

# INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR DE MILLER CREEK

**GRADO**

Apellido del estudiante:

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a una escuela pública de Miller Creek?  Sí  No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

|   |                      |  |                               |  |  |  |     |     |     |
|---|----------------------|--|-------------------------------|--|--|--|-----|-----|-----|
| Primer nombre legal   | Segundo nombre legal | Apellido legal   | Otro nombre legal (si aplica) |  |  |  |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer<br><input type="checkbox"/> No Binario |                      | Fecha de nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table> |                               |  |  |  | Mes | Día | Año |
|   |                      |  |                               |  |  |  |     |     |     |
| Mes   | Día                  | Año  |                               |  |  |  |     |     |     |
|   |                      | ( )  | ( )                           |  |  |  |     |     |     |

|                                   |          |                  |                    |
|-----------------------------------|----------|------------------|--------------------|
| Nombre de padre/madre/tutor legal | Apellido | Teléfono en casa | Tel. en el trabajo |
| Correo Electrónico: _____         |          |                  |                    |
|                                   |          | ( )              | ( )                |

|                                   |          |                  |                    |
|-----------------------------------|----------|------------------|--------------------|
| Nombre de padre/madre/tutor legal | Apellido | Teléfono en casa | Tel. en el trabajo |
| Correo Electrónico: _____         |          |                  |                    |
|                                   |          | ( )              | ( )                |

|   |        |        |        |               |
|---|--------|--------|--------|---------------|
| Dirección de Domicilio (# de casa y nombre de la calle) | Apto # | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Dirección Postal (SI ES DIFERENTE a la de arriba)       |        | Apto # | Ciudad | Estado        |

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (debe marcar una)  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Puede marcar hasta cinco opciones)

*La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre etnicidad, no sobre raza. Independientemente de la opción que elijas, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadrillos, para indicar la que consideras que es tu raza.*

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100) | <input type="checkbox"/> Laos (206)          | <input type="checkbox"/> Samoa (303)                                |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)                                 | <input type="checkbox"/> Camboyano (207)     | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)                            |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202)                               | <input type="checkbox"/> Hmong (208)         | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)                               | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)          |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)                            | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)      | <input type="checkbox"/> Afro-estadounidense o negro (600)          |
| <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205)                         | <input type="checkbox"/> Guamés (302)        | <input type="checkbox"/> Blanco (700)                               |

**EDUCACIÓN DE LOS PADRES** – Marque la respuesta que describe el nivel educativo del **padre más educado** y con qué padre vive el estudiante.  Madre  Padre

Con licenciatura o con postgrado (10)  
 Se graduó del *college* (Universidad) (11)  
 Algo de college (incluye diploma AA) (12)  
 Se graduó de high school (preparatoria) (13)  
 No se graduó de high school (preparatoria) (14)

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en <u>EE.UU.</u>     |     |     |
| Mes  | Día | Año |
| Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en <u>California</u> |     |     |
| Mes  | Día | Año |

Lugar de nacimiento Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Primer nombre:

ID Permanente/Local:

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DE LA FORMA**

**Información del padre o tutor con quien vive el/la estudiante – marque todas las que apliquen**

Padre  Madre  Ambos  Padrastro  Madrastra  Encargado  Casa grupal/de cuidado temporal  Otro \_\_\_\_\_

¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante?  Sí  No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (*Caregiver Affidavit*)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque una y adjunte una copia:

Custodia conjunta  Custodia individual  Encargado

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/ LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:**

1.  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra/Tutor (maque uno) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( \_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

2.  Padre/Madre  Padrastro/Madrastra/Tutor (maque uno) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad :** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( \_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

**CORREO DUPLICADO** – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Tel. #: ( \_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES/MOBILIDAD:** (Por favor, enliste TODAS las escuelas en las que ha estado su hijo o hija antes. Dénos papeles adicionales si es necesario)

|             | Escuela ( <b>empiece con la más reciente</b> ) | Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal | Grado/s | Fecha/s |
|-------------|--|---------------------------------------|---------|---------|
| Reciente    |  |                                       |         |         |
| Previamente |  |                                       |         |         |

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a?  Sí  No

¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija?  Sí  No ¿Alguna vez fue expulsado/a?  Sí  No

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (**por favor marque las que apliquen**)

**Educación especial:**  Recursos didácticos (RSP)  Clase especial en el día (SDC)  Habla y lenguaje

**Otra:**  Dotado/a (GATE)  Remedio para matemáticas  Remedio para lectura  Consejería

Desarrollo del lenguaje inglés  504  Ayuda para mejorar su asistencia / su comportamiento  Retenido

Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE**

| Proof of Birth:    | Proof of Residence: | Proof of Immunization: | Entry Reason: | Enroll Date: | Assigned Grade: | Permanent ID: |
|--------------------|---------------------|------------------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|
| Type: _____        | Type: _____         | Type: _____            |               |              |                 |               |
| Verified by: _____ | Verified by: _____  | Verified by: _____     |               |              |                 |               |

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DE LA FORMA**



## Formulario de Continuidad de Kínder Acuerdo de los Padres para el Alumno Continuar en Kínder

Refleja las enmiendas a las secciones 46300 y 48011 del Código de Educación de California, a partir del 1 de Enero de 1992

Para asistir a Kínder de Transición, los padres se comprometen a un programa de dos años que consiste en el primer año en Kínder de Transición y el segundo año en una clase de Kínder.

Kínder de Transición 2023-2024, Kínder 2024-2025.

Estoy de acuerdo en que mi niño continúe en kínder hasta **Junio de 2025.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Escriba en Letra de Molde el Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Para Uso del Distrito** \_\_\_\_\_

**Fecha Recibida:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Alumno:** \_\_\_\_\_

**Fecha del Aniversario de Asistencia al Kínder:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Oficial de la Escuela Aprobando por el Distrito:** \_\_\_\_\_

☆☆ Transitional Kindergarten Application ☆☆  
**DISTRITO ESCOLAR DE MILLER CREEK**

1. Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ M  H  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

3. Padre/Guarda: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo \_\_\_\_\_

4. Escuela del Vecindario: \_\_\_\_\_ Idioma en casa: \_\_\_\_\_

5. Experiencia Preescolar:

¿Ha tenido su niño/a experiencia de una escuela preescolar? SI NO

*Si contestó "sí", por favor responda a la a-c. Si contestó "no" por favor salte a-c y pasar al artículo 6.*

a. Nombre de la Escuela Preescolar: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuánto tiempo ha estado el niño/a en la escuela preescolar? \_\_\_\_\_

c. ¿Qué es el horario actual de la escuela preescolar de su niño/a? \_\_\_\_\_

El número de días que asiste semanalmente: \_\_\_\_\_ Las horas por día en la escuela preescolar: \_\_\_\_\_

6. ¿Recibe su niño los Servicios de Educación Especial? SI NO

Si contestó sí, por favor explique.

---

---

7. Si necesario, favor de proporcionar más información de su niño/a al comité de TK.

---

---

---

---

**(Si tiene preguntas adicionales por favor llame al 415-492-3704)**

# Cuestionario para Padres Nuevos de la Escuela Vallecito

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Derecho o Zurdo \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los hermanos \_\_\_\_\_

Orden de nacimiento: \_\_\_\_\_ mayor \_\_\_\_\_ menor \_\_\_\_\_ medio \_\_\_\_\_ hijo único \_\_\_\_\_ gemelo

Idioma/s hablado/s en el hogar del niño \_\_\_\_\_

Tiene su hijo: (Si es así, por favor explique) \_\_\_\_\_

dificultades con el habla \_\_\_\_\_

problemas de salud o alergias \_\_\_\_\_

dificultad para regular las emociones \_\_\_\_\_

problemas de visión y/o audición \_\_\_\_\_

dificultades de aprendizaje \_\_\_\_\_

problemas de comportamiento \_\_\_\_\_

una I.E.P. \_\_\_\_\_

otro \_\_\_\_\_

¿Está tomando su niño algún medicamento? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño miedo de algo? \_\_\_\_\_

¿Qué responsabilidades tiene su niño en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué estrategias de comportamiento utiliza en casa (ej. tabla de calcomanías, tiempo fuera)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué hora se va a la cama su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su rutina para acostarse? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánta televisión y/o videojuegos mira su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lee con su niño? \_\_\_\_\_

¿Quién le lee a su niño? ¿Y en qué idioma? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas o talentos de su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los pasatiempos de su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las cualidades personales de su niño? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación de salud/seguridad? \_\_\_\_\_

¿Hay algún asunto que pueda afectar la asistencia o el aprendizaje? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo más importante que debe saber sobre mi niño es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría participar en la experiencia escolar de su niño? Marque todos los que guste:

\_\_\_\_\_ voluntario en el salón de clases

\_\_\_\_\_ conducir en excursiones

\_\_\_\_\_ padre de cuarto

\_\_\_\_\_ ayudante del jardín

\_\_\_\_\_ hacer proyectos en casa

\_\_\_\_\_ otro (describir) \_\_\_\_\_

# Hoja de Información del Estudiante de Kinder de Vallecito

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Llamado por \_\_\_\_\_ F \_\_\_ M \_\_\_  
(Si es otro al nombre formal)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_ Biológicos \_\_\_\_\_ Adoptivos \_\_\_\_\_ de Acogida

Familia en Casa: Por favor enumere todos aquellos quienes comparten en la vida cotidiana de su niño y viven juntos.

Nombre: (Escriba el nombre completo)

Relación (si es hermano, fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Experiencia Preescolar/Jardín de Infancia

Nombre de la Pre-escuela

Número de Años

Número de Días/Horas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor califique la experiencia preescolar de su niño (marque uno):

Siempre positivo/ mayormente positivo/ raramente positivo

En este momento, ¿tiene usted algún plan de guardería para el próximo año escolar? Si es así, ¿cuantos días a la semana y dónde?

\_\_\_\_\_

(Si está planeando en utilizar la Guardería en Vallecito - necesita ponerse en contacto con ellos al 485-3103 lo más pronto posible.)

Tiene su niño: (por favor marque todas las que apliquen y explique abajo)

Dificultades con el habla\_\_\_\_\_ problemas de salud\_\_\_\_\_ alergias\_\_\_\_\_ (anote la gravedad)  
problemas de visión\_\_\_\_\_ problemas de audición\_\_\_\_\_ dificultades regulando sus emociones\_\_\_\_\_  
problemas de conducta \_\_\_\_\_ dificultades de interacción entre iguales (compartir, tomar turnos...) \_\_\_\_\_  
otro\_\_\_\_\_

---

Ha recibido su niño servicios por medio de: (por favor marque cualquiera que aplique)

Golden Gate Regional Center, Easter Seals, Marindale, Early Intervention, Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma nativo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los idiomas que se hablan en su casa? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien habla su niño inglés?    No Muy Bien                      Bastante Bien                      Muy Bien

¿Es su niño diestro o zurdo? \_\_\_\_\_

Describa el comportamiento y temperamento de su niño; usted también puede incluir los intereses, experiencias o habilidades sociales, etc.

---

---

---

---

---

¿Podemos ponernos en contacto con la pre-escuela de su niño para conocer mejor a su niño?

\_\_\_\_\_  
Pre-escuela

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Maestra y Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

Gracias por tomarse el tiempo para llenar este cuestionario.





## ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of Student: \_\_\_\_\_  
(Surname / Family Name) (First Given Name) (Second Given Name)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_ Enrollment Grade: \_\_\_\_\_

**Nota:** El personal del distrito escolar debe completar todos los elementos de información encima de esta línea.

---

---

### 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. Si 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 estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* \_\_\_\_\_
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* \_\_\_\_\_
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?* \_\_\_\_\_
4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* \_\_\_\_\_

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



Julio 2022

## Carta de Notificación de Salud Oral

Estimado padre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a su hijo a tener un buen desempeño en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la Sección 49452.8 del Código de Educación de la ley de California, requiere que su niño tenga una evaluación de salud oral o un chequeo dental en su primer año en las escuelas públicas (Kindergarten o primer grado). Todo niño necesita una evaluación de salud bucal con un dentista con licencia o profesional registrado de salud dental y un formulario de Evaluación de Salud Oral completado (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito.

Si su hijo no ha tenido una evaluación de salud oral en los últimos 12 meses, necesitará uno antes del 31 de mayo. Si su hijo tuvo una evaluación de salud oral o un chequeo dental en los últimos 12 meses, lleve el formulario (adjunto) al dentista de su hijo/a para completar.

La siguiente información le ayudará a encontrar un dentista:

1. Puede llamar al Centro de Servicio Telefónico de Medi-Cal al 1-800-322-6384 o visitar Smile California - Encuentre un dentista (<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>) para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal. Para obtener ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal, puede presentar su solicitud por correo, ir en persona a su oficina local de Servicios Sociales o en línea en Solicite Medi-Cal. (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>)
2. Para obtener recursos adicionales que puedan ser útiles, comuníquese con su salud pública local, haga clic en Solicitar cobertura de salud (<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>) para encontrar el suyo.

Cuando lleve a su hijo al dentista, traiga el formulario adjunto para que lo complete.

Si no puede llevar a su hijo a una evaluación de salud oral, complete el formulario separado de Exención de Requisito de Evaluación de Salud Oral y devuelva el formulario.

Por favor, devuelva el formulario a (inserte la información específica de la escuela en el formulario de devolución). La identidad de su niño/a no estará en ningún informe. Las escuelas mantienen la información de salud de los estudiantes privado. Puede obtener más copias del formulario en la escuela de su hijo o en línea en el Departamento de Educación de California. (<https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp>)



¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! A pesar de que se caen, los dientes de bebe son muy importantes. Los niños necesitan dientes de bebe sanos para comer, hablar, sonreír, y se sienten bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad en comer, dejar de sonreír y tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela.

Estos son consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse saludable:

- Lleve a su hijo al dentista. Los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca sana y sin dolor.
- Elija alimentos saludables para toda la familia, como frutas y verduras frescas.
- Cepíllese los dientes al menos dos veces al día con pasta dental que contenga flúor.
- Limite los dulces y las bebidas dulces como ponche, jugo o refrescos. Bebidas dulces y los dulces contienen mucha azúcar, lo que causa caries y deja menos espacio para su hijo tener alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y los dulces también pueden causar problemas de peso, que pueden conducir a otras enfermedades, como la diabetes. Den las opciones más saludables de su hijo, como agua, leche y fruta en su lugar.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud oral, por favor contactar la oficina del distrito escolar al (415) 492.3700.

¡Gracias!

Sinceramente

Becky Rosales  
Superintendente del Distrito

**Formulario para la Evaluación de Higiene Dental y Pedido de Exención**

La ley de California, Sección 49452.8 del *Código de Educación*, ahora requiere que su hijo reciba una evaluación de higiene dental (examen dental) antes del 31 de mayo si él o ella está en kindergarten o en primer grado, el que corresponda al primer año que está cursando en una escuela pública. La ley especifica que debe ser un dentista u otro profesional con adecuada credencial el que realice esta evaluación o examen. Si su hijo ha recibido un examen dental dentro de los 12 meses con prioridad a su ingreso a la escuela, dicho examen es válido para cumplir con este requisito. Si no puede llevar a su hijo para este examen dental, se lo podrá eximir de este requisito si completa la sección 3 en esta planilla.

**Sección 1**

**Para ser completada por el padre o tutor**

|                           |           |                             |   |
|---------------------------|-----------|-----------------------------|---|
| Nombre del niño:          | Apellido: | Inicial del segundo nombre: | Fecha de nacimiento del niño:   |
| Dirección:                |           |                             | Departamento número:  |
| Ciudad:                   |           |                             | Código postal:  |
| Nombre de la escuela:     | Maestro:  | Grado:                      | Sexo del niño:<br><input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer |
| Nombre del padre o tutor: |           |                             |   |

**Sección 2**

**Información del examen dental**

**Para ser completada por el dentista o profesional de higiene dental**

|                         |   |   |   |
|-------------------------|---|---|---|
| Fecha de la evaluación: | <u>Caries notorias y/o empastes dentales:</u><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <u>Caries notorias:</u><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <u>Urgencia de tratamiento:</u><br><input type="checkbox"/> No se encontró ningún problema obvio<br><input type="checkbox"/> Se recomendó comenzar pronto con cuidados dentales<br><input type="checkbox"/> Se necesita asistencia dental urgente |
|-------------------------|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
*Firma del dentista*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Sección 3**

**Exención al requisito de evaluación de higiene dental (examen dental)**

**Para ser completado por el padre o tutor que solicita que se lo exima de este requisito**

Solicito que se exima a mi hijo del requisito de una evaluación de higiene dental (examen dental) por la siguiente razón: (por favor marque a continuación la razón correspondiente)

- No he podido encontrar un dentista que acepte el seguro médico de mi hijo.  
Mi hijo está cubierto por el siguiente seguro médico:  
 Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_
- No me es posible pagar un examen dental para mi hijo.
- No quiero que mi hijo reciba una evaluación de higiene dental (examen dental)

Opcional: otras razones por las que mi hijo no podría recibir un examen dental:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La ley de California requiere que las escuelas mantengan confidencial la información de salud de los estudiantes. No se revelará la identidad de su hijo en ningún reporte que se produzca como resultado de este requisito. Si tiene alguna pregunta respecto a este requisito, por favor llame a la oficina de la escuela de su hijo.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Devolver este formulario antes del 31 de mayo**  
*El original se archivará en el expediente escolar de su hijo..*



| 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:<br>3 meses después de la 1ra dosis                     | 4 meses después de la 1ra dosis   |
|                             | 13 años de edad o mayor:<br>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.



# Informe del Condado de Marin del Examen de Salud para el Ingreso a la Escuela

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ # de Medi-Cal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Motivo de referencia si no es físico preescolar: \_\_\_\_\_ Enfermera Escolar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**EL EXAMEN DE SALUD DEBE INCLUIR ÁREAS SEÑALADAS EN NEGRITA.** (Por favor verifique si está hecho y anote los resultados según corresponda)

Fecha del Examen: \_\_\_\_\_ Es el niño  ¿Nuevo?  ¿Establecido a su cuidado? **Seguimiento / Recomendación**  
Por favor indique quién hará el seguimiento  
**PROVEEDOR DE SALUD** | **ENFERMERA ESCOLAR**

**Historia de Salud y Desarrollo**

**Evaluación Nutricional**

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ B/P \_\_\_\_\_

**Examen Físico**

Evaluación Dental [ ]Normal [ ]Posible caries **DENTAL**

**Examen de Sangre para la Anemia**

Examen de Sangre para el Plomo: [ ]No [ ]Si Resultado: \_\_\_\_\_

**Prueba de Orina**

¿Exposición al humo de segunda mano? [ ]No [ ]Si

**Prueba de Visión: Prueba de Agudeza Utilizada:** [ ] Snellen [ ] Titmus

**VISION**

Derecho: 20/\_\_\_\_ Izquierdo: 20/\_\_\_\_ Prueba del músculo ocular: [ ]Normal [ ]Anormal

¿Referido? [ ]Si [ ]No El estudiante debe usar lentes: [ ]Si [ ]No

**Examen de Audiometría**

Timpanogramas (Opcional)

**AUDIO**

|                  | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 |
|------------------|------|------|------|------|
| <b>Derecho</b>   |      |      |      |      |
| <b>Izquierdo</b> |      |      |      |      |

Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

¿Referido? [ ]Si [ ]No

Comentarios: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD:**

**OTRO**

¿Tiene este niño alguna condición que pueda afectar a la escuela? [ ]No [ ]Si

Si es así, explique las condiciones y las recomendaciones para el seguimiento: \_\_\_\_\_

¿Hay algunas restricciones de las actividades físicas? [ ]No [ ]Si

Si es así, explicar \_\_\_\_\_

¿Toma este niño algún medicamento? [ ]No [ ]Si Si es así, explicar \_\_\_\_\_

*(Si el niño debe tomar medicamentos en la escuela, por favor solicite y complete un formulario de medicamentos.)*

Sellar o imprimir el nombre, la dirección y el número de teléfono del examinador

## Fechas de Inmunización

|                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>Polio (OPV o IPV)</b> |  |  |  |  |  |
| <b>DTP / DTaP</b>        |  |  |  |  |  |
| <b>DT / Td</b>           |  |  |  |  |  |
| HIB Meningitis           |  |  |  |  |  |
| <b>MMR</b>               |  |  |  |  |  |
| <b>Hepatitis B</b>       |  |  |  |  |  |
| Varicella                |  |  |  |  |  |
| Otra                     |  |  |  |  |  |

Firma del Examinador

**Prueba cutánea de tuberculosis (PPD) requerida para la entrada a la escuela a menos que BCG dado en los últimos 12 meses**

Fecha dada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha leída \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endurecimiento \_\_\_\_ mm [ ]Negativo [ ]Positivo

Se Requiere Radiografía de Tórax Si es Positivo

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ [ ] Normal [ ] Anormal

Si no se administraron las vacunas requeridas, indique el motivo: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de exención \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# MILLER CREEK SCHOOL DISTRICT

## APRECIACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE (K-8)

*El aprendizaje de su hijo depende de una buena salud. Por favor complete lo siguiente para ayudar a los Servicios de Salud de la escuela.*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Maestro/Salón \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Teléfono de la madre durante el día \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Teléfono del padre durante el día \_\_\_\_\_

Último Examen Físico: Fecha \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Último Examen Dental: Date \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

### ¿TIENE SU HIJO?

- ADD/ADHD No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Alergias No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Anorexia/Bulimia No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Asma No  Sí  Leve/Moderado/Severo (marque uno) Detonante: \_\_\_\_\_ ¿Inhalador? \_\_\_\_\_
- Alergia a picadura de abeja/  
a insectos No  Sí  Reacción Local  Reacción Generalizada  ¿Necesita medicamento? \_\_\_\_\_
- Trastorno de la Sangre No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Cáncer No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Depresión No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Diabetes No  Sí  Toma Insulina No  Sí
- Infecciones del Oído No  Sí  Fecha de la última infección del oído \_\_\_\_\_  
Lista de período(s) de infección crónica del oído \_\_\_\_\_
- Epilepsia o Convulsiones No  Sí  Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_
- Condición del Corazón No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Enfermedad Renal No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Migrañas No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Problema Ortopédico No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Problema social/emocional No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Problema del Habla No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Ulceras No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_
- Otro No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_

### ¿HA TENIDO SU HIJO?

- Enfermedad/Lesión Grave No  Sí  Especificar tipo y fecha \_\_\_\_\_
- Cirugía (Operaciones) No  Sí  Especificar tipo y fecha \_\_\_\_\_

### ¿TIENE SU HIJO?

- ¿Problemas para ver trabajo cercano? No  Sí
- ¿Problemas para ver a distancia? No  Sí
- ¿Problemas para escuchar? No  Sí

### DOES YOUR CHILD?

- ¿Usa lentes? No  Sí  Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_
- ¿Usa lentes de contacto? No  Sí  Fecha del último examen de la vista \_\_\_\_\_
- ¿Usa audífonos? No  Sí  Fecha del último examen \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo una condición que impide la participación en educación física regular (correr, flexiones, luchar, deportes de contacto, etc.)?  
No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna restricción médica o física? No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_

¿Toma él/ella medicamentos diarios? No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_  
¿Requeridos en la escuela? No  Sí  Especificar \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**INSTRUCCIONES DE VERIFICACIÓN DE DIRECCIÓN**

**Documentación de verificación de residencia debe ser entregada:**

- Antes de que un estudiante nuevo sea matriculado
- Cada vez que cambia la dirección de un estudiante
  - Al comienzo de cada año escolar
- Antes de participar en actividades extracurriculares (a petición)
- Antes de un cambio entre niveles (tal como de la escuela primaria a la secundaria)

**REQUISITOS DE RESIDENCIA**

*A menos que sea permitido por la ley:*

- Los estudiantes **DEBEN** residir dentro del área de asistencia específica de la escuela o tener una Transferencia Dentro del Distrito o Entre Distritos aprobada archivado con el Distrito Escolar Primaria Miller Creek. La escuela requiere 4 pruebas de residencia para **TODOS** los estudiantes. Todas las pruebas deben tener el mismo nombre y dirección.
- Prueba de Residencia - Padres o Tutores deben proporcionar comprobantes de que viven dentro del área de asistencia de la escuela .
- Cualquier cambio de dirección que resulte en un cambio de límites de asistencia de escuela debe ser aprobado en la oficina del distrito. Si una escuela esta al máximo de su capacidad, los estudiantes serán colocados en una lista de espera o pueden asistir a la escuela localizada en el área de asistencia anterior en un acuerdo de transferencia dentro del distrito aprobada. (5111.1) Ver la tabla de abajo para los requisitos (Código de Ed 48204.1)

| 1. <b>I.D. con Foto de Padre/Tutor</b><br><i>Uno de los siguientes con el nombre del padre o tutor:</i> | 2. <b>Verificación de Residencia</b><br><i>Uno de los siguientes documentos originales con el nombre del padre o tutor:</i>   | 3. <b>Documentación de Residencia</b><br><i>Dos de los siguientes documentos originales (no mas de uno de cualquier sección) con el nombre del padre o tutor:</i> |
|---|---|---|
| Licencia de Conducir Actual del Estado de CA<br><i>(debe indicar la dirección actual)</i>               | Pago de la hipoteca actual con la fecha dentro de los últimos 60 días o documento de bienes raíces verificando cambio (p.ej., venta o compra)   | Un formulario W2 con la fecha dentro del año o un Talón/Cheque de Nómina con la fecha dentro del ultimo mes   |
| Tarjeta de Identificación Actual del Estado de CA<br><i>(debe indicar la dirección actual)</i>          | Declaración de Impuestos Estatales o Federales *presentados dentro de los últimos 12 meses con formularios W-2 adjuntos. Declaraciones de negocios no cumplen con los requisitos de residencia  | Formularios del Gobierno *Identificación o comunicación de una agencia del gobierno (p.ej., registro de votante)  |
| Identificación Militar/Ordenes<br><i>(debe indicar la dirección actual)</i>                             | Factura de Impuestos de Propiedad *Nombre del padre y dirección de la propiedad indicando la exención del dueño de la casa —más reciente período de facturación   | Factura actual del PG&E o Cable con la fecha dentro de los últimos 60 días <i>(no se aceptaran del agua, teléfono celular o basura)</i>                           |
|   | Contrato de la Compañía de Administración de Alquiler/Arrendamiento actual o los recibos de los últimos dos meses *Debe incluir: Nombre del padre, nombre del estudiante, dirección, y nombre del gerente/dueño y numero de teléfono. (Esto será verificado por una llamada de teléfono de la escuela.) | Estado de cuenta de la tarjeta de banco o crédito con la fecha dentro de los últimos 60 días o registración de vehículo valida con la dirección actual            |

**DECLARACIONES JURADAS de CUIDADOR o DECLARACIONES JURADAS de DECLARACION de RESIDENCIA**

*(Debe ser aprobada/renovada cada año)*

Las declaraciones juradas de cuidador son solicitadas por medio del Distrito Escolar Miller Creek: (415) 492-3700 Los estudiantes califican como residentes del Distrito si ellos residen a **TIEMPO-COMPLETO** en el hogar de un cuidador adulto que reside dentro de los límites del Distrito. Las declaraciones juradas de Declaración de Residencia pueden ser obtenidas en la oficina de la escuela. Ambas declaraciones juradas requieren la aprobación de la oficina del distrito.

Este cuidador adulto o adulto de "Declaración de Residencia" debe proporcionar verificación de residencia como se resumió arriba. Residencia de "Tiempo-completo" se define como:

- La residencia principal del estudiante es la del adulto de cuidados o del adulto de la "Declaración de Residencia" y
- El estudiante reside en el hogar del adulto de cuidados o el adulto de la "Declaración de Residencia" las 24 horas al día, los siete días a la semana, y durante los periodos de vacaciones y/o días festivos.

**AVISO SOBRE LA MATRICULACION FRAUDULENATA**

Atención a Todas las Familias del MCSD

Cualquier estudiante matriculado en el Distrito Escolar Primaria Miller Creek bajo condiciones fraudulentas podría tener su matriculación anulada inmediatamente luego de descubrirse el fraude.

La Matriculación Fraudulenta es define como la matriculación o el intentar matricular utilizando información falsa u ocultando información verdadera sobre donde usted vive.

Esto incluye a las familias que:

- ⇒ Declaran residencia dentro de los limites del MCSD o dentro de los limites del área de asistencia específicos de una escuela, pero viven fuera de los limites
- ⇒ Adquieren y producen documentos fraudulentos para declarar residencia del MCSD
- ⇒ Alguna vez vivieron dentro de los limites del MCSD, se movieron, y no le informaron a la escuela del cambio de dirección
- ⇒ Declaran vivir con otra familia dentro del Distrito y fraudulentamente firman una Declaración Jurada de Residencia o Cuidador
- ⇒ Utilizan cualquier otro método para declarar falsamente residencia dentro del MCSD o dentro de un limite de asistencia específico de una escuela.

He leído el aviso de arriba, entiendo las consecuencias de la matriculación fraudulenta, y estoy de acuerdo con los requisitos de residencia del MCSD.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Escriba en Letra de Molde el Nombre del Padre                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Para Uso del Distrito Solamente</b>   |                 |
| Identificación con Foto _____            | Iniciales _____ |
| # de Licencia de Conducir _____          | *****           |
| Descripción de la Documentación #1 _____ | Iniciales _____ |
| *****                                    |                 |
| Descripción de la Documentación #2 _____ | Iniciales _____ |
| *****                                    |                 |
| Descripción de la Documentación #3 _____ | Iniciales _____ |