



ESCUELAS DE LA CIUDAD
DE SANTA CRUZ
FORMULARIO DE MATRÍCULA

School of Enrollment:

Student ID Number:

Por favor escriba toda la información del estudiante como aparece en el Acta de Nacimiento

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /
Lugar de Nacimiento: Ciudad	Estado	País		

Lo siguiente es un requisito Federal y Estatal

Origen Étnico del Estudiante: Hispano o Latino o No Hispano o Latino

Raza del Estudiante: (Marque todas las que apliquen. Debe seleccionar por lo menos una.)

La pregunta de arriba es acerca del origen étnico, no de raza. No importa lo que seleccione arriba, por favor conteste también lo siguiente marcando uno o más de los cuadros para indicar la raza a la que usted considera que pertenece.

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco: No Hispano o Latino	Asiático:	Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacífico:	
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Hawaiano
	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Guameño
	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Tahitiano
	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico

Participación en un Programa (Marque todas las que apliquen)

¿Está el estudiante en adopción provisional? Sí No Si respondió sí, favor de proporcionar documentación.

GATE Plan de Colocación 504 (Proporcione copia actual) Migrante

Educación Especial: Fecha del ultimo IEP: Terapia de lenguaje (Adjunte copia del IEP actual)

¿Alguna vez ha sido el estudiante referido al Comité de Revisión de Asistencia Escolar (SARB)? Sí No

¿Alguna vez ha sido el estudiante referido a una audiencia disciplinaria escolar? Sí No

Historial de Matriculación

Ultimo nivel de grado completado:	Nivel de grado de matriculación:
Fecha original de ingreso en una escuela de EE.UU:	____/____/____ Mes Día Año
Fecha original de ingreso en una escuela de California:	____/____/____ Mes Día Año
Fecha original de ingreso en este distrito escolar:	____/____/____ Mes Día Año

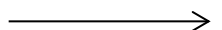
¿Alguna vez ha repetido el estudiante un nivel de grado? Sí No Si respondió sí, ¿Qué nivel fue?:

Escuelas Asistidas Previamente

Nombre de la Escuela:	Nombre de la Escuela:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono: ()	Teléfono: ()
Fax: ()	Fax: ()
Fechas de Asistencia:	Fechas de Asistencia:

Rev. 1/17

Continúa en el otro lado





ESCUELAS DE LA CIUDAD
DE SANTA CRUZ
FORMULARIO DE MATRÍCULA

Información de Contacto de la Residencia Primaria					
Domicilio					
Número	Nombre de la Calle	N° de Apto.	Ciudad	Código Postal	
¿Es esta una vivienda permanente, regular y adecuada para pasar la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (No un motel, campamento, albergue o viviendo con amigos o familiares por necesidad, no por elección)					
Dirección Postal (si es diferente de la dirección del domicilio)					
P.O. Box	Número	Nombre de la Calle	N° de Apto.	Ciudad	Código Postal
<input type="checkbox"/>					
Número de Hogar Primario: () <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Móvil					
Número de Contacto del Estudiante: ()			Correo Electrónico del Estudiante:		
Información del Padre/Guardián (Complete una sección para cada adulto. Si usted es un tutor legal, adjunte documentación)					
<input type="checkbox"/> Residencia Primaria			<input type="checkbox"/> Residencia Primaria <input type="checkbox"/> Residencia Secundaria		
Nombre:			Nombre:		
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:			Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de Contacto Primario: ()			Domicilio (Si es diferente a la del estudiante):		
Número de Contacto Secundario: ()					
Correo Electrónico:			¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Empleador:			Número de Contacto Primario: ()		
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			Número de Contacto Secundario: ()		
Nivel Más Alto de Educación			Correo Electrónico:		
<input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria			Empleador:		
<input type="checkbox"/> Algunos grados de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio			Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Graduado de Universidad					
¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nivel Más Alto de Educación		
Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____			<input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria		
			<input type="checkbox"/> Algunos grados de Colegio <input type="checkbox"/> Graduado de Colegio		
			<input type="checkbox"/> Graduado de Universidad		
Anote a todos los niños que viven en casa					
Nombre		Escuela		Nivel de Grado	
¿Hay algo más que usted quisiera que supiéramos acerca de su estudiante? _____					
Por favor notifique a la escuela inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.					
Firma del Padre/Guardián:				Fecha: / /	



ESCUELAS DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ
 INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
 DEL ESTUDIANTE

Teacher:	Room:
Emergency Phone Number: ()	

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Sdo. Inicial	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento / /	Grado
Información del Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Cambio de Información		Información del Padre/Guardián <input type="checkbox"/> Cambio de Información			
Nombre:		Nombre:			
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:			
Domicilio: _____		Domicilio: _____			
Número de Contacto Primario: ()		Número de Contacto Primario: ()			
Número de Contacto Secundario: ()		Número de Contacto Secundario: ()			
Correo Electrónico:		Correo Electrónico:			
Empleador:		Empleador:			
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Vive el estudiante con este Padre/Guardián? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Existen arreglos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____		Si respondió sí, favor de proporcionar documentación o especificar acuerdo verbal: _____			

Anote a los hermanos/as que asisten a alguna Escuela de la Ciudad de Santa Cruz

Nombre	Escuela	Nivel de Grado

Contactos de Emergencia

Si no podemos comunicarnos con usted, **debemos tener 3 personas locales** que usted autorice para recoger a su estudiante de la escuela si: su estudiante esta enfermo/a, necesita atención médica o debe ser evacuado/a debido a un desastre natural.

Nombre	Relación	Número de Contacto

Información Médica

Médico Familiar	Número de Teléfono	Dentista	Número de Teléfono
	()		()

¿Tiene su estudiante seguro médico actualmente? Sí No Nombre de Aseguranza: _____

Si respondió no, ¿Le gustaría recibir información acerca de seguro médico gratuito o de bajo costo? Sí No

En caso de una emergencia (enfermedad grave o lesión), cuando no pueda ser contactado, por la presente autorizo al personal de ECSC a obligarme por los servicios de un médico/hospital local para mi estudiante.

Por favor notifique a la escuela inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.

Firma del Padre/Guardián: _____	Fecha: / /
---------------------------------	------------------

Name of Student: _____ Age _____ Birth date _____ Grade _____

(Nombre del Estudiante): **Last** (Apellido) **First** (Primer Nombre) **Middle** (Segundo Nombre) (Edad) (Fecha de Nacimiento) (Grado)

Birthplace: _____ Last School Attended: _____

(Lugar de Nacimiento): **City** (Ciudad) **State/Country** (Estado/País) (última escuela que asistió): **Name** (Nombre) **City/State/Country** (Ciudad/Estado/País)

A Home Language Survey (HLS) is used to determine a student's primary language and is on file for each student in the District, including Migrant, Special Education and continuation school enrollees. Your assistance in providing accurate information is requested.
Please answer all the questions and sign below.

Una encuesta de idioma del hogar es usada para determinar el primer idioma y está archivada para cada estudiante en el distrito, incluyendo estudiantes inscritos como migrantes o en Educación Especial. Se solicita su ayuda en proveer la información correcta.
Por favor conteste todas las preguntas y firme abajo.

1. Which language did your child learn when he/she first began to speak? _____
2. What language do you use most frequently to speak to your child? _____
3. What language does your child most frequently use at home? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home. _____
5. What year and in what state did your child enroll in a school in the USA for the first time? _____
6. Have you moved within the past 3 years, even for a short time? _____
7. Did you move so that you or a member of our family could find work in agriculture? _____

1. Cuando su hijo empezó a hablar. ¿cuál idioma aprendió primero? _____
2. Cuando usted habla con su hijo. ¿Qué idioma usa con más frecuencia? _____
3. En casa. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia? _____
4. Mencione el idioma que hablan los adultos con más frecuencia en la casa. _____
5. ¿En qué año y en qué estado inscribió a su hijo por primera vez en una escuela de los Estados Unidos? _____
6. ¿Se ha mudado de domicilio durante los últimos 3 años aunque sea por un período corto? _____
7. ¿Se mudó para que usted o algún miembro de su familia obtuviera trabajo en la agricultura? _____

Each student whose home language is other than English as determined on this form will be assessed in English listening, speaking, reading and writing. You will receive a letter with your child's results and program placement recommendation.

Cada estudiante para quien su idioma del hogar es diferente al inglés por determinación de este formulario será evaluado en escuchar, hablar, leer y escribir en inglés. Ud. recibirá una carta con los resultados y la recomendación del programa en que se ubicará a su hijo.

Do you prefer communication from your school in: English Spanish ?

¿Usted prefiere comunicación de la escuela en: Inglés Español?

Parent/Guardian Signature: _____ Address: _____ Phone: _____

Firma De Padre/Tutores _____ Domicilio _____ Teléfono _____

CA Ed Code S52164.1(a) Distribution: **Original Student's Cum** Copy to: **Curriculum, Intervention, and Assessment**

2017-18
Escuelas de la Ciudad de Santa Cruz
Historia Médica del Estudiante

M F

Apellido del Estudiante Primer Nombre Segundo Nombre Fecha de Nac. Grado

Doctor: _____ Dentista: _____ Proveedor de Seguro Médico _____

1. MARQUE ESTE CUADRO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE NINGUN PROBLEMA DE SALUD CONOCIDO Y FIRME ABAJO.

2. Marque los cuadros de abajo que correspondan a su estudiante y firme abajo.

- *Diabetes** Tipo 1 Tipo 2 ¿Medicamentos? Oral Inyección Bomba ¿Administrado en la escuela? Si No
Nombre del medicamento _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
- * Reacciones Alérgicas** ¿A qué? _____ ¿Urticaria /comezón? Si No
¿Dificultad al respirar? Si No ¿Tiene epipen? Si No
Nombre/Teléfono del Doctor _____
- * Convulsiones** Fecha de la última convulsión _____ ¿Requiere medicamento? Si No
Nombre del medicamento _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Condiciones ortopédicas** ¿Alguna limitación física? _____
¿Silla de ruedas? ¿Zapatos ortopédicos/tirantes? ¿Muletas?
- Asma** ¿Requiere medicamento/inhalador? Si No Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Problemas del corazón** Diagnóstico: _____ Nombre/Teléfono del Doctor _____
¿Medicamentos? Si No ¿Restricciones Físicas? Si No
- Salud Mental** Diagnóstico: _____ ¿Bajo cuidado médico? Si No
Ansiedad, Depresión Medicamentos: _____ Nombre/Teléfono del Doctor/Terapeuta _____
PTSD
- ADHD** ¿Requiere medicamento? Si No Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Hospitalizaciones** Explique: _____
- Está tomando medicamento?** ¿Para qué? _____ Nombre del medicamento _____
¿Administrado en la escuela? Si No Nombre/Teléfono del Doctor _____
- Problemas de Visión** ¿Usa lentes? ¿Lentes de contacto? ¿Para leer solamente? ¿Todo el tiempo? Fecha del último examen _____
- Problemas de audición** ¿Pérdida permanente del oído? ¿audífono? Izquierdo Derecho Ambos
 Fecha del último examen _____

Por favor escriba alguna otra información importante de salud o de conducta: _____

Estas condiciones requieren un Plan de Salud. Nota: Cualquiera de las condicione de arriba pueden requerir un Plan de Salud. Todas las formas pueden obtenerse en la Oficina de Salud de la Escuela.

Nombre del Padre/Madre _____ Firma del Padre/Madre _____
Fecha _____ Mejor número telefónico para localizar al Padre/Madre _____



Requisitos de Salud para Empezar la Escuela - Grados K-5th

Queridos Padres de Familia:

Este es un año muy importante mientras su hijo/a se prepara para ingresar a la escuela, es también tiempo de observar la salud de su hijo/a. Aproximadamente 10% de los niños que comienzan la escuela tienen un problema de salud que los padres desconocen. Abajo aparecen los requisitos que la ley de California exige para comenzar la escuela.

1. Requisito de Examen de Salud (CHDP) Programa de Salud y Discapacidad Infantil

Se requiere un examen completo de salud para todos los niños que van a ingresar a la escuela. Este examen puede completarse desde los 18 meses a 90 días antes de empezar el primer grado (y no después). El doctor de su hijo/a debe completar y firmar el "Reporte de Salud para Comenzar la Escuela" para devolverlo a la oficina de salud de la escuela. Para ahorrarles tiempo a los padres, les pedimos que lleven a sus hijos a examinar antes de comenzar el kinder ya que los refuerzos de las vacunas se necesitan a ese tiempo.

NOTA: Todos los niños que son elegibles para Medi-Cal son elegibles también para este examen de salud sin costo alguno. Algunos niños son elegibles para recibir el examen de salud CHDP sin costo para la familia, dependiendo del número de personas en la familia y del ingreso. Si usted quiere saber si su hijo es elegible, llame a la Agencia de Salud del Condado de Santa Cruz (CHDP) al (831) 763-8100.

2. **Examen Oral:** Para asegurarse que su hijo/a está listo para la escuela, la ley de California, Sección 49452.8 del Código de *Educación*, requiere ahora que su hijo/a tenga un examen oral (chequeo dental) para Mayo 31, ya sea para kinder o primer grado, cualquiera que sea el primer año en escuela pública. Exámenes que haya tenido durante los 12 meses antes que su hijo/a ingrese a la escuela, son válidos para este requisito. La ley específica que el examen tiene que ser hecho por un dentista profesional, certificado ó registrado en higiene de salud dental. Los siguientes recursos le ayudarán a encontrar un dentista para completar este requisito para su hijo:

- Medi-Cal/Denti-Cal, llame al número gratuito, ó la red cibernética puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para ayuda para registrar a su hijo/a en Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese a su agencia local de servicios al (831) 454-4165.

- Para recursos adicionales que puedan serle útiles, comuníquese al departamento de salud pública local al (831) 454-4000.

3. Requisitos de Inmunización

Al registrar a su hijo/a, usted necesitará un **registro de inmunización** que muestre que su hijo/a ha recibido todas las vacunas requeridas para su inscripción, o una carta de exención médica del doctor de su hijo/a

- 4 Polio** (3 dosis si la 3rd dosis la recibió en o después de los 4 años de edad)
- 5 DPT** (4 dosis si la 4th dosis la recibió en o después de los 4 años de edad)
- 2 MMR** (ambas dosis deben haberse dado en ó después del primer año de edad.)

3 de Hepatitis B

1 Varicela o documentación de la enfermedad

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Firma del profesional dental con licencia Número de licencia de California Fecha </div>			

Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento

Por favor excuse a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).
El plan de seguro dental de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
 - No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).
 - No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: _____

Si pides una excusa de este requerimiento: ► _____

Firma del padre o tutor
Fecha

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo (a).
 El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).

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/NINA—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(m/m/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
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [os 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 (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
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
Firma del examinador de salud	Fecha

***de ser indicado**

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 177 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

RENUNCIA VOLUNTARIA PARA RECIBIR UN EXAMEN DE SALUD PARA INGRESAR A LA ESCUELA

NOMBRE DEL NIÑO/DE LA NIÑA—Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DIRECCIÓN—Número/Calle

Ciudad

Zona Postal

ESCUELA

Maestro(a)

PADRE/MADRE O GUARDIÁN:

Si desea que su niño(a) no reciba el examen de salud requerido por la ley de California antes de ingresar a la escuela, por favor llene este formulario. **FIRMELO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA** donde será guardado en forma confidencial.

AVISO: EL FIRMAR ESTA RENUNCIA VOLUNTARIA NO DISPENSA PARA QUE EL NIÑO/LA NIÑA RECIBA LAS INMUNIZACIONES REQUERIDAS POR LA LEY DE CALIFORNIA PARA LOS NIÑOS EN LA ESCUELA. TAMBIÉN, EL FIRMAR ESTE FORMULARIO NO LE NEGARÁ A SU NIÑO(A) EL DERECHO A RECIBIR LOS EXÁMENES DE LA VISTA Y EL OIDO HECHOS POR LA ESCUELA.

Se me ha informado acerca del examen de salud recomendado por los respectivos profesionales y requerido por la ley del estado. Se me ha informado también acerca de los lugares donde mi niño(a) puede recibir un examen de salud y sobre los diferentes niveles de ingresos para recibirlo sin costo alguno.

Por favor marque uno de los siguientes casilleros:

Escojo que mi niño(a) no reciba el examen de salud que es uno de los requisitos para ingresar a la escuela.

Me gustaría que mi niño(a) reciba un examen de salud, pero estoy incapacitado(a) para obtenerlo.

Razón (vea Health and Safety Code, Sección 124085): _____

<p style="text-align: center;">Firma del padre/madre o guardián _____</p>	<p style="text-align: center;">Fecha _____</p>
---	--

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN CONSÍGALA EN LA ESCUELA O EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE SALUD.

CHDP website: www.dhs.ca.gov/chdp