

# Children's Defense Fund Freedom Schools® Forma de Inscripción Para Niños



**INSTRUCCIONES:** Por favor complete un formulario para cada niño(a) que desee inscribirse en el programa *Freedom Schools* del Children's Defense Fund. Si la información requerida no aplica a su niño(a), marque N/A. Si la información requerida no está disponible o no la sabe marque U/A.

**Fecha:** (Mes/ Día/ Año): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Guardián:** (Apellido, Primer Nombre, Inicial):  
\_\_\_\_\_

Parentesco al niño(a): \_\_\_\_\_

- Madre
- Padre
- Guardián Legal
- Padre de Crianza
- Abuelo/a
- Otro \_\_\_\_\_

¿Actualmente vive este niño(a) con usted?

- Sí
- No

¿Cuál es la dirección de su niño(a)?

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información Demográfica de su Niño(a)

1. **Apellido del niño(a):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Primer nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segundo Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **Nombre Preferido del Niño(a) o Apodo:** \_\_\_\_\_

3. **Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**4. Sexo:**

- Masculino
- Femenino

**5. ¿Cuál es el idioma principal/idioma nativo de su hijo(a) (idioma usado en casa)?**

**6. Raza de su hijo(a)/Etnia (seleccione solo una):**

- Afro-Americano/Negro, no-Latino
- Nativo Americano/Indígena o Nativo de Alaska
- Asiático-Americano
- Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
- Latino/Hispano
- Euro-Americano/Blanco, no-Latino
- Etnidad Mixta
- Otra \_\_\_\_\_

**7. ¿Tiene su hijo(a) hermanos(as)?**

- Sí **Si respondió sí, cuántos(as) tiene?** \_\_\_\_\_
- No

**8. ¿Tiene su hijo(a) hermanos(as) que actualmente participan en el programa *CDF Freedom Schools*?**

- Sí
- No

**9. ¿En qué otras actividades extracurriculares o programas de enriquecimiento participa su hijo(a) durante el verano o año escolar (ej. deportes organizados, música o baile, tutoría académica, clubs, etc.)?**

---

---

---

**10. ¿Recibe o califica su hijo(a) para almuerzo gratis/precio reducido en la escuela durante el año escolar?**

- Sí
- No

**11. ¿A qué tipo de escuela asiste su hijo(a)?**

- Pública
- Escuela Charter
- Religiosa
- Privada
- Escuela en Casa
- Otro \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál es el nombre y la dirección de la escuela a la cual asiste su hijo(a) durante el año escolar?

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

13. ¿Qué grado escolar acaba de completar su hijo(a)?

Pre-K

4

9

K

5

10

1

6

11

2

7

12

3

8

14. ¿Ha estado su hijo(a) en un hogar de crianza (foster care) en algún momento en su vida?

Sí

No

#### Información Académica de Su Hijo(a)

15. ¿Participa su hijo(a) en cualquiera de los siguientes programas educacionales (seleccione todo lo que aplique)?

Educación Bilingüe

ESL/LEP

Educación Especial

Dotado y Talentoso

Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Le ha informado su doctor, un profesional de la salud, maestro, u oficial de la escuela alguna vez que su hijo(a) tiene una discapacidad de aprendizaje?

Sí

No

Si respondió sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. ¿Ha repetido su hijo(a) un grado alguna vez?

- Sí
- No
- Se desconoce

18. ¿Ha participado, anteriormente, su hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools*?

- Sí
- No

**Si respondió sí, cuántos veranos ha participado su hijo(a) en el programa *CDF Freedom Schools*?**

**(No incluya el verano actual.)**

---

19. ¿En cuál nivel del Currículo de Lectura Integrada (IRC) va a participar su hijo(a) este verano?  
(Use el nivel que refleje el año escolar más reciente de su hijo(a).)

- Nivel I (Grados K-2)
- Nivel II (Grados 3-5)
- Nivel III (Grados 6-8)
- Nivel IV (Grados 9-12)

20. ¿Cuál es el nivel de desempeño en lectura de su hijo(a)?

- Superior al Grado
- De Acuerdo al Grado
- Por Debajo del Grado
- No Aplica
- Se Desconoce

### Información Médica del Niño(a)

21. ¿Tiene su hijo(a) aseguranza médica?

- Sí
- No

**Si respondió sí, por favor provea los datos requeridos a continuación:**

Compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona al Mando de la Póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Por favor explique cualquier procedimiento especial que debemos seguir en el evento que su hijo(a) sufra una emergencia médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. **¿Le ha confirmado, alguna vez, un doctor o profesional médico que su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones médicas o discapacidades?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento o conducta          |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos                                  | <input type="checkbox"/> Problemas con los músculos, huesos, articulares |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión                                  | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atención (ADD)              | <input type="checkbox"/> Autismo   |
| <input type="checkbox"/> Transtorno Hiperactivo de Déficit de Atención (ADHD) | <input type="checkbox"/> Obesidad  |
| <input type="checkbox"/> Depresión o problemas de ansiedad                    |  |

Cualquier retraso en su desarrollo o deficiencia física (Por favor describa debajo.)

---

---

---

---

---

---

---

---

23. **¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica o discapacidad que no esta en la lista anterior? Por favor describa en el espacio siguiente.**

---

---

---

---

---

---

---

---

24. **¿Tiene su hijo(a) restricciones dietéticas, de alergia o de ejercicio? Si respondió sí, por favor describa en el espacio siguiente.**

---

---

---

---

---

---

---

---

25. ¿Usa su hijo(a) medicamento recetado por un doctor?

- Sí
- No

Si respondió sí, por favor incluya una lista del medicamento:

---

---

---

---

---

26. ¿Por alguna razón su hijo(a) no puede participar en actividades de dificultad moderada o fatigante?

- Sí
- No

Si respondió sí, por favor explique:

---

---

---

---

---

27. ¿Ha visitado su hijo(a) al médico durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

28. ¿Durante los últimos 12 meses, le ha dicho un doctor o profesional de salud que su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- Fiebre del hieno o cualquier alergia respiratoria
- Cualquier alergia digestiva o de comida
- Eccema o cualquier alergia de la piel
- Dolores de cabeza severos o frecuentes (incluyendo migrañas)
- Problemas del habla (tartamudeo o balbuceo)
- Tres o más infecciones de los oídos
- Otro \_\_\_\_\_

29. ¿Ha visitado su niño(a) al dentista durante los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

30. ¿Ha visitado su hijo(a) al optometrista en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- Se desconoce

31. Por favor indique cualquier otra información adicional que desea proveer acerca de su hijo(a) aquí.

---

---

---

---

---

---

**THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY**  
(Esta sección se completará por el personal)

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name of *CDF Freedom Schools* program Sponsor Organization:

---

Name of *CDF Freedom Schools* program Site:

---

*CDF Freedom Schools* program Site Address:

---

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

*CDF Freedom Schools* program Site Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_