



ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE
FORMULARIO DE MATRICULA PARA EL ESTUDIANTE

FECHA _____

NOMBRE DE NIÑO(A) _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCION _____ **TELEFONO** _____
(NUMERO) (CALLE) (APT#/PISO) (CÓDIGO POSTAL)

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ **LUGAR DE NACIMIENTO** _____ **SEXO** ____
(CIUDAD) (ESTADO O NACIÓN) M/F

RAZA ETICA (CIRCULE UNO) BLANCO NEGRO ASIATICO INDIO AMERICAN HISPANO

GRUPO ETICO _____
(EJEMPLO: DOMINICANO, PUERTORRIQUENO, PORTUGUES, VIETNAMITA, CAMBOYANO, LIBANES, ETC.)

IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR _____ **S.S.#** _____
(OPCIONAL)

INFORMACION DE LA FAMILIA

MADRE/ENCARGADA

PADRE/ENCARGADO

NOMBRE _____	NOMBRE _____	(CIRCULE UNO)
RELACION _____	RELACION _____	
DIRECCION _____	DIRECCION _____	EMIGRANTE SI NO
TELEFONO _____	TELEFONO _____	REFUGIADO SI NO
CÉLULAR _____	CÉLULAR _____	INMIGRANTE SI NO
EMAIL _____	EMAIL _____	CUSTODIA DEL
OCUPACION _____	OCUPACION _____	ESTADO SI NO
DONDE TRABAJA _____	DONDE TRABAJA _____	SALA DEL ESTADO SI NO
TEL. DEL TRABAJO _____	TEL. DEL TRABAJO _____	SIN HOGAR SI NO
DONDE NACIO _____	DONDE NACIO _____	

HERMANOS/HERMANAS

(SI TIENE MÁS HERMANOS USE OTRO PAPEL SEPARADO)

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____
NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	ESCUELA _____

HAN ESTADO MATRICULADOS ANTERIORMENTE EN LAS ESCUELAS PUBLICAS DE LAWRENCE (CIRCULE UNO) SI NO

ESCUELA ANTERIOR _____
DIRECCION _____

ENTIENDO QUE NECESITO COMPLETAR EL PROCESO DE MATRICULA, INCLUYENDO TODA LA INFORMACION REQUERIDA Y QUE TODA LA INFORMACION QUE YO HE PROVEIDO ES VERDADERA.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O ENCARGADO _____

HOLDING SCHOOL _____ **GRADE** _____ **PROGRAM CODE** _____ **ID#** _____

SCHOOL ASSIGNMENT _____ **EFFECTIVE DATE** _____

ENTERED INTO COMPUTER BY: _____ **IMMUNIZATIONS OK** _____
NAME INITIALS OF SCHOOL NURSE WHEN COMPLETE



ESCUELAS PÚBLICAS DE LAWRENCE

QUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre de los padres _____ Teléfono _____ Teléfono Cel. _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Dirección del Médico _____ Seguro médico? _____

1. Cuando fue la última vez que su niño/a vio a un médico? _____ Dentista? _____

2. Tiene su niño/a cualquier problema que afecte la función del ojo, oído, corazón, riñón, músculos o sistema inmune?
Si _____ No _____

Si es "sí" por favor explica _____

3. Registre cualquier operación, fractura, torcedura, o descolocación de hueso: _____

4. Ha tenido su niño/a alguna vez cualquier de los siguientes? Por favor circule "S" para sí y "N" para no.

a. asma/alergias	S N	l. mononucleosis	S N
b. envenenamiento del plomo	S N	m. pulmonía	S N
c. mareos y/o convulsiones	S N	n. hepatitis	S N
d. soplo o problema del corazón	S N	o. bronquitis	S N
e. fiebre reumática	S N	p. herida de cabeza/contusión	S N
f. enfermedad o herida del riñón	S N	q. meningitis	S N
g. ataque de calor/agotamiento de calor	S N	r. convulsión	S N
h. diabetes	S N	s. problemas dentales serios	S N
i. problemas de menstruación	S N	t. tumor	S N
j. desórdenes de sangre	S N	u. puentes o dientes artificiales	S N
k. artritis o inflamación de las coyunturas	S N	v. anomalías congénitas	S N

CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O HERIDA SERIA _____

POR FAVOR DE EXPLICAR LAS RESPUESTAS A LAS QUE RESPONDIO "SI". _____

5. Toma su niño/a alguna medicina o medicamento ahora? _____ Si que? _____

6. Usa su niño/a anteojos o lentes de contactos? Si _____ No _____

7. Es su niño/a capaz de participar en un programa normal de actividades físicas de la escuela? Si _____ No _____
Si es "no" por favor explica _____

FIRMA _____

Padre o Tutor

FECHA _____