro que la información provista es verídica y correcta y de mi propio conocimiento.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

FECHA



Información Médica Estudiantil

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
Student ID# _____	
School: _____	
☐ Compliant immunization record in Synergy	
☐ Awaiting McKinney Vento eligibility	☐ Non-compliant immunization(s) CANNOT START SCHOOL UNTIL COMPLIANT

Apellido Legal: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Grado: _____

¿Tiene el estudiante seguro médico? ☐ NO ☐ SÍ Nombre de la Compañía de Seguro: _____

¿Está tomando actualmente el estudiante medicamentos? ☐ NO ☐ SÍ (Especifique) _____

¿Si respondió sí, será necesario administrar medicamento en la escuela? ☐ NO ☐ SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Usa lentes el estudiante? ☐ NO ☐ SÍ ¿Usa lentes de contacto el estudiante? ☐ NO ☐ SÍ

¿Requiere el estudiante una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza la vida? ☐ NO ☐ SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante una discapacidad que requiere una dieta especial? ☐ NO ☐ SÍ
(Si respondió sí, diríjase a la Oficina de Salud para los procedimientos y los formularios.)

¿Tiene el estudiante dificultades auditivas? ☐ NO ☐ SÍ
Si respondió sí, ¿Usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva? ☐ NO ☐ SÍ

Marque las condiciones que aplican a su hijo(a) y explique abajo:

- | | |
|---|---|
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Alergias a Comestibles |
| ☐ Alergias | ☐ Condiciones Nasales o de la Garganta |
| ☐ Asma | ☐ Condición de Visión/Ojo |
| ☐ Dolores de cabeza crónicos | ☐ Condición cardíaca |
| ☐ Desordenes Ataque/Convulsivo | ☐ Condición de los Riñones /Urinaria |
| ☐ Condición Estomacal /Digestiva | ☐ Condición Auditiva/Oído |
| ☐ Diabetes (Informar la oficina de salud antes que el estudiante comience la escuela.) | ☐ Otro, (especifique) _____ |

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: _____

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades estudiantiles en la escuela.

En caso de accidente o enfermedad, solicito que la escuela se comuniqué conmigo. Si la escuela no se puede comunicar conmigo o con cualquiera de los contactos de emergencia que he provisto, la escuela puede hacer cualesquier arreglos que se consideren necesarios. Dependiendo de la situación, el padre(s)/guardián del estudiante, no la escuela, pudiese ser responsables de los gastos incurridos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN _____ FECHA _____