

The International High School of New Orleans
Solicitud de Admisión

Instrucciones: Con cuidado y de forma legible complete este formulario y envíelo a la oficina principal de IHS. 727 Carondelet Street New Orleans, LA 70130

Información del Solicitante

Nombre Segundo Nombre Apellido Nombre Preferido o Apodo

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Masculino

Femenino

Edad

Fecha de Nacimiento

Numero de Seguro Social

Grado Actual

Grado al que Aplica

Correo Electrónico

Información de Familia

Padre/Guardián

Nombre Relación al Estudiante

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (casa) Teléfono de Emergencia/ Otro Correo Electrónico

Padre/Guardián

Nombre Relación al Estudiante

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (casa) Teléfono de Emergencia/ Otro Correo Electrónico

Encuesta de Demografía - Estudiante

Esta información nos ayuda a determinar como ayudar mejor a nuestros estudiantes y sus familias. Por favor, asegure seleccionar todos los que aplican. Proveer esta información a la International High School of New Orleans no afecta la consideración de su aceptación.

Nombre del Estudiante _____

Origen Étnico

Por favor, seleccione todos los que aplican:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herencia española o Latinoamericana | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Indígena de Latinoamérica | <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano o de Islas Pacíficas | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Arabe |
| <input type="checkbox"/> Dos o mas etnias | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Nivel de Educación de Padres

Por favor, seleccione el nivel de educación de sus padres.

Madre -	Alguna Escuela Secundaria	Graduada de Escuela Secundaria	Alguna Universidad	Bachillerato	Maestría/
Doctorado					
Padre -	Alguna Escuela Secundaria	Graduado de Escuela Secundaria	Alguna Universidad	Bachillerato	Maestría/
Doctorado					

Asistencia Publica

Por favor, seleccione todos los que aplican:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Usted recibe TANF? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Madre o Padre soltero? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Esta embarazada o criando hijos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Vive en un domicilio que recibe cupones? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está recibiendo ingresos suplementarios o seguro social? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Eres un niño/a acogido/a (foster child)? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Cuestionario para Estudiantes

Nombre del estudiante _____

Grado aplicando _____

Escuela Actual _____

Dirección _____

Teléfono (casa) _____

INSTRUCCIONES:

Complete esta sección con cuidado y de forma legible. Puede contestar las preguntas a mano o añadir su respuesta escrita a maquina. Una vez completado deberá ser devuelto con la solicitud por correo o personalmente a International High School of New Orleans. Utilice hojas adicionales si es necesario.

1. Describa lo que le interesa sobre International High School of New Orleans.

2. ¿Qué libro le ha gustado más en el último año? ¿Por qué?

3. ¿Qué le gustaría decir a International High School of New Orleans sobre usted?



TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Contacto de Emergencia / Consentimiento Médico (ver el reverso)

En caso de emergencia es imperativo que la escuela pueda comunicarse con los padres/guardián es del estudiante. Por favor, llene la información en ambos lados tarjeta correctamente y cuidadosamente. Por favor, escriba en letra de imprenta clara y legible. Grado

ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa (residencia principal) _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

Dirección de correo, si es diferente de la de arriba _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____

¿Hay alguna **ÓRDEN DE LA CORTE** que limite el acceso a la custodia/visita del estudiante?

MADRE/GUARDIAN

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa, si es diferente de la de arriba _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____
Nombre/dirección del trabajo en caso de emergencia _____

PADRE/GUARDIAN

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de la casa, si es diferente de la de arriba _____ Ciudad _____ Estado/Código postal _____
Nombre/dirección del trabajo en caso de emergencia _____

Otros niños en la casa: _____ Nombre _____ Grado _____ Escuela _____
Lenguajes que se hablan en la casa: 1. _____ Grado _____ Escuela _____
2. _____

CONTACTOS AUTORIZADOS

Por favor, escriba los nombres de familiares/vecinos/amigos en proximidad a la escuela a quienes podamos entregar a su niño o llamar en caso de no poder comunicarnos con Ud. **NINGÚN ESTUDIANTE SERA ENTREGADO A NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEAN LOS PADRES, GUARDIANES O ADULTOS EN ESTA LISTA.** Al seleccionar a alguien que Ud. autoriza la entrega de su niño, considere: (a) ¿Se sentirá su niño cómodo con esta persona y esta familia? (b) ¿Podrá ésta persona cuidar a su niño por varios días? (c) ¿Está ésta persona preparada para atender a las necesidades médicas especiales que tiene su niño?

Yo/nosotros autorizo/mos la entrega del/la estudiante mencionado/a más arriba a las siguientes personas en caso de enfermedad, lesión, evacuación o emergencia que puedan ocurrir mientras los estudiantes están en la escuela.

Nombre	Relación	Teléfono de la casa	Teléfono celular o del trabajo

Contacto fuera del estado: _____

Yo declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta. Yo notificaré al personal de la escuela inmediatamente de los cambios que pudieran ocurrir en la información precedente.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____ Relación _____ (Continuar en el reverso) ⇨

Office Use Only

CSIS # _____

Date Enrolled _____

MEDICAL

CUSTODY

SPECIAL NEEDS

Masculino Femenino
Maestro/a/Consejero/a _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Vive con: Ambos padres Padre Madre Guardián legal
¿Cambió la dirección? No Sí Si cambió, llame a la escuela.
 No Sí Si la respuesta es **SÍ**, acompañe la **ODEN LEGAL**.

Correo electrónico _____ Empleador _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ Empleador _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Nombre _____ Grado _____ Escuela _____

TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Información Médica y Consentimiento

ESTUDIANTE

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE LA SALUD.

Medicinas: ¿Requiere su niño/a medicinas en la escuela o en la casa? No Si
 Si su niño/a necesita medicinas en la escuela, todas las medicinas que se envían a la escuela deben estar en el envase original de la receta, con la fecha actual y el nombre del niño/a. El formulario de "Autorización para Administrar Medicinas" debe estar en su legajo. Para emergencias, por favor entregue a la oficina de la escuela una provisión de medicinas para 3 días y en la misma forma, junto al formulario verde de "Medicinas para Emergencias de 72 horas". Ambos formularios están disponibles en la oficina de la escuela. Incluya el nombre del médico quien lo recetó, por Código Educativo \$49480.

Medicina	Médico Recetando Medicina	Dosis	Horario

Información del seguro médico: *Por favor marque la caja apropiada.*

- Seguro médico familiar LaChip
- Medicaid # _____ Sin seguro médico

Doctor/Proveedor de la salud _____ Teléfono _____
 Plan de salud/Nombre del grupo _____ Póliza No. _____
 Dentista _____ Teléfono _____

- Problemas de la visión/audiación:**
- Usa gafas/lentes de contacto: para ver la pizarra para leer todo el tiempo
 - Fecha del último examen de la vista _____ usa audífono(s)
- Condiciones médicas:** Por favor marque las casillitas apropiadas si su niño/a tiene alguna de las siguientes:
- Alergias severas que necesita: Epi-pen Benadryl
 - A comidas/ambientales A picaduras de insectos/avispas A medicinas/drogas Otras

Por favor explique: _____

- Asma en el presente Si lo marcó: usa inhalador toma medicinas a diario
- Tiene convulsiones Si lo marcó ¿toma medicinas? Si No
- Diabetes Si lo marcó ¿depende de la insulina? Si No
- Problemas de conducta: _____
- Limitaciones de movimiento: _____
- Otra (por favor explique): _____
- Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía. Si lo marcó, por favor provea fecha(s) y descripción(es): _____

Condición médica que puede necesitar cuidado o acomodaciones en la escuela (por favor describa): _____

Nosotros recomendamos que Ud. saque una copia de esta tarjeta para sus records

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA.

Yo/nosotros, padre/madre/guardián de _____

un menor y firmante(s) debajo, doy por la presente autorización y consentimiento a la escuela para obtener cuidado médico de emergencia y transportación necesaria, incluyendo exámenes rayos X, anestesia, diagnóstico médico o de cirugía y hospitalización de emergencia, el cuál se considera aconsejable y es provisto bajo la supervisión médica general o específica del personal licenciado de la sala de emergencias bajo las provisiones del acto de la práctica de medicina y del Departamento de Salud Pública del Estado de California.

Se entiende que se harán todos los esfuerzos para contactar al debajo firmante antes de dar tratamiento al estudiante, pero que cualquiera de los tratamientos descriptos arriba no serán retenidos si no es posible comunicarse con el firmante debajo o los adultos autorizados.

Yo/nosotros preferimos para el tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro niño/a. _____ es el hospital

Yo/nosotros entendemos que el distrito escolar no provee seguro médico/de accidente a los estudiantes, y yo/nosotros también entendemos que todos los costos relacionados con el tratamiento médico serán mi/nuestra responsabilidad y no la del distrito escolar.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha _____

AYUDA DE VOLUNTARIO.

Si Ud. vive cerca de la escuela y siente que, si lo llaman, podría ofrecer ayuda voluntaria durante una emergencia, por favor dénos su nombre, teléfono y experiencia.

Me gustaría ayudar en una emergencia.

Nombre _____ Teléfono _____

Calificaciones _____

