



ESCUELAS PÚBLICAS DE O'NEILL
SOLICITUD DE ADMISIÓN DE ESTUDIANTES
 ADMINISTRATIVE OFFICE · 635 N 4TH STREET O'NEILL, NE 68763
 PH 402-336-3775 · FAX 402-336-4890

- PRESCHOOL · 635 N 4TH STREET · PH. 402-336-3775 · FAX 402-336-4890
 ELEMENTARY SCHOOL · 1700 N 4TH STREET · PH. 402-336-1400 · FAX 402-336-2651
 JR-SR HIGH SCHOOL · 540 E HYNES STREET · PH. 402-336-1544 · FAX 402-336-1105

Fecha de hoy:
 (Today's Date:)

Calcula la fecha de inicio del estudiante:
 (Student's Estimated Start Date:)

Información de Estudiante (Student Information)			
Nombre del (Primero, Media, Por último) (Legal Name (First, Middle, Last))		Nombre preferido (Preferred Name)	
Dirección de la calle (Street Address)			
Ciudad/estado/código postal (City/State/Zip)			
Distrito escolar (School District)		Si se transportan, a distancia de la escuela (If transported, distance from school)	
Número de teléfono de casa (Home Phone #)		Número de teléfono de celular (Cell Phone #)	
Fecha de nacimiento (Date of Birth)		Género (Gender)	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Número de Seguro Social (Social Security Number)		Grado (Grade)	
Lugar de nacimiento (Place of Birth)		Idioma principal (Primary Language)	
Nombre de la escuela anterior: (Name of Previous School)		Nombre de asistieron a preescolar: (Name of Pre-School)	
<input type="checkbox"/> En el estado de (In State)	<input type="checkbox"/> Fuera del estado (Out of State)	(si estudiante de jardín de infantes) (If Kindergarten Student)	
Información de padre o guardián (Parent/Guardian Information)			
Adulto # 1 (Adult #1)		<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger (OK to Pick Up)	<input type="checkbox"/> Custodia legal (Legal Custody)
Relación (Relationship)		Número de teléfono de celular (Cell Phone #)	
E-Mail Address		Servicio Militar (Military Service)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de trabajo (Work Place)		Número de teléfono de trabajo (Work Phone #)	
Adulto # 2 (Adult #2)		<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger (OK to Pick Up)	<input type="checkbox"/> Custodia legal (Legal Custody)
Relación (Relationship)		Número de teléfono de celular (Cell Phone #)	
E-Mail Address		Servicio Militar (Military Service)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de trabajo (Work Place)		Número de teléfono de trabajo (Work Phone #)	
Situación de los padres (Parental Status)			
<input type="checkbox"/> Se casó con (Married)	<input type="checkbox"/> Se divorciaron (Divorced)	<input type="checkbox"/> Solo (Single)	
<input type="checkbox"/> Padre fallecido (Father Deceased)	<input type="checkbox"/> Padre se volvió a casar (Father Remarried)	<input type="checkbox"/> Madre fallecida (Mother Deceased)	<input type="checkbox"/> Madre volvió a casarse (Mother Remarried)
Idioma principal (Primary Language)			

La junta directiva apoyo la entrega del programa de educación y los servicios a estudiantes sin discriminación de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, o estado civil y proporciona un acceso igual a los Boy Scouts y otros grupos designados de jóvenes. Este concepto de oportunidades educativas igualdades es una guía para la junta directiva y los empleados para tomar decisiones relativas a las instalaciones del distrito escolar, el empleo, la selección de materiales educativos, el equipo, el temario, y las reglas que afectan a los estudiantes.

(The board supports the delivery of the education program and services to students free of discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or marital status and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. This concept of equal educational opportunity serves as a guide for the board and employees in making decisions relating to school district facilities, employment, selection of educational materials, equipment, curriculum, and regulations affecting students.)

¿Debe haber un correo duplicado para este niño a otro padre? <i>(Should there be a duplicate mailing for this child to another parent?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor completa la sección para correos duplicados: <i>(If yes, please complete section below for duplicate mailings:)</i>		<input type="checkbox"/> No Custodia Conjunta <i>(Non-Custodial)</i>	<input type="checkbox"/> Custodia Compartida <i>(Shared Custody)</i>
Adulto # 1 (Adult #1)			<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger <i>(OK to Pick Up)</i>
Dirección de la calle <i>(Street Address)</i>			
Ciudad/estado/código postal <i>(City/State/Zip)</i>		Número de teléfono de casa <i>(Home Phone #)</i>	
Relación <i>(Relationship)</i>		Número de teléfono de celular <i>(Cell Phone #)</i>	
E-Mail Address			
Lugar de trabajo <i>(Work Place)</i>		Número de teléfono de trabajo <i>(Work Phone #)</i>	
Adult #2			<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger <i>(OK to Pick Up)</i>
Relación <i>(Relationship)</i>		Número de teléfono de celular <i>(Cell Phone #)</i>	
E-Mail Address			
Lugar de trabajo <i>(Work Place)</i>		Número de teléfono de trabajo <i>(Work Phone #)</i>	
Información de contacto de emergencia <i>(Emergency Contact Information)</i>			
Nombre <i>(Name)</i>			<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger <i>(OK to Pick Up)</i>
Dirección de la calle <i>(Street Address)</i>			
Ciudad/estado/código postal <i>(City/State/Zip)</i>		Número de teléfono de casa <i>(Home Phone #)</i>	
Relación <i>(Relationship)</i>		Número de teléfono de celular <i>(Cell Phone #)</i>	
E-mail Address			
Lugar de trabajo <i>(Work Place)</i>		Número de teléfono de trabajo <i>(Work Phone #)</i>	
Nombre <i>(Name)</i>			<input type="checkbox"/> Aceptar para recoger <i>(OK to Pick Up)</i>
Dirección de la calle <i>(Street Address)</i>			
Ciudad/estado/código postal <i>(City/State/Zip)</i>		Número de teléfono de casa <i>(Home Phone #)</i>	
Relación <i>(Relationship)</i>		Número de teléfono de celular <i>(Cell Phone #)</i>	
E-mail Address			
Lugar de trabajo <i>(Work Place)</i>		Número de teléfono de trabajo <i>(Work Phone #)</i>	

Información de la raza y origen étnico del estudiante <i>(Student Race and Ethnicity Information)</i>			
Parte A.	Es este estudiante (o está) hispanos/latinos? (Elija uno) <i>(Is this student (or Are you) Hispanic/Latino? (Choose only one))</i>		
<input type="checkbox"/>	No, no hispanos/latinos (No, not Hispanic/Latino)		
<input type="checkbox"/>	Sí, Hispano/Latino (Una persona de cultura cubana, mexicana, puertorriqueño, sur o América Central o otra de origen, independientemente de la raza.) <i>(Yes, Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.))</i>		
<p>La parte anterior de la pregunta es sobre el origen étnico, raza no. No importa lo que seleccionado anteriormente, continúa responder a las siguientes marcando uno o varios cuadros para indicar lo que considera la raza de su estudiante (o su) a ser. <i>(The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your student's (or your) race to be.)</i></p>			
Parte B.	¿Qué es la raza del estudiante (o su)? (Elija uno o más) <i>(What is the student's (or your) race? (Choose one or more))</i>		
<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene afiliación tribales o comunidad adjuntos.) <i>(American Indian or Alaska Native (A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.))</i>		
<input type="checkbox"/>	Asia (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de extremo Oriente, sudeste Asia o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.) <i>(Asian (A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.))</i>		
<input type="checkbox"/>	Afroamericana o negra (Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.) <i>(Black or African American (A person having origins in any of the black racial groups of Africa.))</i>		
<input type="checkbox"/>	Nativo hawaiano u otros isleños del Pacífico (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.) <i>(Native Hawaiian or Other Pacific Islander (A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.))</i>		
<input type="checkbox"/>	Blanco (Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Oriente Medio o norte de África.) <i>(White (A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.))</i>		
Información de los Estudiantes Más <i>(Additional Student Information)</i>			
¿Tiene este niño recibe servicios de educación especial? <i>(Has this child received Special Education Services?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿hay un IEP actual, MDT? <i>(If yes, is there a current IEP, MDT?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este niño, un barrio del Estado o el Tribunal? <i>(Is this child a ward of the State or Court?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño fueron expulsados de escuela (pública o privada en cualquier estado)? <i>(Has this child been expelled from school (either public or private in any state)?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿se ha completado el término (período) de expulsión? <i>(If yes, has the term (time period) of expulsion been completed?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este niño sin hogar? <i>(Is this child homeless?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este niño migrante? <i>(Is this child migrant?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es este niño un solo progenitor? <i>(Is this child a single parent?)</i>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Preguntas de salud: (Si responde sí a cualquiera de las preguntas, por favor explicar.)*(Health Questions (If you answer yes to any of the questions, please explain.))*

¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? <i>(Is your child allergic to any medications?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene algún tipo de alergia alimentaria? <i>(Does your child have any food allergies?)</i> En caso afirmativo, ¿su hijo utiliza una pluma de epi? <i>(If yes, does your child use an epi pen?)</i> En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para completar un plan de acción. <i>(If yes, please contact the School Nurse to complete an action plan.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene otras alergias o sensibilidades? <i>(Does your child have any other allergies or sensitivities?)</i> En caso afirmativo, ¿su hijo utiliza una pluma de epi? <i>(If yes, does your child use an epi pen?)</i> En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para completar un plan de acción. <i>(If yes, please contact the School Nurse to complete an action plan.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene dificultades para respirar o asma? <i>(Does your child have any asthma or breathing difficulties?)</i> En caso afirmativo, ¿su hijo usa un inhalador? <i>(If yes, does your child use an inhaler?)</i> En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? <i>(If yes, how often?)</i> Estudiantes con asma o dificultad para respirar severa debe ponerse en contacto con la enfermera de la escuela para completar un plan de acción. <i>(* Students with asthma or severe breathing difficulties must contact the School Nurse to complete an action plan.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Es el niño un diabético? <i>(Is your child diabetic?)</i> En caso afirmativo, ¿su hijo utiliza insulina? <i>(If yes, does your child use insulin?)</i> En caso afirmativo, ¿qué tipo, dosis de, y hora <i>(If yes, what type, dose, and time?)</i> Los estudiantes con diabetes deben ponerse en contacto con la enfermera de la escuela para completar un plan de acción. <i>(* Students with diabetes must contact the School Nurse to complete an action plan.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha tenido su hijo un ataque o convulsión? <i>(Has your child ever had a seizure or convulsion?)</i> En caso afirmativo, póngase en contacto con la escuela enfermera para completar un plan de acción. <i>(If yes, please contact the School Nurse to complete an action plan.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene cualquier condición cardíaca/corazón? <i>Does your child have any cardiac/heart conditions?</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene su hijo diagnosticado con alguna enfermedad o condición crónica? <i>(Has your child been diagnosed with any chronic disease or condition?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene problemas de audición o infecciones frecuentes? <i>(Does your child have any hearing problems or frequent infections?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su niño requieren suministros de cualquier equipo/médicos especiales tales como audífonos, nebulizadores, medidor de flujo máximo, monitores de glucosa, etc.? <i>Does your child require any special equipment/medical supplies such as hearing aids, nebulizers, peak flow meter, glucose monitors, etc?</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tome los medicamentos recetados? <i>(Does your child take any prescription medications?)</i> Por favor indique nombre y dosis de todos Medicaciones? <i>(Please list names and doses of all medications.)</i> ¿Será alguno de estos medicamentos administrada en la escuela? <i>(If yes, will any of these medications be administered at school?)</i> En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para completar formularios apropiados. <i>(If yes, please contact the school nurse to complete appropriate forms.)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo toma cualquiera los medicamentos sin receta médica habitualmente? <i>(Does your child take any over the counter medications routinely?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene su hijo tenía cualquier operaciones o procedimientos quirúrgicos? <i>(Has your child had any surgical procedures or operations?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tenía la enfermedad de varicela? <i>(Has your child had the varicella (chicken pox) disease?)</i> En caso afirmativo, ¿qué año? <i>If yes, what year?</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tiene alguna duda psiquiátrica, comportamiento, o emocional? <i>(Does your child have any psychiatric, behavioral, or emotional concerns?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Por favor indique cualquier otra preocupación médica <i>(Please lists any other medical concerns)</i>				
¿La información puede compartirse con los funcionarios que trabajan con su hijo? <i>(Can the above information be shared with staff members that work with your child?)</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Comprobar que la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento. <i>(I verify that the above information is correct to the best of my knowledge.)</i>				

Firma de padre *(Parent Signature)*Fecha *(Date)*

Departamento de educación de Nebraska

Encuesta de idioma principal

(Nebraska Department of Education

Home Language Survey)

Nombre del estudiante:

(Student's Name)

Fecha de nacimiento:

(Birth Date)

Nombre de padre o guardián:

(Parent or Guardian's Name)

la escuela:

(School)

Grado:

(Grade)

Género:

(Gender)

Masculino

(Male)

Femenino

(Female)

1) ¿En qué idioma aprendió a hablar el estudiante?

(What language did the student first learn to speak?)

2) ¿Qué idioma se habla más a menudo por el estudiante?

(What language is spoken most often by the student?)

3) ¿Qué idioma se usa principalmente en el hogar del estudiante,
independientemente del idioma que hable el estudiante?

*(What language is primarily used in the student's home regardless
of the language spoken by the student?)*

Firma de padre o guardián *(Parent or Guardian's Signature)*

Fecha *(Date)*