DEPARTAMENTO DE EDUCACION
Secretaría Auxiliar de Servicios Educativos
Integrales para Personas con lmpedimentos

PLANILLA DE REGISTRO

Región Educativa:_____ Fecha de Registro:_____
Distrito Escolar:_____ Núm. Registro: _____
Escuela o Institución:_____

I. Datos personales del niño(a) o joven registrado

Nombre del niño(a) o joven _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre

Fecha de nacimiento ____/____/_____ Edad _____ Sexo ____ Seguro Social _____-____-_____
dia mes año

Nombre del padre _____ Ocupación _____ Tel._____
Nombre de la madre _____ Ocupación _____ Tel._____
Dirección residencial : _____Tel._____
Dirección postal: _____ Zip code_____
Nombre de otro familiar o persona contacto:_____ Tel._____

Origen étnico:

○ 1- Indio Americano Nativo de Alaska ○ 2-Asiático o de las islas del Pacífico ○ 3- Negro o Afro Americano (No Hispano) ○ 4- Hispano o Latino ○ 5- Blancos (No Hispanos)

Razón para referido : _____
_____
_____
_____

II. Evaluaciones previas administradas al niño(a) o joven (si alguna)

Evaluación	Fecha	Administrada por:

III. Recibe servicios de otra agencia : Si _____ No _____

Agencia_____ Tipo servicio_____ Núm. récord_____
_____ _____ _____

_____ _____
Funcionario Firma Padre o Encargado