

## FORMULARIO DE ADMISION

Nombre completo del solicitante: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ultima Escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DE LOS PADRES**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Trabaja : \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Cobertura de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Compañía: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Apellido de Soltero: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Trabaja : \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Cobertura de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Compañía: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Póliza #: \_\_\_\_\_

¿El solicitante ha sido alguna vez víctima de abuso físico, sexual o emocional? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

¿Si la respuesta es sí, cuál?

En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿El solicitante ha sido condenado por un delito? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿El solicitante ha asistido a la consulta de un psicólogo o psiquiatra? \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no

En caso afirmativo, a cual: \_\_\_\_\_

Por favor, de Nombre, Dirección y

Telefono: \_\_\_\_\_

---

---

---

Razón de consulta con este profesional: \_\_\_\_\_

---

---

---

### **INFORMACIÓN MÉDICA**

Por favor enumere cualquier alergia conocida:

---

---

---

Nombre de la Persona que administra la custodia:

---

Dirección de la Persona que administra la custodia:

---

Enumere los hermanos y las hermanas que viven en casa:

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Dirección	Estado Civil
--------	------	---------------------	-----------	--------------

---

---

Enumere los nombres, direcciones y teléfonos de cualquier otro adulto o agencia involucrada.

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

---

---

### INFORMACIÓN ESCOLAR:

#### Escuelas Anteriores

Nombre	Dirección	Grados
--------	-----------	--------

---

---

¿El Solicitante estuvo en Educación Especial?: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "Si", ¿Cómo fue clasificado el estudiante?

\_\_\_\_\_ Discapacidades de Aprendizaje \_\_\_\_\_ Perturbado Emocionalmente

\_\_\_\_\_ Otro

¿El solicitante ha reprobado algún grado escolar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "Si", ¿Cuáles grados?

---

---

---

Por favor describa el comportamiento escolar del solicitante.

---

---

---

---

Por favor describa las relaciones familiares del solicitante.

---

---

---

---

Por favor enumere las razones por las cuales se busca la ubicación.

---

---

---

¿Están los padres divorciados, casados o solteros?

---

¿El solicitante ha vivido lejos de sus padres anteriormente? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "Si", ¿Donde?

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Razón para irse?

---

---

---

¿El solicitante ha usado drogas? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "Si", Por favor describa

---

---

---

Por favor describa el comportamiento del solicitante.

---

---

---

Por favor describa los intereses del solicitante.

---

---

---

Por favor describa la personalidad del solicitante.

---

---

---

Metas

---

---

---

Formulario de Aplicación completado por: \_\_\_\_\_

---

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Relación con el niño (a): \_\_\_\_\_

---

\*\*\*\*\*

**SOLO PARA USO OFICIAL**

A. Fecha de recepción de la solicitud \_\_\_\_\_

B. Entrevista de admisión programada \_\_\_\_\_

C. Disposición de la solicitud \_\_\_\_\_

1. Fecha de aceptación\_\_\_\_\_

2. Fecha de colocación\_\_\_\_\_

3. Fecha no aprobada\_\_\_\_\_