

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

## PAQUETE DE INSCRIPCION 2023-2024

Somos escuelas que satisfacen las necesidades sociales, emocionales y académicas de cada estudiante que servimos.

Atendemos las necesidades de estudiantes que de otro modo que no están encontrando en un entorno de educación tradicional.

¡Nos honra que haya elegido asociarse con nosotros para alimentar el crecimiento social, emocional y educativo de su hijo!

### Hope Academy High School

(Grados 9 – 12)

800 W. Adams Street,

Phoenix, AZ 85007

[sonya.martinez@mcrsd.org](mailto:sonya.martinez@mcrsd.org)

Teléfono: 602-875-5265

M-F: 9:00 AM – 3:00 PM

### Lista de Verificación de Inscripción

Documentos necesarios para inscripción en la escuela:

- Acta de nacimiento original del alumno
- Registros actuales de vacunación del estudiante
- Comprobante de domicilio/residencia en el Condado Maricopa
- Identificación con foto del padre / tutor

Formularios completados:

- Formulario de información del estudiante: completado, firmado y fechado
- Formulario de información de contacto para padres y emergencia: completado, firmado y fechado.
- Formulario de ADE de la Encuesta del idioma del hogar: Completado, firmado y fechado
- Formulario de documentación de residencia de Arizona: Completado, firmado y fechado (con el nombre del estudiante inscrito)
- Formulario de la Encuesta de Residencia McKinney Vento: Completado, apropiadamente, firmado y fechado.
- Formulario de Autorización para liberar registros estudiantiles: Completado, firmado y fechado.
- Formulario de información de salud del estudiante: Completado, firmado y fechado.

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT



FOR OFFICE ONLY	
School Name: <u>Hope Academy High School</u>	CTDS: <u>070199000</u>
Entry Date: _____	Entry Code: _____
Student Number: _____	AZ SAIS ID Number: _____
Grade: _____ Birth Date: _____	Date Form was Submitted: _____
Date Entered into Synergy: _____	By Whom: _____

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

<b>Apellido Legal del Estudiante:</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>		<b>Suffix</b>
<b>Fecha de Nacimiento (mm/dd/año)</b>		<b>Género</b>	<b>Grado</b>	<b>Apellido que usa:</b>		<b>Nombre que usa:</b>
<b>Estado de Nacimiento:</b>		<b>País de Nacimiento:</b>		<b>Si su país de nacimiento no es US, provea fecha: Fecha de entrada a escuela en US:</b>		
<b>Status de Refugiado</b>	<b>País de Refugio:</b>		<b>Número de I-94</b>		<b>¿Si su país de nacimiento no es US, Están los padres en las fuerzas armadas de USA?</b>	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
<b>Dirección del Estudiante – (incluya Edificio, # de apartamento o Lote)</b>				<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>		
<b>Dirección postal del estudiante, si es diferente a la de arriba (incluya Edificio, # de apartamento. o Lote)</b>				<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>		
<b>Correo electrónico del Estudiante:</b>				<b>Número de Teléfono del estudiante:</b>		

¿Cómo supo de la escuela? \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano / Latino  No Hispano / Latino

Selección e una o más razas (sin importar la etnicidad):  Asiática  Indígena Americana / Nativa de Alaska

Negra / afro americana  Blanca  Nativa de Hawaii o Islas del Pacífico

## Cuestionario de información sobre el idioma del Estudiante:

Respuestas a este cuestionario determinará bajo qué nivel del idioma inglés se encuentra el estudiante:

- 1.Cuál es el primer idioma que se usa en el hogar sin importar el lenguaje que habla el estudiante? \_\_\_\_\_
- 2.Cuál es el idioma que más habla el estudiante? \_\_\_\_\_
- 3.Cuál es el idioma que el estudiante adquirió primero? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL EDUCATIVO:

¿Su hijo/a ha atendido a una escuela de MCRSD?  No  Si Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de las escuelas que asistió los últimos tres años:

Año Escolar:	Grado:	Nombre de la Escuela:	Ciudad:	Estado:	País:

Favor de checkar aquí, si el alumno ha recibido servicios especiales:

Educación Especial  504 Accomodation  Dotado/Talento  Aprendizaje del idioma inglés (ELL)

Su hijo/a tiene una discapacidad o alguna lastimadura seria?  No  Si Si dijo que si, por favor especifiquelo en la Hoja de Información Médica del Estudiante.

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

Alguna vez ha sido :

**Expulsado de una escuela o distrito escolar?**

No  Si Fecha: \_\_\_\_\_

**Suspendido por mas de 10 days de una escuela o distrito escolar?**

No  Si Fecha: \_\_\_\_\_

**Ha sido considerado para expulsarlo de una escuela o distrito escolar?**

No  Si Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PADRE / GUARDIAN:

Por favor marque apropiadamente todos los espacios (Si no selecciona "No Text Messages" usted autoriza a la escuela enviar mensajes de texto cuando sea necesario)

Nombre	Parentesco	Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Dirección	Correo Electrónico		
			<input type="checkbox"/> No Mensajes de Texto				
<input type="checkbox"/> Vive con	<input type="checkbox"/> Contacto	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Correo permitido	<input type="checkbox"/> Padre que inscribió	<input type="checkbox"/> Entregar a	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera
Nombre	Parentesco	Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Dirección	Correo Electrónico		
			<input type="checkbox"/> No Mensajes de Texto				
<input type="checkbox"/> Vive con	<input type="checkbox"/> Contacto	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Correo permitido	<input type="checkbox"/> Padre que inscribió	<input type="checkbox"/> Entregar a	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera
Nombre	Parentesco	Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Dirección	Correo Electrónico		
			<input type="checkbox"/> No Mensajes de Texto				
<input type="checkbox"/> Vive con	<input type="checkbox"/> Contacto	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Correo permitido	<input type="checkbox"/> Padre que inscribió	<input type="checkbox"/> Entregar a	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera
Nombre	Parentesco	Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Dirección	Correo Electrónico		
			<input type="checkbox"/> No Mensajes de Texto				
<input type="checkbox"/> Vive con	<input type="checkbox"/> Contacto	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Custodia	<input type="checkbox"/> Correo permitido	<input type="checkbox"/> Padre que inscribió	<input type="checkbox"/> Entregar a	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera

## CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Si el estudiante necesita salir de la escuela y yo no estoy disponible, YO autorizo a las siguientes personas para que tengan custodia temporal y responsabilidad de mi hijo / hija:

Nombre	Parentesco o Relación con el estudiante	Teléfono de Casa	Teléfono Móvil	Teléfono Móvil	Correo electrónico

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

## INFORMACION ESTUDIANTIL

SY 2023-2024

**Escuela:** Hope Academy High School

**Nombre Legal:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

**Género:**  M  F **Grado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Estado de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**País de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Si el país de nacimiento es distinto de los EE.UU)

**Nombre común usado:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al nombre legal) (Apellidos) (Primer Nombre)

**Raza** – Seleccione una al menos:

- Asiatica
- Blanca
- Nativa de Hawái o Islas del Pacífico
- Negra
- Indígena Americana o Nativa de Alaska

**Origen Étnico** – Seleccione una respuesta:

Hispano / Latino  No  Sí

**¿Su familia afirma tener alguna  
afiliación tribal indígena americana?**

No  Sí

**Nombre de la anterior escuela:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

El estudiante:

¿Ha recibido Educación Especial?  No  Sí

¿Ha recibido Servicios para estudiantes dotados?  No  Sí

¿Ha recibido EL o Servicios Bilingües?  No  Sí

¿Ha sido expulsado, suspendido a largo plazo o en proceso de estarlo?  No  Sí Mas información: \_\_\_\_\_

### Información de Custodia por Orden Judicial (Documentos Requeridos)

**Custodia del Estudiante:**  Ambos Padres  Madre  Padre  DCS  Otro: \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar honra todas las ordenes 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:** \_\_\_\_\_

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

## INFORMACION DE LOS PADRES Y CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES

SY 2023-2024

**Domicilio Principal del Estudiante**- Domicilio donde el estudiante vive la mayoría del tiempo durante días escolares:

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

(Si es diferente al domicilio particular)

<p>Relación: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño (a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><b>Nombre:</b> _____ / _____ (Apellidos) (Nombre)</p> <p><b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____ (Si es diferente al domicilio particular)</p> <p><b>Celular:</b> _____ <b>Teléfono de Casa:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____</p>
<p>Relación: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño (a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><b>Nombre:</b> _____ / _____ (Apellidos) (Nombre)</p> <p><b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____ (Si es diferente al domicilio particular)</p> <p><b>Celular:</b> _____ <b>Teléfono de Casa:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____</p>
<p>Relación: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño (a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><b>Nombre:</b> _____ / _____ (Apellidos) (Nombre)</p> <p><b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____ (Si es diferente al domicilio particular)</p> <p><b>Celular:</b> _____ <b>Teléfono de Casa:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____</p>
<p>Relación: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (a) <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Vive con el niño (a) inscrito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><b>Nombre:</b> _____ / _____ (Apellidos) (Nombre)</p> <p><b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____ (Si es diferente al domicilio particular)</p> <p><b>Celular:</b> _____ <b>Teléfono de Casa:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____</p>

**Guardería** – El nombre de la guardería/proveedor quien pudiese recoger a su hijo (a) después de clases:

Nombre de la guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Contactos de Emergencia Adicionales

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



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

Favor de proveer una copia de la Encuesta sobre el Idioma en el Hogar a el Coordinador/Contacto Principal de este sitio. En AzEDS, por favor responda las tres preguntas de la encuesta del idioma en el hogar.

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



## Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Escuela Chárter \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestrami nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- \_\_\_ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- \_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- \_\_\_ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- \_\_\_ 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 la tarjeta de identificación consular.
- \_\_\_ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- \_\_\_ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



**Estado de Arizona**  
**Declaración Jurada de Residencia**  
**Compartida**

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

Nombre del Padre/Custodio Legal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar o Propietario de Escuela Subvencionada: \_\_\_\_\_

Nombre del Residente de Arizona: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre del residente de Arizona) \_\_\_\_\_ juro o afirmo  
quesoy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi  
residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo:

\_\_\_\_\_

Ubicación de me residencia:

\_\_\_\_\_

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi  
nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- \_\_\_ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- \_\_\_ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- \_\_\_ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- \_\_\_ Contrato de renta de casa/residencia
- \_\_\_ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- \_\_\_ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- \_\_\_ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- \_\_\_ Talón del cheque de paga
- \_\_\_ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.

## Acknowledgment

Estado de Arizona

Condado de \_\_\_\_\_

Lo anterior fue reconocido ante me este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,

Por \_\_\_\_\_.

Mi comisión se vence:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notario Publico

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

SY 2023-2024

## 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 donde pasar 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.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Género:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.- ¿El estudiante y/o familia están viviendo en un hogar temporal?  No  Si

2.- ¿Es la situación debida a la pérdida de vivienda, problema económico o evento traumático?  No  Si

CONTINUE SOLAMENTE SI RESPONDIO "SI" A AMBAS PREGUNTAS

Nombre del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Dónde está viviendo el estudiante y su familia actualmente?

- Viviendo temporalmente con otra familia porque no podemos pagar o encontrar un lugar apropiado.  
Nombre y # de teléfono de la persona donde usted está viviendo: \_\_\_\_\_
- Sin hogar / Refugio contra Violencia Domestica / Refugio de Emergencia o de Transición  
Nombre y # de teléfono del programa: \_\_\_\_\_
- Hotel / Motel  
Nombre y # de teléfono del hotel / motel \_\_\_\_\_
- En un lugar regularmente no designado para dormir (vehículo, parque, campamento, etc.)
- El estudiante está viviendo con alguien que no es su padre / guardián legal  
Nombre y # de teléfono de la persona \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo espera estar en esta dirección? \_\_\_\_\_

¿Tiene otros niños inscritos en el Maricopa County Regional School District?  No  Si

Favor de listar nombre(s) y escuela(s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última escuela a la que su hijo (a) asistió? \_\_\_\_\_

¿Cuál distrito escolar? \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

SY 2023-2024

## AUTORIZACION PARA COMPARTIR ARCHIVOS ESTUDIANTILES

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Ultima escuela que asistió:

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

*Escuela adicional que asistió:*

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Según 'Arizona Revised Statute 15-828', yo autorizo el compartir todos los archivos, incluyendo el acta de nacimiento, información académica, educativa, medica (salud), psicológica, de educación especial, de desarrollo social, y de estudiantes dotados al Maricopa County Regional School District.

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hope Academy High School  
800 W. Adams Street  
Phoenix, AZ 85007  
Email: [sonya.martinez@mcrsd.org](mailto:sonya.martinez@mcrsd.org)  
Teléfono: 602-875-5265

Favor de enviar el expediente psicológico / Educación Especial a:  
Maricopa County Regional School District  
800 W. Adams Street  
Phoenix, AZ 85007  
Phone: 602-452-4700

# MARICOPA COUNTY REGIONAL SCHOOL DISTRICT

SY 2023-2024

## INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE

**Nombre Legal:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

¿El estudiante tiene seguro médico?  No  Si

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

¿El estudiante está tomando medicamentos actualmente?  No  Si

Especifique: \_\_\_\_\_

¿Si respondió "sí", será necesario administrar medicamento en la escuela?  No  Si

Especifique: \_\_\_\_\_

¿El estudiante usa lentes?  No  Si ¿El estudiante usa lentes de contacto?  No  Si

¿El estudiante requiere una dieta especial debido a una alergia a comestibles que amenaza su vida?  No  Si

Especifique: \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene alguna discapacidad que requiera una dieta especial?  No  Si

Especifique: \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene dificultades auditivas?  No  Si

¿Si respondió "sí", usa el estudiante aparatos de ayuda auditiva?  No  Si

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

ADD/ADHD

Alergias

Asma

Desórdenes de dolores de cabeza crónicos

Convulsiones / Epilepsia

Problemas digestivos / estómago

Diabetes

Alergias a comidas

Condiciones de la garganta y nasal

Condición de Visión / Ojos

Condición cardíaca

Condición renal / urinaria

Condición auditiva / Oídos

Otra, especifique cuál: \_\_\_\_\_

Favor de explicar las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

Favor de alistar otras condiciones médicas/salud que pudiesen limitar las actividades en la escuela: \_\_\_\_\_

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

**Firma del Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_