

FOR SCHOOL USE ONLY: ENTRY DATE: \_\_\_\_\_ DISCHARGED DATE: \_\_\_\_\_

### STUDENT APPLICATION / APLICACION DEL ESTUDIANTE

Student Name (*Nombre del estudiante*): \_\_\_\_\_  
First Name Middle Initial Last Name

Preferred Name (*Nombre preferido*): \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): \_\_\_\_\_ Place of Birth (*Lugar de nacimiento*): \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_  
Apartment #

City (*Ciudad*): \_\_\_\_\_ State (*Estado*): \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Current School (*Escuela actual*): \_\_\_\_\_ Grade (*Grado*): \_\_\_\_\_

Primary Language Spoken at Home (*Idioma hablado en la casa*): \_\_\_\_\_

### PARENT/GUARDIAN INFORMATION / PADRE/TUTOR INFORMACION

Parent/Guardian (*Padre/Tutor*): \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*): \_\_\_\_\_

Home Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_

Telephones/Teléfonos:

Cell (*Cellular*): \_\_\_\_\_ Home (*De la casa*): \_\_\_\_\_ Work (*Trabajo*): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

-

Parent/Guardian (*Padre/Tutor*): \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*): \_\_\_\_\_

Home Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_

Telephones/Teléfonos:

Cell (*Cellular*): \_\_\_\_\_ Home (*De la casa*): \_\_\_\_\_ Work (*Trabajo*): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

If the child does not live with both parents in one household, please answer the following:

(*Si el estudiante no vive con ambos padres en un hogar, por favor conteste lo siguiente*): Are Parents (*Estan los padres*):

Separated (*Separados*):  Divorce (*Divorciados*)  Is Separation/Divorce pending?  
(*Estan los padres separados en espera de divorcio*)

Who is the legal guardian (*Quien tiene la custodia legal*): \_\_\_\_\_

To whom should school notices of parent meetings and school reports be sent: \_\_\_\_\_  
*¿A quién deben enviarse los avisos escolares de las reuniones de padres y los informes escolares?:*

**EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_ Relationship (*Relación*): \_\_\_\_\_

Home Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_

Telephones/Teléfonos:

Cell (*Cellular*): \_\_\_\_\_ Home (*De la casa*): \_\_\_\_\_ Work (*Trabajo*): \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION / INFORMACION MEDICA:**

DOCTOR/CLINIC	CONTACT NAME	TELEPHONE
Prescribing Psychiatrist <i>(Psiquiatra que Prescribe)</i>		
Clinical Therapist <i>(Terapista Clinica)</i>		
Intensive Case Manager <i>(Administrador de Casos Intensivos)</i>		
Child Primary Care Physician/Pediatrician <i>(Pediatra/Doctor Primario)</i>		
Other ( <i>Otro</i> ):		

Check if current "Release of Information" signed by parent/guardian:   
*Seleccione aquí si la actual "Divulgación de Información" está firmada por el padre / tutor*

**STUDENT INTEREST/ABILITIES / INTERESES DEL ESTUDIANTE HABILIDADES**

Please describe the student's special interest/abilities:  
*(Por favor Describa los intereses/habilidades especiales del estudiante, PUEDE ESCRIBIRLO EN ESPAÑOL):*

---

---

---

---

---

---

---

---

**SIGNATURE / FIRMA**

Signature of person(s) who completed this form  
*(Firma de la persona que complete este document)*

Please print your name  
*(Por favor escriba su nombre)*

Relationship to child *(Su relación con el estudiante)*

Date *(Fecha)*

Note: I have completed and signed this questionnaire in the belief that all answers are as accurate as possible.  
*(Nota: He completado y firmado este cuestionario y considero de que todas las respuestas son lo más precisas posible.)*