



BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT
 1376 Piedmont Road ♦ San Jose, CA 95132 ♦ (408) 923-1830

INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL 2016– 2017

Inscripción de nuevos estudiantes para el kindergarten de transición, kindergarten hasta 8º grados

El paquete de inscripción para el 2016-17 también está disponible en la página del distrito (www.berryessa.k12.ca.us)

Para inscribir a su estudiante, usted debe traer el paquete de matriculación completo en el paquete en inglés en las fechas que correspondan de acuerdo al inicial de su apellido y escuela que le corresponde por su domicilio.

Las inscripciones de nuevos estudiantes y estudiantes de kindergarten serán en las siguientes noches:

	<u>Fecha</u>	<u>Hora</u>	<u>Lugar</u>
Escuelas de la familia Morrill: (Morrill, Brooktree, Laneview y Northwood)	3 de marzo (jueves)	4:00p.m. a 7:00 p.m.	Oficinas del distrito
Escuelas de la familia Piedmont: (Piedmont, Noble, Summerdale, Toyon y Vinci Park)	10 de marzo (jueves)	4:00 p.m. a 7:00 p.m.	Oficinas del distrito
Escuelas de la familia Sierramont: (Sierramont, Cherrywood, Majestic Way y Ruskin)	17 de marzo (jueves)	4:00 p.m. a 7:00 p.m.	Oficinas del distrito

No se aceptarán paquetes incompletos. Usted tendrá que regresar en alguna de las fechas indicadas a continuación para completar la inscripción. Todas las vacunas y pruebas deben de haberse dado y registradas por el doctor o clínica de acuerdo a la edad.

Todas las escuelas

<u>Fecha</u>	<u>Hora</u>	<u>Lugar</u>
21 de marzo al 24 de junio	9:00 a.m. - 1:00 p.m	Escuela de su barrio
29 de junio al 4 de agosto (solamente de lunes a jueves)	9:00 a.m. - 2:00 p.m.	Oficinas del distrito (SÓLO de 9:00 -2:00)
A partir del 8 de agosto	9:00 a.m. - 1:00 p.m.	Escuela de su barrio

**Por favor lea cuidadosamente la lista de verificación "PARENT CHECKLIST" del paquete de inscripción para estar seguro de tener todos los documentos necesarios para completar el proceso de inscripción exitosamente.

Brooktree Elementary School 1781 Olivetree Drive San Jose, CA 95131 (408) 923-1910	Noble Elementary School 3466 Grossmont Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1935	Summerdale Elementary School 1100 Summerdale Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1960
Cherrywood Elementary School 2550 Greengate Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1915	Northwood Elementary School 2760 East Trimble Road San Jose, CA 95132 (408) 923-1940	Toyon Elementary School 995 Bard Street San Jose, CA 95127 (408) 923-1965
Laneview Elementary School 2095 Warmwood Lane San Jose, CA 95132 (408) 923-1920	Piedmont Middle School 955 Piedmont Road San Jose, CA 95132 (408) 923-1945	Vinci Park Elementary School 1311 Vinci Park Way San Jose, CA 95131 (408) 923-1970
Majestic Way Elementary School 1855 Majestic Way San Jose, CA 95132 (408) 923-1925	Ruskin Elementary School 1401 Turlock Lane San Jose, CA 95132 (408) 923-1950	
Morrill Middle School 1970 Morrill Avenue San Jose, CA 95132 (408) 923-1930	Sierramont Middle School 3155 Kimlee Drive San Jose, CA 95132 (408) 923-1955	



BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT
1376 Piedmont Road ♦ San Jose, CA 95132

Visite nuestra página para mayor información a: www.berryessa.k12.ca.us

2016 – 2017 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LOS PADRES

NOTA: Es necesario que un padre o tutor legal firme los papeles de inscripción. Es esencial que muestre una licencia válida de conducir o una tarjeta de identificación válida para inscribir a su niño. **Una licencia de manejar no será prueba de residencia.** No son aceptados apartados postales como domicilio de residencia. No es necesario que su niño esté presente en el momento de la inscripción.

Los siguientes documentos se requieren para inscribir a su niño en la escuela. Por favor traiga todos los documentos al momento de la inscripción, use la siguiente lista de verificación que le ayudara a ver que tiene toda la información completa. Usted puede llamar a la escuela de su barrio para pedir ayuda en llenar estos formularios.

- 1. Verificación de residencia en Berryessa Union School District (*marque uno*)
 - Propietario – Título de propiedad **Y** uno de los documentos enlistados en la próxima página.
 - Inquilino – Contrato o acuerdo de renta **Y** uno de los documentos enlistados en la próxima página
 - Los demás (Declaración jurada del cuidador o familiar – (*Caregiver's Affidavit* o *Family Affidavit*) – Por favor solicite este papel en la escuela o en el distrito (no se incluye en el paquete). Nota: Para una declaración jurada familiar, el padre o tutor que inscribe al/los estudiante/s deberá proveer dos (2) piezas de correo a su nombre que muestren el domicilio actual (papeles gubernamentales, como papeles de impuestos, verificación de asistencia del estado y recibos tales como el de teléfono celular, tarjeta de crédito, medical, seguro). **Estos formularios de declaración jurada (Affidavit) requieren que sean renovadas anualmente y las familias pueden esperar la visita de verificación/ chequeo por el personal del distrito.**

- 2. Documento **original** de verificación de la edad de su niño **y una copia.**
- 3. Registro **original** de inmunización del proveedor de servicios de salud **y una copia**
La tarjeta debe ser actualizada por el médico o la clínica indicando que todas las vacunas y pruebas estén anotados de acuerdo a la edad. Por favor vea la hoja de requisitos de salud anexo al paquete. Documentación de la prueba TB/ evaluación hecho por el proveedor de salud

- 4. Formulario de inscripción, 2 páginas. (**Llenar el formulario en inglés**)
Si su niño tiene un IEP o un plan 504, usted deberá de proporcionar una copia actual con los documentos de inscripción para que su niño sea colocado en el lugar apropiado.
Por favor proporcione si tiene los resultados de las pruebas estatales del niño.

- 5. Encuesta del idioma en el hogar.

- 6. Hoja de entendimiento de asignación de escuela.

- 7. Hoja de liberación para el uso de los medios de comunicación.

- 8. Examen de salud oral /solicitud de excepción (Solamente para Kindergarten y 1er grados).

- 9. Reporte de salud para la entrada a la escuela (preferible para Kindergarten y requerida para 1er grado).
Por favor ver INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN, artículo #3.

- 10. Declaración médica para solicitar alimentos especiales y/o colocación especial (deberá llenarse sólo si su niño tiene alergias/ intolerancia a alimentos).

- 11. SCC Formulario de Salud de Saludo del Condado de Santa Clara, Riesgo de TB para ingreso a la escuela.

- 12. Licencia de manejar válida o tarjeta válida de identificación del padre o tutor.

INSTRUCCIONES PARA INCRIPCIONES

1. VERIFICACIÓN DE DOMICILIO:

Si usted es propietario	Si usted renta
<i>Uno de los siguientes documentos con el nombre del padre, mostrando la dirección de la propiedad donde el estudiante reside físicamente. Apartados postales no son aceptados como domicilio de residencia.</i>	
Escritura de fideicomiso, subvención de escritura, factura del impuesto a la propiedad (o recibo de pago), estado de cuenta de la hipoteca, carta de fideicomiso, tarjeta de evaluación de impuestos	Acuerdo vigente de renta o arrendamiento (o recibo de pago)
<i>Y uno de los siguientes documentos a nombre del padre mostrando el domicilio de la propiedad</i>	
Recibo vigente de PG&E, contrato de servicios públicos (o estado de cuenta/recibo de pagos), recibo de salario, formulario W-2, registro de votante, registro válido de vehículo de CA, correspondencia de alguna agencia gubernamental.	

Los demás deben de mostrar:

Cuando un estudiante y sus padres/tutores residen con una tercera persona que vive dentro de los límites de Berryessa Union School District (rentan un cuarto, comparten un hogar, viven con un familiar) deberá ser llenado el formulario de Juramento Familiar/ Affidávit. El padre/tutor que inscribe al/los estudiante/s deberá mostrar dos (2) piezas de correo con su nombre y el domicilio actual en ellos (papeles gubernamentales tales como, verificación de asistencia del estado, recibos tales como el del teléfono celular, tarjeta de crédito, seguro médico).

Cuando el estudiante recibe con otro individuo (que no es el padre del estudiante) quien vive en los límites de Berryessa Union School District, un formulario de Juramento de proveedor de cuidado deberá ser llenado.

Estos dos formularios juramentados/affidávit requieren que la residencia sea en bases a tiempo complete, de lunes a jueves y se requerirá de renovarse anualmente.

El propietario/ inquilino que firmen las formas de Juramento Familiar deberán proveer verificación de residencia y declarar lo siguiente.

Si en cualquier momento, surge la duda de la residencia del estudiante, el Distrito llevará a cabo una investigación para verificar sobre el domicilio actual de estudiante. Si se encuentra que la situación no es como la declaró por el padre/ tutor, el estudiante será dado de baja inmediatamente y deberá de registrarse en la escuela o distrito que le corresponde por su domicilio. (AR 5101.1) El distrito de Berryessa Union School se reserve el derecho a verificar la residencia. La política de Berryessa Union School District es que todos los estudiantes de nuevo ingreso en nuestro distrito y cambien de domicilio mientras acuden a una escuela en el distrito que cambien de domicilio mientras acuden a escuelas en nuestro distrito provean comprobante de domicilio dentro de los límites de Berryessa Union School District (BUSD).

2. VERIFIFACION DE EDAD:

Uno de los siguientes documentos oficiales ORIGINALES y UNA FOTOCOPIA que debe presentar al momento de la inscripción: (Ed. Code, Section 48000)

Certificado de nacimiento, registro de bautismo, pasaporte (no se admiten visas), registro de hospital, transcritos escolares.

La ley de California y la política de la mesa de Administradores permite que se inscriban en kindergarten todos los niños que tenga 5 años de edad el o antes del **1ero de septiembre** para el año escolar en curso (Ed. Code, § 48000). Los niños procedentes de otros países que ingresen a las escuelas de Berryessa se les colocarán de acuerdo al grado adecuado por su edad. Si el estudiante transfiere de otra escuela, usted podrá presentar la verificación de edad de su escuela anterior.

Si su niño cumple los 5 años de edad entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre, él/ella es elegible para inscribirlo/a en el programa de transición de Kindergarten. La disponibilidad de este programa dependerá de los fondos estatales.

3. **REGISTRIOS DE VACUNAS DE ESCUELAS EN CALIFORNIA:**

REPORTE DE EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA: (preferible para Kindergarten, requerido para el 1er grado)

La ley del estado de California indica que los niños deben de tener un examen médico y entregar el formulario completo llamado *REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY* (hoja amarilla en el paquete) 18 meses antes de entrar al primer grado. Los exámenes pueden hacerse hasta seis meses antes de entrar a kindergarten, pero **NO ANTES** del 1ero de marzo de este año para cumplir con los requisitos del primer grado. Nosotros recomendamos a los padres entregar la forma amarilla de este paquete completa como parte de la inscripción de kindergarten. **Sin embargo, si su niño ha tenido un examen físico antes del 1ero de marzo de este año, él/ ella necesitará tener un nuevo examen antes de ingresar al primer grado.**

Registro de inmunización del proveedor médico y UNA FOTOCOPIA

Si su niño ha estado inscrito previamente en alguna escuela en California deberá mostrar una copia de verificación del registro de inmunización para las escuelas en California/ *California School Immunization Record Form* que puede ser de la escuela anterior.

La documentación de la prueba de TB (Tuberculosis) de la estudiante proporcionada por el proveedor de servicios médicos.

4. **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**, 2 páginas: Este formulario debe ser llenado en la versión en inglés. Es importante que la información sea llenada a máquina o con letra de molde. Si su niño acudió otra escuela dentro de Berryessa Union School District, asegúrese de incluir la información para que podamos solicitar el expediente escolar anterior.

(Si su niño tiene una IEP o un Plan 504, usted deberá mostrar una copia actual junto con el paquete de inscripción, esto es para que su niño sea colocado en el lugar adecuado.)

5. **ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR**

6. **FORMULARIO SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA ASIGNACION DE ESCUELA**

7. **HOJA DE LIBERACIÓN PARA EL USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

8. **EXAMEN DE SALUD ORAL/ FORMULARIO DE EXCEPCIÓN** (sólo para Kindergarten y 1er grado).

9. **REPORTE DE EXAMEN DE SALUD PARA INGRESAR A LA ESCUELA** (hoja de vacunas) (preferible para kindergarten, requerido para 1er grado)

10. **FORMULARIO DE DECLARACIÓN MÉDICA PARA ALIMENTOS Y COLOCACIÓN ESPECIALES** (hoja verde) (deberá de ser llenado si su niño padece de alergias o intolerancia a alimentos)

11. **Departamento de Salud Pública SCC, hoja sobre el riesgo de TB para el ingreso a la escuela**

POLITICA DE ASISTENCIA (DECLARACION GENERAL)

Atender puntual y diariamente a la escuela es parte crítica para que el estudiante obtenga éxito en la escuela. Berryessa Union School District se adhiere a reglamentos estrictos de asistencia. Rogamos a los padres/tutores de planear sus vacaciones y viajes alrededor del calendario escolar. Durante la primera semana de clases, usted recibirá un acuerdo de asistencia definiendo los días que se permite falta o no de acuerdo a la política de Berryessa.

Escuela de su elección

Los padres de Berryessa Union School District pueden seleccionar otra escuela diferente a la asignada de acuerdo a su domicilio, si hay espacio disponible por medio de un proceso. Una solicitud de transferencia llamada "Request For Interdistrict Attendance Permit" deberá ser llenada, está disponible en la oficina del distrito o en las escuelas. Este formulario permite que los estudiantes acudan a otra escuela. Esta solicitud permite que los estudiantes acudan a otra escuela fuera de Berryessa Union School District.

Documentos adicionales pueden y podrán ser solicitados. Aun cumpliendo con todos los requisitos anteriores no necesariamente pueden satisfacer al distrito, de existir dudas razonables referente a la edad del estudiante, estado o residencia del estudiante, padre/tutor.

First Day of Attendance: _____	OFFICE USE ONLY
Neighborhood School: _____	
Teacher: _____	Date Received: _____
Student ID: _____	Time Received: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA Y COMPLETE TODO

INFORMACION DEL ESTUDIANTE/FAMILIA

Apellido legal de estudiante _____ Primer nombre legal _____ Segundo nombre legal _____ Otro nombre usado _____
 # de Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Masculino: _____ Femenino _____ ingresa: _____
 Grado al que _____

Domicilio del estudiante _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento: _____ Fecha de entrada a los Estados Unidos: _____
 Mes / Día / Año Ciudad Estado País Mes / Día / Año

OFFICE USE ONLY: Birth Verification <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Baptism Record <input type="checkbox"/> Hospital Record <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> School Transcript
--

Padre Tutor – Relación con el estudiante: _____ ¿Vive el estudiante con el padre/tutor? Si No

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico/E-mail _____

Domicilio (en caso de ser diferente al del estudiante) Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____

Preparatoria incompleta Termino preparatoria Universidad y/o 1-2 años de Universidad comunitaria 4 años de universidad Postgrado
 Madre Tutora – Relación con el estudiante: _____ ¿Vive el estudiante con la madre/tutora? Si No

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico/E-mail _____

Domicilio (en caso de ser diferente al del estudiante) Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____

Preparatoria incompleta Completó preparatoria Universidad y/o 1-2 años de Universidad comunitaria 4 años de universidad Postgrado

- Familia (casa, condominio, casa móvil, etc) (200) Refugio/Programa de hogar de transición (100)
- Hogar doble/temporal (120) Familia Foster/kinship (210)
- Hotel/motel(110) Sin refugio(auto/tienda de campaña (130) Otro _____

PROGRAMAS ESPECIALES: Ha recibido o participado su niño en alguno de los programas enumerados a continuación:

- Talento (GATE) Lenguaje/habla/auditivo (LSH) Programa especializado de recursos (RSP) Plan 504
- Programa de Educación Individualizado (IEP)* Educación física modificada/adaptada Clase especial (SDC) Repitió grado: _____

* Deberá de proveer copia del documento IEP o Plan 504

INFORMACION DE LA ESCUELA PREVIA/PRESCOLAR

Último día que acudió a la escuela: ____/____/____

Escuela previa que asistió _____ Distrito Escolar _____ Dirección de la escuela _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

¿Es el estudiante hispano o latino? (marque uno) No, no es hispano o latino Si, es hispano o latino

Por favor indique cuál es su raza/grupo étnico márkuelo con una "P".
Marque tantas casillas de razas/etnicidad que sean necesarias con una X.
 ___Indio americano o nativo de Alaska ___Negro o negro africano ___Blanco
 Asiático ___Chino ___Japonés ___Coreano ___Vietnamita ___Hindú ___Laosiano ___Camboyano ___Filipino ___Asiático de otro país
Nativo de Hawái u otras islas del pacífico: ___Hawaiano ___Guamango ___Samoano ___Tahitiano ___Isleño de otra isla del pacífico

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA: ¿En que otro idioma desea tener correspondencia? Chino Español Vietnamita

MOBILIDAD: (Se requieren para reportes de pruebas del Estado)
 ¿Qué grado acudió/acudirá por primera vez ESTA ESCUELA en el distrito de Berryessa Union School District (Grados TK-8)? Grado: _____
 ¿Qué grado acudió/acudirá por primera a BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT (Grados TK-8)? Grado: _____
 ¿Qué fecha entró/entrará su niño para atender a una ESCUELA PRIVADA O PÚBLICA en California (Grados TK-8)? Mes ____ Día ____ Año ____
 ¿Qué fecha acudió/acudirá a una ESCUELA PRIVADA O PÚBLICA EN LOS ESTADOS UNIDOS (Grados TK-8)? Mes ____ Día ____ Año ____

BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN EL HOGAR

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of the Student/APELLIDO legal del estudiante: _____

First name/Nombre (Second Given Name /Segundo nombre)

Student's home address/ Domicilio del estudiante: _____

School/Escuela: _____ Date of birth /Fecha de nacimiento: _____

Grade/grado: _____

Phone number/# telefónico: Hogar: _____ Cel/Celular: _____

Instrucciones para los padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el/los idioma/s hablados en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar programas y servicios educativos adecuados.

Como padres o tutores, se requiere de su cooperación para cumplir con este requisito legal. Por favor conteste cada una de las cuatro preguntas siguientes tan precisas como sea posible. Por cada pregunta, escriba el nombre del idioma/s que aplique en el espacio proporcionado. Por favor responda todas las preguntas.

1. ¿Qué idioma aprendió su niño cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su niño con más frecuencia cuando habla en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma ustedes (los padres o tutores) más frecuentemente usa cuando habla con su niño _____
4. ¿Qué idioma hablan con más frecuencia entre los adultos en el hogar? _____
(Padres, tutores, abuelos u cualquier otro adulto) _____

Por favor firme y feche este formulario en los siguientes espacios.
Gracias por su cooperación.

Firma del padre o tutor

Fecha

Office use only:

CELDT Appointment: Date: _____ Time: _____

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



Requisitos de ingreso por edad y grado:

Vacuna	4-6 años de edad Escuela primaria (al nivel de kínder de transición/ kínder o más arriba)	7-17 años de edad Escuela primaria o secundaria	7° grado*
Polio (OPV or 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 Pertussis (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° grado, se requiere que una de esas dosis sea Tdap o DTaP/ DTP y que se la hayan puesto 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 dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año o después. Sólo se requiere una dosis de las vacunas contra las paperas y la rubéola si es que recibió vacunas separadas).	1 dosis en o después del primer cumpleaños. (La vacuna contra las paperas no es necesaria si es que recibió vacunas separadas).	2 dosis de MMR o cualquier vacuna contra el sarampión. (Ambas dosis deben haberse puesto al cumplir el 1er año 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 nuevos alumnos de 7° grado también deben cumplir con los requisitos para alumnos de 7-17 años de edad.

LA RAZÓN POR LA QUE SU NIÑO(A) NECESITA VACUNARSE:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que todos los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. Las enfermedades como el sarampión se propagan rápidamente, de modo que los niños deben estar protegidos antes de entrar. Se requiere que las escuelas en California verifiquen los comprobantes de inmunización de todos los nuevos estudiantes de kínder/kínder de transición **hasta** el 12° grado y de los estudiantes pasando a 7° grado antes del comienzo de clases.

LA LEY (en inglés):

Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325 120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-60755

LO QUE NECESITA PARA LA INSCRIPCIÓN:

Para asistir a la escuela, el comprobante de inmunización de su niño(a) debe mostrar la fecha para cada una de las vacunas requeridas arriba. Si no tiene un comprobante de inmunización, o si su niño(a) no ha recibido todas las vacunas requeridas, llame a su doctor inmediatamente para hacer una cita.

Si un médico licenciado determina que su niño(a) no debe recibir cierta(s) vacuna(s) por razones médicas, presente una declaración escrita para obtener una **exención médica** para la(s) vacuna(s) que le falta(n), incluyendo la duración de la exención médica.

Las exenciones por **creencias personales** ya no es una opción para entrar a la escuela. Sin embargo, una exención por creencias personales válida archivada en una escuela antes del 1° de enero de 2016 es válida hasta el siguiente intervalo de grados (7° a 12° grado). Las exenciones por creencias personales validas se pueden transferir entre las escuelas en California. Para obtener detalles completos, visite ShotsforSchool.org.

También debe presentar un comprobante de inmunización para todas las vacunas no exentas.

¿Tiene preguntas? Visite shotsforschool.org o comuníquese con su departamento de salud local (bit.do/immunization).

Servicios de Vacunación en el Condado de Santa Clara

CENTROS DE SALUD ESCOLARES

- Franklin McKinley School Center
645 Wool Creek Dr., San José, CA 95112
1.408.283.6051
- Gilroy Neighborhood Health Clinic
7861 Murray Avenue, Gilroy CA 95020
1.408.842.1017
- Overfelt Neighborhood Health Clinic
1835 Cunningham Ave., San José, CA 95122
1.408.347.5988
- San José High Neighborhood Health Clinic
1149 E. Julian St., Edificio H, San José, CA 95116
1.408.535-6001
- Washington Neighborhood Health Clinic
100 Oak St., San José, CA 95110
1.408.295.0980

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD DE MAYVIEW

- Mayview Community Health Center
270 Grant Ave., Palo Alto, CA 94306
1.650.327.8717
- Mayview Community Health Center
900 Miramonte Ave. 2° piso, Mtn. View, CA 94040
1.650.965-3323
- Mayview Community Health Center
785 Morse Ave., Sunnyvale, CA 94085
1.408.746.0455

CLÍNICAS DE PLANNED PARENTHOOD

Centro de Llamadas para todas las

Clínicas Planned Parenthood: 1.877.855.7526

- Planned Parenthood, Blossom Hill
5440 Thornwood Dr., #G, San José, CA 95123
- Planned Parenthood, Mountain View
225 San Antonio Rd., Mtn. View, CA 94040
- Planned Parenthood, San José
1691 The Alameda, San José, CA 95126
- Mar Monte Community Clinic
2470 Alvin Ave., #60, San José, CA 95121

RED DE SALUD FAMILIAR DE GARDNER

- Alviso Health Center
1621 Gold St., Alviso, CA 95002
1.408.935.3949
- CompreCare Health Center
3030 Alum Rock Ave., San José, CA 95127
1.408.272.6300
- Gardner Health Center
195 E. Virginia St., San José, CA 95112
1.408.998.8815
- Gardner South County Health Center
7526 Monterey St., Gilroy, CA 95020
1.408.848.9400
- St. James Health Center
55 E. Julian St., San José, CA 95112
1.408.918.2600
- Gardner Downtown Health Center
725 E. Santa Clara St., #10, San José, CA 95112
1.408.794.0500

CLÍNICAS COMUNITARIAS/CENTROS DE SALUD

- Asian Americans for Community Involvement
2400 Moorpark Ave., #319, San José, CA 95128
1.408.975.2763
- Indian Health Center
1333 Meridian Ave., San José, CA 95125
1.408.445.3400
- Indian Health Center – Silver Creek
1642 E Capitol Expy., San José, CA 95121
1.408.445.3400 x200
- San José Foothill Family Community Clinic
2880 Story Rd., San José, CA 95127
1.408.729.1643
- Foothill Family Clinic
1066 South White Rd., #170, San José, CA 95127
1.408.729.9700
- Montpelier Clinic
2380 Montpelier Dr., #200, San José, CA 95116
1.408.254.1800

Para ver si su niño califica para seguro de salud gratuito o a bajo costo, por favor llame a:

- Children's Health Initiative
888.244.5222
- Child Health & Disability Prevention Program
408.937.2250
- Medi-Cal Eligibility
877.962.3633
- Santa Clara Valley Health & Hospital System
Valley Connection
888.334.1000



Berryessa Union School District

FORMULARIO SOBRE EL SIGNIFICADO DE LA ASIGNACION DE ESCUELA

Yo entiendo que mi niño/a, _____ no tiene garantizado su inscripción en la escuela designada por su domicilio*. Si no hay espacio disponible en la escuela que le corresponde, mi niño será reasignado a una escuela dentro de nuestro distrito. De haber espacio disponible el siguiente año en la escuela de su barrio, su niño/a será invitado a regresar a su escuela del barrio para el siguiente año escolar.

La inscripción de su niño en la escuela que le corresponde es determinada por el día y hora en que los documentos de inscripción hayan sido entregados completos durante el tiempo de la inscripción central.

Yo entiendo que si la capacidad del grado de la escuela que le corresponde a mi niño/a ha alcanzado su máxima capacidad, el/los estudiante/s que hayan sido los “últimos en matricularse serán los primeros” en ser reasignados.

Yo entiendo que si mi niño/a no atiende a clases el primer día de escuela el/ella puede perder su lugar en la clase/escuela y pudiera ser reasignado a otra escuela dentro del distrito.

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ # de ID del estudiante: _____

* Se define como escuela asignada para asistir:
La escuela designada por el distrito de acuerdo con la zona específica de residencia.

* Se define último a:
La fecha y hora en que la escuela/el distrito han recibido completo el paquete de matriculación.



Berryessa Union School District

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Estimados padres/tutores:

El Distrito Escolar Unido de Berryessa esta orgulloso de muchos de los logros de sus estudiantes y del personal. Tales logros frecuentemente llaman la atención de periódicos, estaciones de televisión, y otros medios de comunicación que visitan nuestras escuelas para tomar fotografías. Además, a menudo nosotros tomamos fotografías, videos, y/ o entrevistas de estudiantes y personal durante varias actividades. También, frecuentemente usamos esas fotos de nuestros estudiantes del Distrito Escolar Unido de Berryessa para publicaciones de folletos y en nuestra página del Internet. Respetando la privacidad de su niño, debemos saber si usted desea o no que su niño sea fotografiado, aparezca en un video, o sea entrevistado por medios de comunicación o en publicaciones de nuestro distrito.

SI DOY permiso para que mi niño sea fotografiado, este en un video, o sea entrevistado por medios de comunicación o en publicaciones hechas por el Distrito Unido Escolar de Berryessa.

NO DOY PERMISO para que mi niño sean fotografiado, incluido en algún video, o entrevistado por medios de comunicación por ningún motivo. No doy tampoco, ninguna autorización para el Distrito Escolar Unido de Berryessa tome fotografías o tome palabras de mi niño en publicaciones de nuestro distrito. Nota: Entiendo que este acuerdo no incluye exposiciones hechas en los salones o en los libros anuales.

Nombre del estudiante _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Nombre de la escuela: _____

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 el padre o tutor)

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:	Género: <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: Considere cada pregunta de forma separada. Marque su 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)
_____ Firma del profesional dental con licencia Número de licencia de California Fecha			

Sección 3: Excusa del requerimiento de evaluación dental

Debe ser llenada por el padre o tutor que soliciten excusa de este requisito

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

- 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 puedo 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 pide una excusa de este requisito: ► _____
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 su hijo (a). Si tiene preguntas por favor llame a su escuela.

Regrese esta hoja a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
 El original debe de ser incluido en el expediente escolar de su hijo (a). Rev 03/04/2013 SP.

Información sobre la Evaluación de Salud Oral/Formulario para Solicitar La Excepción

Para asegurarse de que su niño esté listo para la escuela, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, del estado de California requiere ahora, de un revisión dental para su niño antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer grado o kindergarten. Las revisiones dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidas. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida sobre la Solicitud de Excepción para Evaluación de Salud Oral al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su niño a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de ese formulario. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su niño en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su niño no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su niño:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su niño en Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese a la agencia local de servicios sociales en <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-alhome/CountyListing1.htm>.
2. **Healthy Families**, llame al número telefónico gratuito o vea la página del Internet ahí pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su niño en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para obtener recursos adicionales, comuníquese al departamento local de salud pública en <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm>.>

¡Recuerde que su niño no está sano, ni listo para ir la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su niño o se mantenga saludable:

- Lleve a su niño al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Su niño deben cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.
 - Las sodas y los dulces contienen mucha azúcar que causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus niños. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Las caries descuidadas son una infección que no sana y puede ser dolorosa si no se da tratamiento. Si no reciben atención, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ella

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTACIÓN Y/ O ADAPTACIONES ESPECIALES

1. DISTRITO	2. ESCUELA :	3. TELEFONO DE LA ESCUELA											
4. NOMBRE DEL ESTUDIANTE		5. FECHA DE NACIMIENTO O EDAD											
6. NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL		7. NUMERO DE TELEFONO											
<p>8. SELECCIONE UNO:</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante tiene una discapacidad o una condición que requiere alimentación especial o una colocación especial. (Ver el reverso de esta hoja para ver las definiciones.) Las escuelas o agencias que participan en un programa federal de nutrición deberán cumplir con los requisitos especiales de alimentos y de equipo de adaptación necesarios. El formulario deberá de ser firmado por un médico autorizado.</p> <p><input type="checkbox"/> El estudiante no tiene ninguna discapacidad, pero requiere de una alimentación especial debido a la intolerancia de alimentos u otras razones médicas. El uso de este formulario no es para solicitar alimentos preferidos. Alentamos a las escuelas o agencias que participan en el programa federal de nutrición que hagan solicitudes razonables. Las personas autorizadas para firmar este formulario son: un médico autorizado, o el asistente del médico, o enfermera registrada.</p>													
9. DISCAPACIDAD O CONDICION MEDICA QUE REQUIERE DE ALIMENTOS O ADAPTACIONES ESPECIALES:													
10. SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA DISCAPACIDAD, DESCRIBA BREVEMENTE COMO AFECTA PRINCIPALMENTE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.													
11. DESCRIPCION DE LA DIETA Y/O ADAPTACION: (POR FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACION APROPIADA)													
<p>12. INDICAR TEXTURA:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cortada/Picado <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré </p>													
<p>13. ALIMENTOS QUE SE DEBEN OMITIR O SUBSTITUIR: (POR FAVOR ENLISTE LOS ALIMENTOS ESPECIFICOS QUE SE DEBEN OMITIR Y SUGUIERA LOS SUSTITUTOS. INFORMACION ADICIONAL PUEDE SER ANADIDA EN OTRA HOJA)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">A. Alimentos que deben de ser omitidos</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">B. Sugerencia de sustitutos</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>				A. Alimentos que deben de ser omitidos	B. Sugerencia de sustitutos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. Alimentos que deben de ser omitidos	B. Sugerencia de sustitutos												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
14. EQUIPO DE ADAPCION:													
15. FIRMA DE LA PERSONA QUE PREPARO*	16. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	17. NO. DE TELEFONO	18. FECHA										
19. FIRMA DEL MEDICO APROBADO*	20. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	21. NO. DE TELEFONO	22. FECHA										

* Se requiere la firma del médico para los estudiantes con discapacidades. En caso de que los estudiantes no tengan discapacidades, un médico autorizado, un asistente médico o enfermera registrada podrán firmar este formulario.

Este formulario deberá de actualizarse para reflejar las necesidades médicas y o nutricionales del estudiante.

De acuerdo con la ley Federal y las políticas del Departamento de Agricultura del los Estados Unidos, se prohíbe que esta agencia discrimine basados en de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar quejas por discriminación, escriba al director de USDA, Oficina de Derechos, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). La política de USDA se basa en la igualdad de oportunidades para servir y contratar.

DECLARACION MÉDICA PARA SOLICITAR ALIMENTOS Y/ O ADAPTACIONES ESPECIALES

INSTRUCCIONES

1. **Distrito:** Escriba el nombre del distrito que provee el formulario al padre o tutor.
2. **Escuela:** Escriba la escuela donde serán servidos los alimentos (por ejemplo: dirección de la escuela, centro de cuidado infantil, centro comunitario, etc.)
3. **Número de teléfono de la escuela:** Escriba el teléfono de la escuela donde se servirán los alimentos. Ver #2.
4. **Nombre del estudiante: Escriba el nombre del estudiante**
5. **Edad del estudiante:** Escriba la edad del estudiante, en caso de infantes, escriba la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor legal:** Por favor escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del estudiante.
7. **Número de teléfono:** Teléfono del padre o tutor.
8. **Marcar uno:** Marque (✓) para indicar si el estudiante tiene una deshabilidad o no.
9. **Discapacidad o condición medica por la que requiere alimentos especiales o colocación especial:** Describa la condición medica que requiere comida o colocación especial (por ejemplo: diabetes juvenil, alergia a cacahuates, etc.)
10. **Si el estudiante esta discapacitado, dénos una descripción breve de las rutinas diarias mayores que son afectadas por su discapacidad:** Describa como la discapacidad afecta las actividades diarias del estudiante. Por ejemplo "Alergia a los cacahuates cause una reacción que pone en peligro su vida"
11. **Dieta prescrita y/ o colocación:** Describa específicamente la dieta o la colocación que ha sido prescrita por un medico, o describa la modificación de dieta solicitada a quienes no tiene una condición de discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deberán ser liquido en forma de puré." "El estudiante no puede comer ningún alimento solidó."
12. **Indicar la textura:** Marque (✓) en una casilla para indicar que tipo de textura es necesaria. Si el estudiante no lo necesita marque la casilla que indica, "Regular".
13. **A. ALIMENTOS QUE DEBEN SER OMITIDOS:** Lista especifica de los alimentos que deben ser omitidos. Por ejemplo, "excluir leche liquida"
B. Sugerencia para sustituir: Lista especifica de alimentos que deben incluir en la dieta. Por ejemplo: "jugo fortificado con calcio."
14. **Equipo de adaptación:** Describa específicamente el equipo que se requiere para ayudar al estudiante a comer. (Ejemplos pueden incluir taza para entrenar llamada in ingles sippy cup, cuchara con larga área para sujetar, muebles con acceso para silla de ruedas, etc.)
15. **Firma de quien prepara este formulario:** Firma de la persona quien ha llenado el formulario.
16. **Nombre:** Nombre de la persona que ha llenando este formulario.
17. **Número de teléfono:** Teléfono de la persona que llena este formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que se firmo este documento.
19. **Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita la alimentación o colocación especial.
20. **Nombre:** Nombre en letra de imprenta de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en que la autoridad médica firma este formulario.

DEFINICIONES*:

"**Persona discapacitada**" se define a aquella persona que tiene un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de las actividades diarias mayores, tiene registro de tal impedimento, o se le considera que tiene tal impedimento.

"**Impedimento físico o mental**" significa (a) cualquier condición de desorden fisiológica o condición, desfiguración cosmética, pérdida anatómica que afecta uno o mas de los siguientes sistemas del cuerpo. Muscular-óseo; órganos especiales sensoriales: respiratorio; incluyendo órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genital urinario; sanguínea y linfático; de la piel; y endocrinológico' o b (cualquier desorden mental o fisiológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, emocional o enfermedad mental y discapacidades especificas de aprendizaje.

"**Habilidades mayores diarias**" son funciones como el bastarse a si mismo, desarrollar destrezas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

"**Tiene registros de tal impedimento**" se define como el tener un historial de, o haber sido clasificado (clasificado erróneamente) como tener un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades mayores diarias.

(*Citado en la Sección 504 del Decreto de Rehabilitación de 1973)

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 entregue 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 fechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(m/m/d/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	Quarto	Quinto
POLO (OPV o IPV)					
DTaP/DTp/DTTd (difteria, tétano y [acellular] pertusis [los ferri]a) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros prescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACION 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 examinador de salud Fecha

Firma del padre/madre o guardián Fecha

*de ser indicado

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

El Condado de Santa Clara
Programa de Salud y Prevención de
Incapacidades para Niños

El Programa de CHDP



Exámenes de salud gratis para niños y adolescentes elegibles

Child Health & Disability Prevention Program

Public Health Department

Santa Clara Valley Health & Hospital System



Los exámenes regulares de la salud pueden:

- n Ayudar a los niños y adolescentes mantenerse sanos
- n Identificar problemas de la salud a una edad temprana y refiere para tratamiento si es necesario

Si identifican un problema de la salud y recibe tratamiento en una edad temprana es más fácil corregir y reducir o prevenir problemas serios más adelante para el niño o adolescente.

Niños y adolescentes son elegibles si están:

- n Inscritos en Medi-Cal y tienen 0 a 21 años de edad, o
- n De bajo ingresos y tienen 0 a 19 años de edad

* Usted puede recibir Medi-Cal temporal por hasta 60 días a través de Gateway, un programa de CHDP.

Ejemplos de exámenes de la salud cubiertos por CHDP:

- n Para los infantes y niños
- n Para Preescolar/Head Start
- n Para ingresar a la primaria
- n Para escuela
- n Exámenes físicos para deportes o campamento
- n Exámenes físicos para adolescentes

Todos los exámenes de CHDP incluyen:

- n Evaluación del crecimiento y desarrollo
- n Un examen completo, de la cabeza hasta los pies
- n Un chequeo del peso y estatura
- n Evaluación sobre la nutrición
- n Exámenes de la vista y audición
- n Evaluación oral (esto no substituye el examen dental)
- n Inmunizaciones (vacunas)
- n Pruebas de sangre y orina
- n Prueba de tuberculosis
- n Educación sobre la salud

Si las pruebas indican la necesidad de hacer otros exámenes o tratamiento, es muy importante que Usted sigue las instrucciones del proveedor médico.

Para más información,
llame al número 1 (800) 689-6669

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female School: _____
Last, First month/day/year

Address _____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department TB Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a licensed health professional and returned to the child's school.

1. Was your child born in Africa, Asia, Latin America, or Eastern Europe? Yes No
2. Has your child traveled to a country with a high TB rate* (for more than a week)? Yes No
3. Has your child been exposed to anyone with tuberculosis (TB) disease? Yes No
4. Has a family member or someone your child has been in contact with had a positive TB test or received medications for TB? Yes No
5. Was a parent, household member or someone your child has been in close contact with, born in or traveled to a country with a high TB rate? Yes No
6. Has another risk factor for TB (i.e. one of those listed on the back of this page)? Yes No

* This includes countries in Africa, Asia, Latin America or Eastern Europe. For travel, the risk of TB exposure is higher if a child stayed with friends or family members for a cumulative total of 1 week or more.

If YES, to any of the above, the child has an increased risk of TB infection and should have a TST/ IGRA.

All children with a positive TST/IGRA result must have a medical evaluation, including a chest X-ray. Treatment for latent TB infection should be initiated if the chest X-ray is normal and there are no signs of active TB. If testing was done, please attach or enter results below.

Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date given: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Chest X-Ray (required with positive TST or IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal finding
<input type="checkbox"/> LTBI treatment (Rx & start date): _____	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____
<input type="checkbox"/> Contraindications to INH or rifampin for LTBI	<input type="checkbox"/> Offered but refused LTBI treatment

Providers, please check one of the boxes below and sign:	
<input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, none of the above or other risk factors for TB and does not require a TB test.	
<input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.	
_____	_____
Health Provider Signature, Title	Date

Name/Title of Health Provider:

Facility/Address:

Phone number:

Fax number:

County of Santa Clara

Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program
976 Lenzen Avenue, Suite 1700
San José, CA 95126
408.885.2440



Risk Factors for Tuberculosis (TB) in Children

- Have clinical evidence or symptoms of TB
- Have a family member or contacts with history of confirmed or suspected TB
- Are in foreign-born families from TB endemic countries (including countries in Africa, Asia, Latin America or Eastern Europe)
- Travel to countries with high rate of TB
- Contact with individual(s) with a positive TB test
- Abnormalities on chest X-ray suggestive of TB
- Adopted from any high-risk area or live in out-of-home placements
- Live with an adult who has been incarcerated in the last five years
- Live among or frequently exposed to individuals who are homeless, migrant farm workers, residents of nursing homes, or users of street drugs
- Drink raw milk or eat unpasteurized cheese (i.e. queso fresco or unpasteurized cheese)
- Have, or are suspected to have, HIV infection or live with an adult with HIV seropositivity. See below for testing methods in children with HIV or other immunocompromised conditions.

Testing Methods

A Mantoux tuberculin skin test (TST) or an Interferon Gamma Release Assay (IGRA) (for children aged 4 and older) should be used to test those at increased risk. A TST of ≥ 10 mm is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB (yes to question 3 on reverse) then TST ≥ 5 mm is considered positive.

Screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review in HIV infected or suspected HIV, other immunocompromised conditions or if a child is taking immunosuppressive medications such as prednisone or TNF-alpha antagonists.

Referral, Treatment, and Follow-up of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive TST or IGRA result should have a medical evaluation, including a chest X-ray.
- Report any confirmed or suspected case of TB disease to the TB Control Program within 1 day, including any child with an abnormal chest X-ray.
- If TB disease is not found, treat children and adolescents with a positive TST or IGRA for latent TB infection (LTBI).
- Isoniazid (INH) is the drug of choice for the treatment of LTBI in children and adolescents. The length of treatment is 9 months with daily dosing: 10-15mg/kg (maximum 300 mg).
- For management and treatment guidelines for TB or LTBI, go to: www.cdc.gov/tb or contact the TB Control Program at (408) 885-4214.

References

American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Tuberculosis. In L.K. Pickering (Ed.), 2009 *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 27th ed. El Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009:680-701.

California Health and Safety Code Section 121515.

Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted Tuberculin Skin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004; 114 (14):1175-1201.

Pang J, Teeter LD, Katz DJ, et al. Epidemiology of Tuberculosis in Young Children in the United States. *Pediatrics*, 2014:494-504.

Board of Supervisors: Mike Wasserman, Cindy Chavez, Dave Cortese, Ken Yeager, S. Joseph Simitian,
County Executive: Jeffrey V. Smith

County of Santa Clara Public Health Department

Administration
976 Lenzen Avenue, 2nd Floor
San José, CA 95126



15 de abril de 2014

Estimados padres y tutores.

El Condado de Santa Clara continúa teniendo uno de los más altos índices de tuberculosis en los Estados Unidos. La tuberculosis es una infección de bacteria que se transmite a través del aire y puede afectar los pulmones, el cerebro, los huesos, o cualquier parte del cuerpo. Los niños se pueden infectar cuando viajan, o cuando otras personas en la casa, familiares o visitantes tienen la infección. Los niños que son expuestos a una persona con tuberculosis tienen un alto riesgo de resultar con tuberculosis activa. Si se diagnostica a tiempo, la tuberculosis se puede tratar, y prevenir su contagio.

En el Condado de Santa Clara, es obligatorio que a los estudiantes que se inscriben para la escuela les hagan la prueba de la tuberculosis. Sin embargo, **partir del 1 de junio de 2014, se requerirá que SÓLO se hagan la prueba los estudiantes cuyo pediatra identifique algún factor de riesgo que indique exposición a la tuberculosis. Antes de inscribirse en la escuela, se requerirá que el pediatra complete el formulario "Santa Clara County Public Health Department Risk Assessment for School Entry", que aquí se incluye. Lleven este formulario para que lo complete el pediatra de su niño, y ya lleno entréguenlo a la escuela.** Este requisito es tanto para estudiantes que asisten a escuelas públicas como privadas en el Condado de Santa Clara, y se basa en la autoridad otorgada por el Oficial de Salud del Condado de Santa Clara, de acuerdo al Código de Salud y Seguridad de California, Sección 121515.

Este nuevo reglamento disminuye el número de pruebas innecesarias, y permite que los pediatras se aseguren que los niños con la infección de tuberculosis sean evaluados y tratados a tiempo.

Gracias por ayudarnos a proteger la salud de sus niños.

Atentamente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T. Al-Samarrai', followed by a small 'MD' to the right.

Teeb Al-Samarrai, MD
Supervisor del Control de la Tuberculosis