



Formulario de datos personales de alumnos para los  
Centros de Recomendación

Sea tan amable de dedicar unos minutos para completar este formulario.  
Completarlo en su totalidad nos ayudará a satisfacer mejor lo que necesita.

Referral  
Centers

for High School Alternatives

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Ahora o en algún otro momento, ha pertenecido al sistema de escuelas  
públicas de la Ciudad de Nueva York?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, cuál es su número  
de carné estudiantil /OSIS:

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre y apellido:

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento:

Mes

Día

Año

Edad:

¿Ha venido aquí alguna vez?

☐ Sí ☐ No

Sexo:

☐ Femenino

☐ Masculino

Número de teléfono  
personal: ( ) -

A quién debemos llamar de no poder comunicarnos con usted (elijá una  
opción):

☐ Padre, madre o  
tutor

Nombre y apellido:

☐ Amigo

☐ Novio(a)/Espos(a)

( ) -

Dirección:

Número

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Marque de  
corresponder  
alguna opción:

☐  
Esta vivienda es  
temporaria.

o

☐  
No tengo  
vivienda.

Correo electrónico:

Los alumnos que tienen hijos tienen derecho a servicios adicionales. ¿Es usted padre o  
madre o está esperando un hijo? (Pregunta opcional)

Sí ☐ No ☐

¿Cuál es la razón de su visita de hoy al Centro de Recomendación?

☐ 001 Interésado en el programa de equivalencia de estudios  
secundarios (HSE/GED)

☐ 004 Deseo información sobre apoyo auxiliar no académico

☐ 002 Interésado en obtener un diploma de la escuela secundaria  
(Secundaria tradicional/Secundaria de transferencia/YABC)

☐ 005 Deseo aprender inglés (ESL)

☐ 003 Interésado en la equivalencia de estudios secundarios HSE/GED o  
en un diploma de secundaria

☐ 006 Deseo asesoramiento

☐ Otro (especifique)

¿Cómo se enteró de este Centro de Recomendación?

☐ Organización comunitaria, por ejemplo: templo religioso  
(CBO)

☐ Personal administrativo de la escuela  
(SAD)

☐ Otro (especifique debajo) (OTR)

☐ Familiar (FAM)

☐ Consejero vocacional de la escuela  
(SGC)

☐ Compañero o amigo (FRI)

☐ Docente (THR)

☐ Oficina de Inscripción Estudiantil (OSE)

☐ 311

☐ Sitio web o plataforma social (SLF)

☐ Correo postal, texto o póster (MLG)

Comentarios del alumno de la visita:

For Office Use Only (Para uso de la oficina únicamente)

Name of Counselor working w/ Student:

Date entered into the database:

By:

(SY 2014-2015)



ATS Flags (if student previously enrolled in NYC DOE):

|                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                             |                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BILINGUAL<br><input type="checkbox"/> ESL<br><input type="checkbox"/> LEP<br><input type="checkbox"/> SPEC ED<br><input type="checkbox"/> IEP SPEC ED<br>If YES, mention CDOS | None<br><input type="checkbox"/> | If LEP = Y/S/Z<br>write PL/DCN for<br>either:<br>LAT ENG TOTAL _____<br>LAB ENG TOTAL _____ | <input type="checkbox"/> IMMUN<br>If not E or C,<br>provide list of<br>required<br>immunizations<br>and list of free<br>clinics | <input type="checkbox"/> 86. Gave Overview<br>Appointment Date _____ | <input type="checkbox"/> 87. Gave Test Appointment on:<br>____/____/____                        |
|                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                             |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 88. Placed on Wait List                     | <input type="checkbox"/> 89. Finished Testing – Will return for<br>placement on: ____/____/____ |

Referral Decision (Select one):

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 71. Linden Learning Center Referral Center<br><input type="checkbox"/> 72. Tenzer Referral Center<br><input type="checkbox"/> 73. Downtown Brooklyn RC – Schermerhorn<br><input type="checkbox"/> 74. Staten Island Referral Center<br><input type="checkbox"/> 75. Bronx Referral Center<br><input type="checkbox"/> 76. Brooklyn Referral Center – Marcy Hub<br><input type="checkbox"/> 77. Manhattan Referral Center<br><input type="checkbox"/> 78. Queens Referral Center<br><input type="checkbox"/> 79. Non-DOE HSE/GED<br><input type="checkbox"/> 80. Information Given Only – No Referral Made<br><input type="checkbox"/> 81. Back to Home School<br><input type="checkbox"/> 82. Adult Education | <input type="checkbox"/> 83. OSE (Office of Student Enrollment)<br><input type="checkbox"/> 85. Non-Academic Support Services<br><input type="checkbox"/> 86. Gave Overview Appointment Date<br><input type="checkbox"/> 87. Gave Test Appointment Date<br><input type="checkbox"/> 88. Placed on Waitlist<br><input type="checkbox"/> 89. Finished Testing – Will Return for Placement<br><input type="checkbox"/> 90. Pathways to Graduation (Fill in Below)<br><input type="checkbox"/> 91. Pathways to Graduation Summer School (Fill in Below)<br><input type="checkbox"/> 92. Site Transfer (Fill in Below)<br><input type="checkbox"/> 93. New Diploma Granting School – YABC / Trans. / Int<br>(Fill in Below)<br><input type="checkbox"/> 95. DOE School with Drug Treatment Support |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Referral Decision Detail: For Referral Decisions 90-93

|                                                                     |                               |                                                      |                          |                    |                                        |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| <b>Test Type</b> (please circle)<br>Adaptive - CLAS E - 9/10 - Span | <b>Section</b><br>Math / Read | <b>Book or CLAS E level</b><br>E 1 / M 2 / D 3 / A 4 | <b>SS or CLAS E</b><br>E | <b>GE</b><br>_____ | <b>Co-op Tech or CDOS?</b><br>Yes / No |
| <b>Test Type</b> (please circle)<br>Adaptive - CLAS E - 9/10 - Span | <b>Section</b><br>Math / Read | <b>Lectura</b><br>E 1 / M 2 / D 3 / A 4              | <b>SS or CLAS E</b><br>E | <b>GE</b><br>_____ | <b>LAB-R/NYSITELL Score</b><br>_____   |

|                                                                        |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Referral Code (90-93): _____ if code 93 please circle: YABC/Trans/Int. | Referred by: _____<br>(GC/SW first initial & last name) |
| School/Site Name: _____ DBN: _____ Appt. Fecha: ____/____/____         |                                                         |
| Referral Code (90-93): _____ if code 93 please circle: YABC/Trans/Int. | Referred by: _____<br>(GC/SW first initial & last name) |
| School/Site Name: _____ DBN: _____ Appt. Date: ____/____/____          |                                                         |
| Referral Code (90-93): _____ if code 93 please circle: YABC/Trans/Int. | Referred by: _____<br>(GC/SW first initial & last name) |
| School/Site Name: _____ DBN: _____ Appt. Date: ____/____/____          |                                                         |