

I.D. # _____

CSIS# _____

Mesa Union School District

3901 North Mesa School Road
Somis, Ca 93066

Date _____

Entering Grade _____

Student Information

Student's Legal Name (From Birth Certificate)

Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____

Mailing Address _____ City _____ Zip _____ Home Phone/Cell Phone _____

Birth Verification BC BAP Other. Date of Birth _____ Place of Birth _____

Year student started school in the U.S. _____ School Last Attended _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Special Education: has your child received special services? If YES, Please check all the following that apply:

Resource Program Speech/Language Reading Remediation 504 Plan Deaf/hard of hearing

English Language Development (ELD) Gifted & Talented Education Program (GATE)

Brothers/sisters attending Mesa _____

Names of siblings not attending Mesa _____

Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino of any race <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White (not of Hispanic origin) Other: <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Laotian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Cambodian
Student's Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other	Home Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other	

Father/Stepfather/Guardian Information:

Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____

Mailing Address _____ Home Phone/Cell phone _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Place of Employment _____ Occupation _____ Work Phone _____

e-mail _____

Mother/Stepmother/Guardian Information:

Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____

Mailing Address _____ Home Phone/Cell phone _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Place of Employment _____ Occupation _____ Work Phone _____

e-mail _____

Parent's Marital Status: Married Divorced Separated Deceased Single Parent

Parent Education Level: <input type="checkbox"/> Not a high school graduate <input type="checkbox"/> College Graduate	<input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Graduate School/Post Graduate Training	<input type="checkbox"/> Some college <input type="checkbox"/> Declined to state or unknown
---	--	--

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

**ENGLISH/SPANISH
HOME LANGUAGE SURVEY
ESTUDIO DEL ODIOMA DEL HOGAR
Mesa Union School**

Date/Fecha

Teacher/Maestro/a

The California Education Code requires school to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you for your help.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro. Gracias por su ayuda.

Name of Student: _____
Nombre del Alumno Last/Apellido First/Primero Middle/Segundo Grade/Grado Age/Edad

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
Cuando su hijo (a) empezó a hablar ¿Cual idioma aprendió primero?
2. What language does your son or daughter most frequently use at home? _____
¿Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter? _____
¿Cual idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)?
4. Name the language most often spoken by the adults at home? _____
¿Cual idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Guardian

MESA UNION SCHOOL DISTRICT

CHILD HEALTH HISTORY AND BACKGROUND INFORMATION

Child's Full Name: _____ Birthdate: _____

Home Address: _____

Home Language: _____ Sex: M ___ F ___ Home Phone: _____

Work Phones: Mother's: _____ Father's: _____

PREGNANCY AND BIRTH HISTORY (check "Yes" or "No") YES NO

During this pregnancy, did you have:
 High Blood Pressure _____
 Anemia _____
 Hemorrhage _____
 Problems with labor and/or delivery _____
 How much did your baby weigh at birth? _____ lb, _____ oz. _____

During first month of life, did your baby have:
 Beathing problems _____
 Feeding problems _____

Was your baby premature? _____
 Was your baby overdue by more than two weeks? _____

CHILD'S MEDICAL HISTORY AND HEALTH REVIEW

Operations _____
 Other hospitalizations _____
 Serious accidents _____
 Takes medication regularly. _____
 Allergies (foods, medicine, pollens, etc.) _____
 Frequent ear infections birth to 1 year _____
 Frequent ear infections 1-4 years _____
 Ear infections: Number in last year _____
 Tonsillitis or severe sore throat: Number in last year _____

CHILD'S DEVELOPMENT

Did your child:
 Roll over at 3-4 months? _____
 Sit alone at 7-8 months? _____
 Walk alone by or before 15 months? _____
 Make baby sounds? _____
 Say first words before 15 months? _____
 Use two-word combinations by 2 years? _____
 Seem to hear well? _____
 Seem to see well? _____

Has your child received services from:
 School District _____
 Infant Specialist _____
 Easter Seals _____
 Tri-County Regional _____
 Speech Therapy _____
 Physical Therapy _____
 Occupational Therapy _____

When? _____

Did your child attend pre-school? _____

Where? _____

How Long? _____

PRESENT BEHAVIOR OF YOUR CHILD

These questions will help us understand your child better and what is usual for him/her and what might not be usual that we should be concerned about:

1. Can you tell us one or two things your child is interested in or does especially well? _____

2. Does your child need help in going to the bathroom during the day? Yes ___ No ___ If yes, please explain _____

3. Does your child have any trouble saying what he/she wants to do or do you have trouble understanding your child?
Yes ___ No ___ If yes, please explain _____

4. Have there been big changes in your child's life in the last six months? Yes ___ No ___ If yes, please describe _____

5. Are you or your family having any problems now that might affect your child? Yes ___ No ___ Please describe _____

6. Is there anything else you would like us to know about your child? Yes ___ No ___ Please describe _____

Person filling out form _____

Relationship to child _____

Date _____

Fecha _____

Mesa Union School District
3901 North Mesa School Road
Somis, California 93066

Información Sobre El Alumno

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Entrado al Grado _____ Ultima escuela _____

(Nombre de escuela)

(Ciudad/estado)

¿Cuento tiempo asisto a la escuela ? : _____

¿Su hijo / hija ha recibido servicios especiales ? _____ Favor de indicar lo que sea aplicable :

Maestro especial de lectura terapeuta del habla y lenguaje Programa de Recursos (RSP) Plan de 504 Sordo

Hermanos / hermanas en la escuela de Mesa ; _____

Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	Etnicidad	<input type="checkbox"/> Negro/Negro Americana	<input type="checkbox"/> Indio Nativo
	<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americana	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino
			<input type="checkbox"/> de las Islas del Pacifico :	<input type="checkbox"/> Anglo sajón (no Hispano)
Lenguaje nativo del alumno	Lenguaje principal de adultos	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Hawaiano	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> de Guam	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Koreano	<input type="checkbox"/> de las islas de Samoa	
<input type="checkbox"/> Otro : _____	<input type="checkbox"/> Otro : _____	<input type="checkbox"/> de Laos	<input type="checkbox"/> de las islas asiáticas	
		<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> de Cambodia	

Información Sobre Padres :

Padre
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Lugar de Empleo : _____ Teléfono de Empleo () _____

Ocupación _____

Madre
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Domicilio _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Lugar de Empleo : _____ Teléfono de Empleo () _____

Ocupación _____

Estado de Padres: Casados Divorciados Separados Difunto

Nivel de educación de padres : *Opcional*

La siguiente información es necesaria para reportar en el examen estatal de STAR.

Nivel de educación

No graduado de secundaria Graduado de secundaria Algún colegio
 Graduado de colegio Diplomado en una profesión Prefiere declinar o no sabe

Firma de Padre o Padrino _____ Fecha _____

**ENGLISH/SPANISH
HOME LANGUAGE SURVEY
ESTUDIO DEL ODIOMA DEL HOGAR
Mesa Union School**

Date/Fecha

Teacher/Maestro/a

The California Education Code requires school to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you for your help.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro. Gracias por su ayuda.

Name of Student: _____
Nombre del Alumno Last/Apellido First/Primero Middle/Segundo Grade/Grado Age/Edad

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
Cuando su hijo (a) empezó a hablar ¿Cual idioma aprendió primero?
2. What language does your son or daughter most frequently use at home? _____
¿Cual idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter? _____
¿Cual idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)?
4. Name the language most often spoken by the adults at home? _____
¿Cual idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Guardian

DISTRITO ESCOLAR DE MESA UNION

HISTORIA DE SALUD Y INFORMACION DE SU FAMILIA

NOMBRE COMPLETO DEL NINO/A _____

FECHO DE NACIMIENTO _____ SEXO: M ___ F ___

DOMICILIO _____

IDIOMA DEL HOGAR _____ NUMERO de TELEFONO _____

HISTORIA DEL EMBARAZO Y DEL NACIMIENTO

(marque la respuesta si o no) SI NO

Durante este embarazo, tuvo usted? SI NO
 Alta presión de sangre ----- -----
 Anemia (baja de hierro) ----- -----
 Hemorragia ----- -----
 Problemas con el parto ----- -----
 Cuánto fué el peso de su niño al nacer? ___ Libras ___ onzas
 Otro problema _____

Durante el primer mes de vida, tuvo su niño?
 Problemas de respiración ----- -----
 Problemas de alimentación ----- -----

Nació su niño antes de tiempo o tardó de nacer más de 2 semanas?
 Cual? ----- -----

HISTORIA MEDICA DEL NINO Y REPASO DE SALUD

Operaciones ----- -----
 Otras hospitalizaciones ----- -----
 Accidentes serios ----- -----

 Toma medicinas por lo regular ----- -----
 Alergias (a comidas, medicinas, polen, etc.) ----- -----
 Infecciones en los oídos:
 Número durante su año primero _____
 Frecuente durante años uno a cuatro ----- -----
 Número durante los últimos 12 meses _____

CHILD'S DEVELOPMENT

Puede o podía hacer su niño lo siguiente: SI NO
 Voltearse a los 3-4 meses? ----- -----
 Sentarse solo a los 7-8 meses? ----- -----
 Caminar solo a los 15 meses ó antes? ----- -----
 Hablar ó sonidos? ----- -----
 Decir primero palabras antes de quince meses? ----- -----
 Oír bien? ----- -----
 Ver bien? ----- -----
 Tiene problemas de conducta que usted quiere discutir? ----- -----

Su hijo a recibido servicios de:

SI NO

- Distrito Escolar
- Especialista infantil
- Easter Seals
- Tri-County Regional
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cuando? _____

Su hijo/a atendió pre-kinder? _____

Donde? _____

Desde cuándo? _____

MANERAS DE COMPORTAMIENTO DE SU HIJO/A

Estas preguntas nos ayudaran a conocer mejor a su hijo/a y saber que cosas son comunes para él o ella, y de las que debemos estar interesados.

1. Me puede decir una o dos cosas de las cuales su hijo/a está interesado ó de las cuales desarrolla mejor? _____
2. Necesita ayuda su niño/a para ir al baño durante el dia? Si__ No__. Si "si", por favor explique. _____
3. Tiene su niño/a dificultades en decir lo que quiere hacer o tiene usted problemas para entenderlo/a. Si__ No__. Si "si", por favor explique. _____
4. Han ocurrido algunos cambios drásticos en la vida de su hijo/a durante los últimos 6 meses? Si__ No__. Si "si", por favor explique. _____
5. Están ó han tenido usted o su familia algunos problemas que podrian afectarle a su hijo/a. Si__ No__. Se "si", por favor explique. _____
6. Hay alguna otra cosa que usted quisiera decimos sobre su hijo/a? Si__ No__. Si "si", por favor explique _____

Persona que lleno la forma _____

Madre o Padre _____

Fecha _____