

# 2024-2025 New Student Registration

Patricia Beatty Elementary School

4261 Latham Street, Riverside, CA 92501 Phone: (951) 276-2070 Fax: (951) 274-4231

Please read and complete the attached packet. Items listed below are included and/or in addition to the packet and required for registration. We want to make the enrollment process as efficient as possible; failure to have all these items completed will delay the enrollment of your student.

## Included Documents

- New Student Registration Demographics
- Emergency Contact Card
- Home Language Survey
- Housing Questionnaire
- Parent Student Handbook Notification/Authorizations
- Non-Release of Directory Information
- School Funding Form
- Health History Form
- Physical Examination (Grades TK, Kinder, & 1<sup>st</sup>) – signed by physician
- Oral Health Assessment (Grades TK & Kinder) – signed by physician

## Additional Required Documents

- Parent Photo ID
- Birth Certificate/Other proof of birth
- Custodial Documents (if applicable)
- Medical Records
  - Immunization record
    - 4 Polio
    - 5 DTaP
    - 3 Hep B
    - 2 MMR
    - 2 Varicella
  - Physical Exam within last 18 months (Grades TK/Kinder/1<sup>st</sup>) – signed by physician
- 2 Proof of Residency - *Documents must be original and must show the parent/legal guardian's name and address. All documents must have a date within the past 30 days. See attachment for approved proofs of residency.*

## Documents Required from Previous School

- Most recent report cards
- IEP/Special Education Placement (if applicable)
- SST or 504 (if applicable)



# 2024-2025 Nuevo Registro de Estudiantes

Patricia Beatty Elementary School

4261 Latham Street, Riverside, CA 92501 Phone: (951) 276-2070 Fax: (951) 274-4231

Por favor lea y complete el paquete adjunto. Los artículos que se enumeran a continuación están incluidos y/o son adicionales al paquete y son necesarios para el registro. Queremos que el proceso de inscripción sea lo más eficiente posible; Si no se completan todos estos elementos, se retrasará la inscripción de su estudiante.

## Documentos incluidos

- Datos demográficos de registro de nuevos estudiantes
- Tarjeta de contacto de emergencia
- Encuesta sobre el idioma del hogar
- Cuestionario de Vivienda
- Notificaciones/autorizaciones del Manual para padres y estudiantes
- No divulgación de información del directorio
- Formulario de financiación escolar
- Formulario de Historial de Salud
- Examen físico (Grados TK, Kinder y 1.º) – firmado por un medico
- Evaluación de salud bucal (grados TK y Kinder): firmada por un medico

## Documentos adicionales requeridos

- Identificación con fotografía de los padres
- Certificado de Nacimiento/Otra prueba de nacimiento
- Documentos de custodia (si corresponde)
- Registros Médicos
  - Registro de vacunación
    - 4 Polio
    - 5 DTaP
    - 3 hepatitis B
    - 2 RMM
    - 2 Varicela
  - Examen físico dentro de los últimos 18 meses (Grados TK/Kinder/1.º) – firmado por un médico
- 2 Prueba de residencia: los documentos deben ser originales y deben mostrar el nombre y la dirección del padre/tutor legal. Todos los documentos deben tener una fecha dentro de los últimos 30 días. Consulte el archivo adjunto para ver las pruebas de residencia aprobadas.

## Documentos requeridos de la escuela anterior

- Boletas de calificaciones más recientes
- IEP/Colocación en Educación Especial (si corresponde)
- SST o 504 (si corresponde)



# **RUSD 2024-2025 Grade Level Placement**

<b><u>Birthdate Criteria</u></b>	<b><u>Grade Level</u></b>
Born after 6/2/20	May be eligible for Preschool
9/2/19-6/2/20	TK (may be eligible for Preschool)
9/2/18-9/1/19	Kindergarten
9/2/17-9/1/18	1st
9/2/16-9/1/17	2nd
9/2/15-9/1/16	3rd
9/2/14-9/1/15	4th
9/2/13-9/1/14	5th
9/2/12-9/1/13	6th

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

## Formulario De Inscripción 2024-2025

### 1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Nombre del alumno	Segundo Nombre
Nombre legal, si es diferente		Correo electrónico de la familia
Domicilio actual	Ciudad	Código Posta
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Posta
Teléfono del hogar ( )	Celular de madre/padre ( )	Celular de madre/padre ( )
Fecha de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	

### 2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA

Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado
¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*		*Escuela:	

### 3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

*Escriba su nombre y apellido* *Marque si el alumno vive con*

**Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza**

*Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:

No es graduado de preparatoria  Graduado de universidad  Graduado de preparatoria  Escuela/Capacitación de Pos graduado

Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años)  Escuela/Capacitación de Pos graduado

---

**Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza**

*Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:

No es graduado de preparatoria  Graduado de universidad  Graduado de preparatoria  Escuela/Capacitación de Pos graduado

Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años)  Escuela/Capacitación de Pos graduado

¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas?  Si  No  
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)

Sí esta activo/a, ¿Qué rama?  Fuerza Aérea  Ejército  Guarda Costas  Marina  Fuerza Naval

### 4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

## 5) INFORMACIÓN DE SALUD

### Marque todo lo que proceda:

- No se conoce algún problema de salud Comentarios:**
- Alergias (favor de explicar)
- Deficiencia de atención/hiperactividad
- Asma ( depende de inhalador\*)
- Diabético ( depende de insulina\*)
- Convulsiones/Epilepsia ( requiere medicamento\*)
- Cirugías
- Enfermedades graves (favor de explicar)
- Otro medico (favor de explicar)
- Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\* REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA  
\*\* LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS  
INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

## 6) PROGRAMAS ESPECIALES

- Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación**  Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
- Plan de Conducta/Contrato de Conducta
- Terapia de habla  Equipo de estudio estudiantil (SST)  Programa de Especialista de Recursos (RSP)  Foster/Hogar de Crianza
- Clase especial diurna (SDC)  Sin Hogar/McKinney-Vento  Plan 504 Adaptado  Ninguno aplica
- Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial  Otro \_\_\_\_\_

## 7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

### SUSPENSIÓN:

- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.\*

### EXPULSIÓN:

- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.\*
- Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.\*

**\*Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

## 8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino  Sí, es hispano o latino

## 9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

- Indígena americana o de Alaska  Filipino  Coreano  Tahitiano  Indio asiático  Guamaniano  Laosiano  Vietnamita
- Negro o afroamericano  Hawaiano  Otro asiático  Caucásico  Camboyano  Hmong  Otro isleño pacifico
- Chino  Japonés  Samoano

### \*\*\* FIRMA DE PADRE/TUTOR\*\*\*

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

## SOLO USO DE OFICINA

GRADE: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_  REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED:  Birth Verification  Transcripts  Photo ID  Emergency Card  Student Housing Questionnaire

Caregiver  Immunization record  Home Language Survey  Proof of Address  Physical

Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: \_\_\_\_\_  Custody documents

Parent Handbook Proof #2 Date: \_\_\_\_\_  Health History Form  Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

2024-2025 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries \_\_\_\_\_
Completed by \_\_\_\_\_

Student ID # \_\_\_\_\_ Gender: M / F / Nonbinary Grade: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_
Genero Grado Edad Fecha de Nacimiento

Name \_\_\_\_\_
Last / Apellido First / Nombre

Address \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_
Domicilio Código Postal Teléfono

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address \_\_\_\_\_ Lives with student \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address \_\_\_\_\_ Lives with student \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention \_\_\_\_\_
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication \_\_\_\_\_
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: \_\_\_\_\_
Si marco que si anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school with prior written notice from the parent/guardian. If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. Students may only be released to adults, 18 years of age or older. Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor. Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 años de edad.

Table with 3 columns: Name / Nombre, Relationship to student / Parentesco con el estudiante, Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell. Contains 5 rows for listing contacts.

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
Firma de Padre/ Fecha

**Distrito escolar unificado de Riverside**  
**Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación**

**Encuesta de Idiomas del Hogar**

Assessment Center Use Only:	STU-ID: _____
School Year _____	School: _____
Appointment Date: _____	Time: _____
Distribution: Original = Cum	Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a	Required per NCLB & Title III Regulations

**Instrucciones para padres y tutores:** El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Sí contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

Alumno: _____	_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Grado</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Domicilio</i>	<i>Apt. #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Area postal</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Teléfono</i>	_____		_____	
1. _____	_____	2. _____	_____	_____
<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	_____

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. **¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?**

\_\_\_\_\_

2. **¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?**

\_\_\_\_\_

3. **¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)?**

\_\_\_\_\_

4. **¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?**

\_\_\_\_\_

¿Le gustaría que la correspondencia escolar se le envíe a casa en inglés o traducida a otro idioma? \_\_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Otro idioma \_\_\_\_\_  
Nombre del otro idioma

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/tutor / Fecha  
 \_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Padre/tutor

**BOARD OF EDUCATION**

Mr. Dale Kinnear, *President* | Mr. Tom Hunt, *Vice President*  
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Clerk* | Mr. Brent Lee, *Member*  
Dr. Angelo Farooq, *Member* | Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA  
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

## **Ciclo Escolar 2024-2025 – Estableciendo Comprobante de Residencia**

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

### **Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:**

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

### **Documentos que NO se Aceptan:**

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 3/2024

**RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

3380 14th Street  
Riverside, CA 92501  
951-788-7135

**BUSINESS SERVICES**

6050 Industrial Avenue  
Riverside, CA 92504  
951-352-6729

**CENTRAL REGISTRATION CENTER**

5700 Arlington Avenue  
Riverside, CA 92504  
951-352-1200





**Cuestionario de Residencia del Estudiante**

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Seleccione una casilla a continuación.**

- Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

**El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.**

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

**Por favor, indique todos sus hijos en edad escolar que actualmente viven con usted:**

Nombre	M/F/Non binario	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el Coordinador de servicios estudiantiles, **Chris Sewell**, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico [csewell@riversideunified.org](mailto:csewell@riversideunified.org)

**PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)**

If student qualifies for homeless program, scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: [mpaulos@riversideunified.org](mailto:mpaulos@riversideunified.org)

Name of school site personnel receiving this form: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE**  
**MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2024-2025**  
**RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES**  
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

**Estimados Padres/Tutores legales:**

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: <https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

**Información de asistencia escolar** – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

**Información de disciplina** – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

**Medios de difusión** – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

**Política de uso aceptable** – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

**Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno** – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

**CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA**

Nombre del alumno (a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

**Medios de difusión**

**Sí, doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*Como indicado arriba*)

**No, no doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*A menos que haya sido contactado para dar permiso especial*)

**Política de uso aceptable**

**Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable

**No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable

**Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno**

**Sí, doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

**No, no doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

**Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2024-2025, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.**

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

BOARD OF EDUCATION  
Mr. Dale Kinnear, President  
Mr. Tom Hunt, Vice President  
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, Clerk  
Mr. Brent Lee, Member  
Dr. Angelo Farooq, Member

## Riverside Unified School District

Renee Hill  
District Superintendent

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT  
5700 Arlington Avenue  
Riverside, California 92504



(951) 352-1200  
FAX: (951) 274-4202

### **AVISO PARA LOS PADRES DE FAMILIA: NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO PARA LOS COLEGIOS/UNIVERSIDADES, EMPLEADORES POTENCIALES Y RECLUTADORES MILITARES**

Las universidades, empleadores y oficiales de reclutamiento de los servicios militares pueden solicitar a los distritos escolares que proporcionen información para comunicarse con los alumnos del 11º y 12º grado. Esta información es conocida como «Información del Directorio» e incluye el nombre, domicilio y número de teléfono de los alumnos. Las leyes Federales incluyendo la *Ley de Ningún Niño Dejado Atrás* (NCLB) exigen que los distritos escolares proporcionen esta información cuando se la soliciten amenos que los padres hayan solicitado por escrito que no sea proporcionada.

Si usted no desea que el Distrito Escolar Unificado de Riverside proporcione esta información del directorio de su hijo/a, por favor complete el formulario de abajo y regrese a la escuela de su hijo/a antes del 15 de noviembre de 2024.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Núm. de matricula estudiantil: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicitó que la ***información del directorio*** de mi hijo/a, incluyendo nombre, domicilio y número de teléfono, ***NO*** se proporcione a las siguientes entidades:

Marque abajo las que apliquen

\_\_\_\_\_ Servicios militares (Armada, Naval, Fuerza Aérea, Infantes de Marina de los Estados Unidos) y escuelas militares

\_\_\_\_\_ Universidades e instituciones educacionales

\_\_\_\_\_ Posibles empleadores

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información del Estudiante Recién Inscrito en RUSD:**

Por favor incluya solo a los estudiantes recién inscritos en RUSD. Si hay más de 3 estudiantes, complete un formulario adicional.

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

     

Nombre de Escuela :

Fecha de Nacimiento:

         
 D D M M A A A A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

     

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

         
 D D M M A A A A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

     

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

         
 D D M M A A A A

**Tamaño Total del Hogar y Verificación de Ingresos Mensuales:**

Por favor marque con un círculo el número que represente el tamaño total de miembros en su hogar, incluyéndose a usted mismo. Luego, marque con un círculo el nivel de ingresos mensuales total: A, B o C (marque solo una opción).

**● Tamaño del hogar ( 1 )**

- a) \$0 - \$1,632
- b) \$1,633 - \$2,322
- c) \$2,323 - o más

**● Tamaño del hogar ( 2 )**

- a) \$0 - \$2,215
- b) \$2,216 - \$3,152
- c) \$3,153 - o más

**● Tamaño del hogar ( 3 )**

- a) \$0 - \$2,798
- b) \$2,799 - \$3,981
- c) \$3,982 - o más

**● Tamaño del hogar ( 4 )**

- a) \$0 - \$3,380
- b) \$3,381 - \$4,810
- c) \$4,811 - o más

**● Tamaño del hogar ( 5 )**

- a) \$0 - \$3,963
- b) \$3,964 - \$5,640
- c) \$5,641 - o más

**● Tamaño del hogar ( 6 )**

- a) \$0 - \$4,546
- b) \$4,547 - \$6,469
- c) \$6,470 - o más

Si su hogar tiene más de 6 miembros, complete un formulario adicional o comuníquese con Servicios de Nutrición al (951) 352-6740.

*Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa y he divulgado todos los ingresos. Reconozco que la escuela puede recibir fondos estatales y federales basados en esta información y que puede estar sujeta a revisión.*

Nombre del padre/  
Guardian:

Fecha:

Firma del padre/  
Guardian

### ***¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?***

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), *no* las incluya.

***¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”?*** El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

### ***¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual y anualmente?***

- Para cada integrante del hogar, determine la frecuencia con la que recibe el ingreso (semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual o anualmente) y anote la cantidad en la columna correspondiente. Por ejemplo, si le pagan dos veces al mes, declare la cantidad bruta de su recibo de paga en la columna correspondiente.
- Repita estos pasos para cada fuente de ingresos de cada integrante del hogar. Si tiene más fuentes de ingresos que las columnas que se proporcionan, declare el ingreso adicional en la columna que corresponda.

Sume las cantidades declaradas en cada columna en el renglón de subtotal. Multiplique cada subtotal por el número apropiado, como se indica en el formulario.

Sume todas las columnas para determinar el total de ingresos del hogar.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que recibió \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

**Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.**



Grado	Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna <sup>1, 2, 3</sup>				
Ingreso a K-12 °	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>		1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

### Instrucciones:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite [shotsforschool.org](http://shotsforschool.org) para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

**Admita Incon Incondicionalmente** a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente\*

**Admita Condicionalmente** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.\*

## Calendario De Admisión Condicional Para Grados K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

Dosis	Lo Más Temprano Que Se Puede Dar	Excluir Si No Se Ha Dado
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

**La asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.



\* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE**  
**Servicios de salud**  
**5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504**  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL**

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  No binario

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

*Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.*

***Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:***

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente?  Sí  No  ¿Durante el horario escolar?  Sí  No Si sí,

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

**Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)**

Marque  la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

**Asma**

**Convulsiones**

Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_  
 Tipo de convulsión \_\_\_\_\_  
 Actualmente toma medicamentos para las convulsiones \_\_\_\_\_

**Alergias**

Abejas \_\_\_\_\_  
 Comidas \_\_\_\_\_  
 Alérgico al medicamento \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

**Limitaciones físicas** \_\_\_\_\_

Equipo especializado necesario en casa  
 Equipo especializado necesario en la escuela

**Intolerancia a la lactosa**

**Soplo /enfermedad del corazón** \_\_\_\_\_

**Otras condiciones** \_\_\_\_\_

**Diabetes**  **Tipo I**  **Tipo II**

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes?  Sí  No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: \_\_\_\_\_

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente?  Sí  No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea?  Sí  No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? \_\_\_\_\_

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon?  Sí  No Última vez administrado: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba?  Sí  No

Si sí: Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.**

**Firma de los padres/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

Original to Cum  Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100)  Health Assistant  Teacher



## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

### PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

### PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

#### EXAMEN DE SALUD

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

#### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

\*de ser indicado

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

### Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

#### **Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)**

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

#### **Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California**

**[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]**

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

**[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]**

Fecha de la evaluación:  [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience]  (Caries visibles y/o empastes presentes)  (Visible decay and/or fillings present)  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes:  [Visible Decay Present:]  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]  <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found]  <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]  <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
---	---	---	---

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional de salud dental matriculado**  
**[Licensed Dental Professional Signature]**

\_\_\_\_\_  
**Número de matrícula de CA**  
**CA License Number**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
**Date]**

**Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental**

**Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.**

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

- Medi-Cal/Denti-Cal    Healthy Families    Healthy Kids    Otro \_\_\_\_\_    Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si pide ser eximido de este requisito: ► \_\_\_\_\_  
*Firma del padre, madre o tutor* *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

**Regrese este formulario a la escuela *antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.***  
*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***