



Kinder Transicional - 5° grado

**Paquete de Matriculación
(Español)**

¡BIENVENIDO AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BANNING!



Oficina de Matriculación Centralizada
161 W. Williams Street
(951) 922-2702
Horario: 7:30 a.m. - 4:00 p.m.



Lista de Verificación para Matriculación de Grados TK-5:

Para poder matricular a su hijo(a) favor de traer los siguientes documentos.

Comprobante de nacimiento del estudiante *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Acta de Nacimiento (Registrado con el Condado)
- Registro del condado que certifique la fecha de nacimiento
- Registro del hospital
- documentos de adopción
- Acuerdo de colocación / agencia judicial
- Pasaporte
- Declaración del registrador local
- Certificado de Bautismo
- Declaración jurada del padre, tutor, custodio del menor

Registro de Inmunizaciones Actuales

- Polio (4 dosis)
- DTaP (5 dosis)
- MMR (2 dosis)
- HepB (3 dosis)
- Varicela (1 dosis)

Documentos Verificando su Domicilio *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Cuentas de electricidad, de agua, u de gas actuales (Todas las facturas deben tener fecha de los últimos 30 días)
- Matriculación de vehículo
- Documentos del Condado
- Acuerdo de alquilar/renta de parte del propietario(a)

Evaluación de Salud Dental *(Solamente para estudiantes de Kinder)*

Reporte Físico *(Solamente para estudiantes de 1er grado)*

Documentos de la Corte más recientes *(solamente si aplica)*

Copia del Programa de Educación Individualizada (IEP) *(Solamente para Estudiantes de Educación Especial)*

Completar el Paquete de Matriculación de B.U.S.D.

Copia de calificaciones/créditos escolares más recientes

Identificación con Fotografía del Padre/Tutor *(provee UNO de la lista de abajo):*

- Licencia de Conductor de California/Tarjeta de Identificación Estatal Actual
- Pasaporte Actual
- Tarjeta de Identificación del Banco con fotografía
- Familia de Crianza /Grupo Temporal/Tarjeta de Identificación de Agencia



State ID:
Office use only



Date Entered:
office use only

CONTACTO DE EMERGENCIA / FORMULARIO DE MATRICULACIÓN

FAVOR DE NOTIFICAR A LA OFICINA DE MATRICULACIÓN CENTRALIZADA DE CUALQUIER CAMBIO

ID # _____ Año Escolar 20____ - 20____ Escuela _____ Grado _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante		Primer Nombre		Segundo Nombre	Masculino <input type="checkbox"/>
					Femenino <input type="checkbox"/>
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	
Domicilio de Envío (si diferente)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Fecha de Nacimiento		Edad			
El estudiante vive con: Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo Temporal <input type="checkbox"/> Hogares de Crianza Grupales <input type="checkbox"/> Tutor Legal (con documentos judiciales) <input type="checkbox"/> Tutor Informal (sin documentos judiciales) <input type="checkbox"/> ¿Es la persona marcada arriba el tutor legal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si no, favor de completar el formulario de "Declaración de Autorización del Proveedor de Cuidado"					

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Número de Teléfono

Madre/Tutor: Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>	Celular ()
Nombre: _____	Casa ()
Empleador: _____ Posición: _____	Trabajo ()
Correo electrónico _____ Militar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nivel de Educación de la Madre: No Graduo de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Poco de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Maestría/Posgrado <input type="checkbox"/>	
Lengua Materna de la Madre: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Padre/Tutor: Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>	Celular ()
Nombre: _____	Casa ()
Empleador: _____ Posición: _____	Trabajo ()
Correo electrónico _____ Militar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nivel de Educación del Padre: No Graduo de la Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Poco de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Maestría/Posgrado <input type="checkbox"/>	
Lengua Materna del Padre: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	

Residencia Familiar: Casa/Apartamento/Casa Móvil Viviendo con otra familia Motel/Hotel
Carro/Camioneta/Calle Refugio/Transición en Hogar Camping/Parque Otro: _____

Comunicación en el Hogar u en la Escuela: Marque el lenguaje en cual usted gustaría recibir notificaciones de la escuela: Inglés Español

		/ /
Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal	Firma de Padre/Tutor Legal	Fecha

OTROS HIJOS EN ESTE DISTRITO

Nombre:	Escuela:	Nombre:	Escuela:

Origen Étnico

El origen racial es separado de la pregunta anterior sobre el origen étnico. Por favor marque debajo uno u más con cual grupo racial se identifica su niño(a).

¿Es este niño Hispano o Latino?
Sí _____ No _____

Laosiano ___ Camboyano ___ Filipino(a) ___ Hmong ___ Otro(a) Asiático(a) ___
 Originario de Hawai u Isteño(a) del Pacífico: Hawaiano ___ Guameño ___ Samoano ___ Otro ___
 Nativo(a) Americano(a) u Nativo(a) de Alaska ___ Americano(a) Africano(a) ___ Blanco(a) ___

Historial Educativo del Estudiante

		¿Previamente matriculado en el Distrito de Banning? Sí ___ No ___
¿Ha sido este niño reprobado de la escuela? Sí ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado?	¿Ha sido este niño avanzado en otro grado? Si ___ No ___ ¿Si sí, en cual grado?	
¿Ha sido este niño suspendido? Sí ___ No ___	¿Es este niño matriculado actualmente en el Programa de Educación Especial? Sí ___ No ___ Si sí, cual programa(s): RSP ___ SDC ___ Lenguaje y en el Hablar ___ Otro ___	
¿Es este niño actualmente debajo un orden de expulsión u pasando por el proceso de expulsión? Sí ___ No ___ Si su repuesta es si ¿en cual Distrito? _____		
¿Qué servicios especiales ha recibido este niño? Por favor marque todo que aplique. Lenguaje de Desarrollo Inglesa (ELD) ___ Dotado/Talento (GATE) ___ Educación de Nativo Americano ___ Plan de 504 ___ Educación Migrante ___		

INFORMACIÓN DE PERMISO EN CASO DE UNA EMERGENCIA

EN EL EVENTO DE ENFERMEDAD U EN UNA EMERGENCIA EN LA ESCUELA DONDE NO PUEDA SER LOCALIZADO DOY PERMISO QUE MI HIJO/A PUEDA IRSE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS. YO ENTIENDO QUE ESTOS INDIVIDUOS DEBEN IR A LA OFICINA DE LA ESCUELA Y PRESENTAR UN IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA RECOGER A MI HIJO(A).

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON SU HIJO(A)	TELÉFONO DE CELULAR/TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA
		()	()
		()	()
		()	()

En caso de una emergencia autorizó un diagnóstico y un tratamiento por un médico/hospital/paramédicos con licencia y asumiré responsabilidad financiera para tal cuidado si mi doctor médico u yo no estoy disponible: Sí ___ No ___

Doctor Familiar:	Teléfono ()
Dirección del Doctor Familiar:	Ciudad:
Nombre de Seguro Médico:	Número de Póliza:

Medicamentos su hijo esta tomando:

Problemas de Salud/Alergias:

Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Banning NO PROVEE seguro médico accidental al estudiante en heridas relacionadas en la escuelas. Sin embargo, pueden referirme seguro al estudiante para compra voluntaria.

_____ Sí tomo el seguro estudiantil como es ofrecido _____ NO tomo el seguro estudiantil como es ofrecido

Nombre Escrito en Letra de Molde del Padre/Tutor Legal	Firma de Padre/Tutor Legal	Fecha ____/____/____
--	----------------------------	-------------------------

REQUEST FOR RECORDS

Student's Name: _____

Date of Birth: ____/____/____ Grade: _____

Name of Previous School: _____

Address of Previous School: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

FORWARD TO

Cabazon Elementary
 50575 Carmen Ave
 Cabazon, Ca. 92230
 Ph. (951) 922-0252
 Fax#: (951)922-2763



Central Elementary
 295 N. San Geronio Ave
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0264
 Fax#: (951) 922-2718



Hemmerling Elementary
 1928 W. Nicolet St.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0254
 Fax#: (951) 922-0294



Hoffer Elementary
 1115 E. Hoffer St.
 Banning, Ca. 92220
 Ph. (951) 922-0257
 Fax#: (951) 922-0260



- Is the student participating in any Special Education Program? Yes No
- Is the student under an Expulsion Order? Yes No
- Is the student currently in the Dual Immersion Program? Yes No

Please Fax/Mail a copy of the following Documents: FAX MAIL

Proof of Students Birthdate Immunizations Dental Physical *TDAP's stamp CUM

Transcript/Exit Grades/CAASPP scores CELDT/English Prof Results Current Court/Legal papers

The Federal Rights and Privacy Act of 1974, Sections 99.31 and 99.34, and California Law do not require the school forwarding pupil records to obtain permission to release records. The parent signature is provided below because your state or procedures may require parent authorization to release records for the student named above.

I authorize all of my child's records to be sent to the present school. Please send all pupil records, including grades, educational information, psychological, special education, health records, as well as developmental information for the student indicated above.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

In compliance with California Education Code 49068, the Banning Unified School District will inform the parent/guardian of their rights to inspect, review, receive a copy and challenge the content of the records for the above student.



FOR OFFICE USE ONLY:

Date Enrolled ____ / ____ / ____

SCHOOL: _____

Student ID#: _____

EO ____ ELL ____ TBD ____ I-FEP ____ R-FEP ____ DI ____

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Estudiante _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Grado _____ Género: M ____ F ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre de la Última Escuela que Asistió _____

Distrito Escolar _____ Ciudad y Estado _____

Escuelas del Distrito de Banning Previamente Asistidas _____

Padre/Tutor _____

Dirección _____

Tel. de Casa _____ Tel. de Celular _____ Tel. de Trabajo _____

El Código Educacional del estado de California contiene requisitos legales que ordenan a las escuelas evaluar el nivel de inglés de los estudiantes. El proceso comienza con la determinación del idioma hablado en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta sobre el idioma del hogar ayudaran a determinar si se debe evaluar la competencia en inglés de un estudiante. Esta información es esencial para que la escuela provea programas y servicios de instrucción adecuada.

¿Qué idioma aprendió su hijo(a) primero cuando él (ella) empezó a hablar? _____

¿Qué idioma usa su hijo(a) en el hogar con más frecuencia? _____

¿En que idioma le habla a su hijo(a) con más frecuencia? _____

¿Qué idioma usan los adultos en su casa con más frecuencia? _____

Liste por favor los nombres de otros niños(as) que están asistiendo a la escuela.

Nombre _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Grado _____	Escuela _____
Nombre _____	Grado _____	Escuela _____

Para propósitos estadísticos, se nos solicita ocasionalmente información racial/ étnica sobre nuestros alumnos. ¿Con cual grupo étnico se identifica comúnmente el estudiante?

Si más de un racial/étnica, pon en orden su preferencia usando 1 y 2. **(Marque el grupo étnico apropiado.)**

____ Hispano/a	____ Americano/a Nativo/a / Nativo/a de Alaska	____ Isleño/a del Pacífico
____ Hmong/Otro Asiático/a	____ Lao	____ Blanco (Americano/a)
____ Americano/a Africano/a	____ Filipino/a	

¿Ha sido identificado su estudiante como Dotado y Talentoso (GATE)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido identificado su estudiante para recibir Educación Especial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido identificado su estudiante para recibir el plan 504?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Yo soy el padre/tutor de este estudiante. Toda la información es correcta y verdadera.

Firma _____ Fecha _____



NOTIFICACION DE LA LEY DE TUTELA

Las disputas de tutela deben de ser manejadas por los tribunales. Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene el mismo derecho a la tutela de su(s) hijo(s) **A NO SER QUE** uno de ellos tenga una orden judicial que indique lo contrario.

Si el padre tiene una orden judicial firmada por un juez limitando al otro padre o cualquier persona de un contacto, el distrito **DEBE OBTENER LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL**. Si no hay una copia en el expediente, a la escuela se le requiere por ley de entregar los niños a los padres con la identificación adecuada. Las situaciones que ponen el bienestar de los estudiantes en cuestión serán manejadas a la discreción del director/persona asignada. Las situaciones que lleguen a ser disruptivas para la escuela, se llamara a la policía y se pedirá la asistencia de un agente de policía.

A los padres se les pide que hagan todo lo posible de no envolver a la escuela en cuestiones de tutela. Por favor tengan la información actualizada en los expedientes de sus hijos.

He leído y entendido la declaración arriba indicada.

Nombre del alumno: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Esta forma permanecerá en efecto mientras que mi(s) hijo(s) asista(n) al Distrito Escolar de Banning. Si ocurre un cambio, yo informare al distrito y escuela de mis hijos y actualizaré los expedientes con la nueva orden judicial.

El Distrito Unificado de Banning no discrimina en ninguna practica de empleo, programa educativo o actividad educativa sobre la base de y/o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas de edad, ascendencia, color, discapacidad, etnia, género, identidad de género o expresión, información genética, estado civil, condición médica, nacionalidad, afiliación política, el embarazo y los enfermedades relacionadas, la raza, la religión, represalias, el sexo (incluyendo el acoso sexual), orientación sexual o cualquier otra base prohibida por las leyes estatales y federales de la discriminación de California, respectivamente. Además, el distrito ofrece igualdad de acceso a los Boys & Girls Club y otros grupos de jóvenes designados.

Board of Education • Alfredo Andrade • Alex Cassadas • Kerri Mariner • Anne K. Price • Jason Smith

161 W. Williams Street, Banning, CA 92220 • Ph (951) 922-0200 • FAX (951) 922-0227 • www.banning.k12.ca.us



Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	<u>Caries Experience</u> (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible Decay Present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Licensed Dental Professional Signature</i></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>CA License Number</i></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><i>Date</i></td> </tr> </table>				<i>Licensed Dental Professional Signature</i>	<i>CA License Number</i>	<i>Date</i>
<i>Licensed Dental Professional Signature</i>	<i>CA License Number</i>	<i>Date</i>				

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:
- Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None
- I cannot afford a dental check-up for my child.
- I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian
Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Oral Health Assessment Notification Letter

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>.

California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm>.)
2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm>)

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact Annalissa Madriaga at (951) 897-9778 or by e-mail at amadriaga@banning.k12.ca.us.

Sincerely,

Robert Guillen

Robert Guillen, Superintendent

GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA EL INGRESO A LA ESCUELA GRADOS TK/K-12



Requisitos por edad y grado antes del ingreso:

Vacuna	4 – 6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kinder de transición/ kinder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV o IPV)	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis (3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después).	
Difteria, tétanos y tos ferina	5 dosis de DTaP, DTP o DT (4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después).	4 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap o Td (3 dosis cumplen con el requisito si la última se aplicó al cumplir los 2 años de edad o después. Para los alumnos de 7° a 12°, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/DTP y que se la hayan aplicado al cumplir los 7 años de edad o después).	1 dosis de Tdap (O DTP/DTaP al cumplir los 7 años de edad o después).
Sarampión, paperas y rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si se aplican por separado).	1 dosis (Aplicada al cumplir 1 año de edad o después. La vacuna contra las paperas no es necesaria si se aplica por separado).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión (Ambas aplicadas al cumplir 1 año de edad o después).
Hepatitis B (Hep B o HBV)	3 dosis		
Varicela (VAR, MMR-V, o VZV)	1 dosis	1 dosis para alumnos de 7-12 años de edad 2 dosis para alumnos de 13-17 años de edad	

*Los alumnos nuevos de 7° grado también deben cumplir los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

INSTRUCCIONES:

Las escuelas de California deben verificar los comprobantes de vacunación de todos los estudiantes nuevos de kínder de transición/kínder hasta el 12° grado y todos los estudiantes que pasan a 7° grado antes del ingreso.

1. Notifique a los padres sobre las vacunas requeridas y pida los registros de vacunación.
2. Copie la fecha de cada vacuna del registro de vacunación del niño(a) al Registro de Vacunación de Escuelas de California (tarjeta azul, CDPH-286) y/o la calcomanía Tdap complementaria (PM286S (01/11)) o ingrese en un sistema electrónico aprobado que imprima una tarjeta azul.
3. Compare el número de dosis en la tarjeta azul con los requisitos indicados arriba.
4. Determine si el niño(a) puede ser admitido(a)



Continúa en la página siguiente.

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 entreguelo 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)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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)

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 _____

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador _____

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

HISTORIA DEL SALUD DEL ESTIDAINTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Grado: _____

Favor de leer y revisar cualquier enfermedad relativa u condición que su niño(a) tiene actualmente u haya tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Alergia: Punzado de una Abeja (Requiere medicación) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Alergia: Comida (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Hiperactivo: Medicina Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alergia: Medicación (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Desorden del Riñón
<input type="checkbox"/> Alergia: Polen/Polvo/Especie de Fiebre Intermitente	<input type="checkbox"/> Medicaciones prescritas al estudiante (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Alergia: Causas Desconocidas	<input type="checkbox"/> Medicación necesario en la escuela (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Dolores Menstruales (severos)
<input type="checkbox"/> Artritis (Reumatoide)	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza de la Jaqueca (Medicación Requerido) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma (Moderado)	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Asma (Medicación Requerida)	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento/Desorden del Cromosoma	<input type="checkbox"/> La Nariz Sangra (Frecuentemente)
<input type="checkbox"/> Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Osgood-Schlatter
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Limitaciones de la Actividad Física (nota del doctor requerida)
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Historia de la Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Sarampión: de tres días
<input type="checkbox"/> Acromatopsia	<input type="checkbox"/> Rubéola: sarampión de diez días
<input type="checkbox"/> Fibrosis Enquistada	<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata
<input type="checkbox"/> Diabético: Dependiente de la Insulina: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> Desordenes de Consumición: <input type="checkbox"/> De peso insuficiente <input type="checkbox"/> Exceso en el peso	<input type="checkbox"/> Anemia de Célula Falciforme (Explique en la sección de comentarios)
<input type="checkbox"/> Desordenes Endocrinos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Asimientos: La Medicación Requerido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Desorden de Crecimiento (Explique en la sección de comentarios)	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (usa lentes/contactos)
<input type="checkbox"/> Perdida del Sentido de Oír: Uso de ayuda de oír Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Debilitación de la Visión (con deficiencias visuales)
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Defecto	<input type="checkbox"/> Otro (Explique en la sección de comentarios)
	<input type="checkbox"/> Ningunos problemas de salud sabidos

Comentarios: _____
