



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

Chỉ dùng văn kiện này để tham khảo mà thôi. Xin điền vào bản tiếng Anh.

2016-2017 GHI DANH HỌC SINH

Học sinh mới nhập học lớp mẫu giáo chuyển tiếp, lớp mẫu giáo đến lớp 8

2015-2016 Hồ Sơ đăng ký học sẽ có trên trang web Học Khu (www.berryessa.k12.ca.us)

Ghi danh học cho con em quý vị, quý vị phải mang theo đầy đủ hồ sơ** và phải chú ý đi ghi danh đúng ngày với trường học chánh quý vị cư trú ở dưới đây:

Thời khóa biểu cho lớp mẫu giáo chuyển tiếp, lớp mẫu giáo đến lớp 8 sẽ được tổ chức như sau:

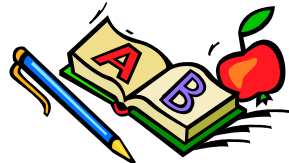
	<u>Ngày</u>	<u>Giờ</u>	<u>Địa điểm</u>
Trường Morrill và các trường cùng nhóm gia đình: (Morrill, Brooktree, Laneview & Northwood)	Thứ Năm, ngày 3 tháng 3	4:00 - 7:00 Chiều	Học Khu
Trường Piedmont và các trường cùng nhóm gia đình: (Piedmont, Noble, Summerdale, Toyon & Vinci Park)	Thứ Năm, ngày 10 tháng 3	4:00 - 7:00 Chiều	Học Khu
Trường Sierramont và các trường cùng nhóm gia đình: (Sierramont, Cherrywood, Majestic Way & Ruskin)	Thứ Năm, ngày 17 tháng 3	4:00 - 7:00 Chiều	Học Khu

Các hồ sơ nhập học không đầy đủ sẽ không được chấp nhận và quý vị sẽ được yêu cầu trở lại vào những ngày dưới đây để hoàn thành việc ghi danh. Tất cả các loại vắc-xin và xét nghiệm cần thiết phải được đưa ra và ghi lại đúng với tuổi của bác sĩ hoặc phòng khám.

Tất cả các trường

<u>Ngày</u>	<u>Giờ</u>	<u>Địa điểm</u>
Ngày 21 tháng 3 đến ngày 24 Tháng 6	9:00 sáng - 1:00 Chiều	Trường nhà
Ngày 27 tháng 6 đến Ngày 4 tháng 8 (chỉ thứ Hai-thứ Năm)	9:00 sáng - 2:00 Chiều	Học Khu (Chỉ từ 9 đến 2 giờ)
Bắt đầu từ ngày 8 tháng 8, 2016	9:00 sáng - 1:00 Chiều	Trường nhà

Xin đọc phần “ PHỤ HUYNH KIỂM TRA DANH SÁCH” cẩn thận để bảo đảm quý vị nộp tất cả các giấy tờ tài liệu cần thiết để hoàn thành quá trình ghi danh.

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	



HỌC KHU THỐNG NHẤT BERRYESSA

1376 Piedmont Road ♦ San Jose, CA 95132

Hãy đến website để biết thêm chi tiết: www.berryessa.k12.ca.us

BẢN LIỆT KÊ CHO PHỤ HUYNH NĂM 2016 – 2017

LƯU Ý: Phụ huynh hoặc giám hộ hợp pháp cần ký vào các giấy tờ ghi danh. Khi đến ghi danh cho con em theo học, quý vị cần mang theo Bảng Lái Xe hay Thẻ Căn Cước còn giá trị. **Bảng Lái Xe không được chấp nhận như là bằng chứng về nơi cư trú.** P.O Boxes không được chấp nhận như là địa chỉ cư trú. Con em học sinh của quý vị không cần có mặt lúc ghi danh.

Quý vị cần mang theo các mẫu văn kiện sau đây khi ghi danh cho học sinh. Xin hãy mang theo tất cả các văn kiện đòi hỏi vào lúc ghi danh, và hãy dùng bản liệt kê này để giúp quý vị nhớ hoàn tất điền các mẫu văn kiện này. Quý vị có thể tiếp xúc với trường gần nhà nếu cần giúp đỡ điền các mẫu sau đây:

- ☐ 1. Bảng Chứng Nơi Cư Ngụ Trong Khu Học Thống Nhất Berryessa (*xin chọn một*)
 - ☐ Chủ Nhà - Bảng Chứng về Quyền Sở Hữu VÀ Hóa Đơn PG&E
 - ☐ Người Thuê Nhà - Khế Ước Thuê Mướn Nhà VÀ Hóa Đơn PG&E
 - ☐ Trường Hợp Khác – (Tờ Khai Hữu Thệ Thẩm Quyền của Người Chăm Sóc hoặc của Gia Đình) – Mẫu đơn có sẵn tại Trường hay Văn Phòng Khu Học (các tờ này không có trong tập này).
Ghi Chú: Đối với *Bản Khai Hữu Thệ Gia Đình*, Phụ Huynh đăng ký cho học sinh cần phải đưa ra hai (2) phong bì mà có tên và địa chỉ hiện thời in trên phong bì (giấy tờ của chính phủ như: giấy tờ thuế, xác minh sự hỗ trợ nhà nước và một hóa đơn như điện thoại di động, thẻ tín dụng, y tế, bảo hiểm). **Các hình thức Affidavit bắt buộc phải gia hạn hàng năm và các gia đình có thể có một cuộc kiểm tra/chứng minh của nhân viên từ Học Khu .**
- ☐ 2. Văn Kiện **Nguyên Thủy** Chứng Minh Tuổi Tác Học Sinh (và một bản sao)
- ☐ 3. Thẻ Chích Ngừa **Nguyên Thủy** của Học Sinh (và một bản sao)

Thẻ phải được cấp nhận bởi bác sĩ hoặc bệnh viện với tất cả các loại vắc-xin và các kiểm tra phải ghi lại đúng với tuổi yêu cầu. Xin vui lòng xem trang “Yêu Cầu Y Tế” kèm theo trong bản ghi danh học.
Giấy kết quả thử nghiệm bệnh lao (TB test) phải cung cấp do dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh
- ☐ 4. Các Mẫu Đơn Ghi Danh, 2 Trang

Nếu con của quý vị có một IEP hoặc Kế Hoạch 504, quý vị phải cung cấp một bản sao của hồ sơ hiện tại ở trong đơn đề Ghi Danh Học để con quý vị có thể được đặt lớp học một cách thích hợp.

Xin kèm theo (nếu có), bản sao của kết quả thử nghiệm bài kiểm tra Tiểu ban của con em quý vị
- ☐ 5. Khảo sát – bằng ngôn ngữ sử dụng ở nhà-
- ☐ 6. Mẫu Hiểu Rõ về Việc Phân Phối Trường
- ☐ 7. Mẫu Cho Phép Giới Truyền Thông Quay Phim Chụp Ảnh
- ☐ 8. Mẫu Khám Sức Khoẻ Răng Miệng/Giấy Yêu Cầu Khước Từ (Lớp mẫu giáo và lớp 1 thời)
- ☐ 9. Bản Báo Cáo Khám Sức Khoẻ để Nhập Học (dành cho mẫu giáo, cần thiết cho lớp 1). Xin vui lòng xem HƯỚNG DẪN GHI DANH, mục # 3.
- ☐ 10. Trữ y tế để yêu cầu bữa ăn đặc biệt và / hoặc yêu cầu tiện lợi khác (ghi vào đây đủ nếu đứa trẻ có dị ứng thực phẩm)
- ☐ 11. SCC Public Health Department, TB Risk Assessment/Thử nghiệm ngừa lao cho nhập học
- ☐ 12. Bảng Lái Xe hay Thẻ Căn Cước còn Giá Trị của Phụ Huynh/Giám Hộ

CÁCH CHỈ DẪN ĐỂ GHI DANH

1. BẢNG CHỨNG VỀ NƠI GHI TRÚ:

NẾU QUÝ VỊ LÀ CHỦ NHÀ CỦA NƠI CƯ NGỰ	NẾU QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI THUÊ NHÀ
<u>Một</u> trong những giấy tờ sau đây có tên của cha mẹ, cho thấy địa chỉ nơi học sinh thường trú. <i>P.O. Boxes không được chấp nhận như là nơi cư trú</i>	
Bảng chứng có giá trị về quyền sở hữu nơi cư ngụ như <i>Giấy Chủ Quyền Nhà, hóa đơn thuế bất động sản, thư đoạn mail, hoặc thẻ lượng giá căn nhà</i> nêu rõ chủ quyền của phụ huynh hay giám hộ của học sinh được ghi danh	<i>Hợp đồng thuê mướn có tên phụ huynh/giám hộ (Hoặc hóa đơn trả tiền thuê)</i>
<u>Và thêm một</u> trong những giấy tờ sau đây trong tên hiển thị địa chỉ bất động sản cư trú của cha mẹ	
Hóa đơn điện ga hiện (PG&E), Giấy lương sơ khai (Pay Stub), mẫu W-2, Giấy ghi tên bỏ phiếu, bằng lái xe hợp lệ CA, thư từ một cơ quan Chính phủ.	

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÁC:

Khi học sinh và phụ huynh/giám hộ sống chung với người khác có địa chỉ nằm trong phạm vi của Học Khu Thống Nhất Berryessa (thuê một căn phòng, share phòng trong nhà, sống chung với thân nhân), cần điền một Tờ Khai Hữu Thệ Gia Đình (Affidavit). Phụ Huynh đăng ký cho học sinh cần phải đưa ra hai (2) phong bì mà có tên và địa chỉ hiện thời in trên phong bì (giấy tờ của chính phủ như: giấy tờ thuế, xác minh sự hỗ trợ của Nhà Nước; một hóa đơn như điện thoại di động, thẻ tín dụng, bảo hiểm y tế), và một trong hai phong bì phải là hóa đơn

Có trường hợp chỉ có học sinh sống chung với người khác (không phải phụ huynh của học sinh) có địa chỉ nằm trong phạm vi của Học Khu Thống Nhất Berryessa. Trong trường hợp này, cần điền một Tờ Khai Hữu Thệ của Người Chăm Sóc có Thị Thực (Caregiver's Affidavit).

Cả hai loại Tờ Khai Hữu Thệ Gia Đình này đòi hỏi học sinh phải sống toàn thời gian từ Thứ Hai đến Thứ Năm.

Chủ Nhà/Người Thuê Nhà ký Affidavit gia đình phải cung cấp/xuất trình bằng chứng xác minh nơi cư trú như đã nêu ở trên.

Bất cứ lúc nào, nếu có sự nghi ngờ về nơi cư trú của học sinh, Học Khu sẽ đảm nhận việc điều tra về tình trạng cư trú thực sự của học sinh. Nếu phát giác ra tình trạng không giống như lời khai của phụ huynh/giám hộ, thì học sinh sẽ tức khắc bị loại tên ra khỏi Học Khu và phải ghi danh lại nơi học khu thích hợp gần nơi cư trú. (Điều Luật 5101.1) Học Khu Thống Nhất Berryessa có quyền kiểm tra nơi cư trú. Chánh sách của Học Khu Thống Nhất minh định rằng tất cả các em học sinh mới ghi tên theo học tại học khu và các em học sinh nào thay đổi nơi cư trú khi theo học các trường trong học khu cần xuất trình bằng chứng nơi cư trú trong phạm vi của Học Khu Thống Nhất Berryessa (BUSD).

2. CHỨNG MINH VỀ TUỔI TÁC:

BẢN CHÁNH của một trong những giấy văn kiện dưới đây và **MỘT BẢN SAO** cần phải mang theo lúc ghi danh: (Luật Giáo Dục, Đoạn 48000) và phải có Tên, Họ, Ngày Sinh và giới tính của học sinh

Giấy Khai Sanh Có Chứng Nhận, Hồ Sơ Rửa Tội, Giấy Thông Hành, Hồ Sơ Bệnh Viện, Hồ Sơ Nhà Trường

Luật của California và chánh sách Hội Đồng Giáo Dục cho phép ghi danh học sinh theo học lớp mẫu giáo các em nào lên 5 tuổi vào ngày hay trước **ngày 1 tháng 9** của năm hiện tại (Luật Giáo Dục, Đoạn 48000). Các em học sinh nhập vào các trường Berryessa từ một nước khác sẽ được xếp vào cấp lớp của tuổi thích hợp. Nếu con em chuyển từ một trường khác, quý vị có thể mang giấy tờ chứng minh tuổi tác từ trường theo học lúc trước.

Nếu con em quý vị được năm (5) tuổi vào giữa 02 tháng 9 và ngày 02 tháng 12, con em quý vị sẽ đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình Mẫu Giáo Chuyển Tiếp. Chương trình này phụ thuộc vào ngân sách nhà nước.

3. HỒ SƠ CHÍCH CHỪNG NGỪA TRƯỜNG HỌC CALIFORNIA:

PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE ĐỂ NHẬP HỌC: (Quy Định Cho Các Em Học Sinh Lớp Một)

Luật tiểu bang California đòi hỏi trẻ em phải được khám sức khỏe và nộp **BÁO CÁO HOÀN THÀNH KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC KHI NHẬP HỌC** (Mẫu Vàng trong hồ sơ này) việc khám sức khỏe có thể được hoàn tất sớm nhất là 18 tháng trước khi vào lớp một. Tuy nhiên việc khám sức khỏe có thể được hoàn tất sáu tháng trước khi vào lớp một nhưng **KHÔNG ĐƯỢC TRƯỚC** Ngày 1 tháng 3 của năm học để đáp ứng yêu cầu học lớp 1. Chúng tôi khuyến khích phụ huynh nên hoàn tất và nộp Mẫu Vàng này chung trong hồ sơ Ghi Danh Mẫu Giáo của con em quý vị. Nếu con quý vị đã làm kiểm tra trước khi ngày 01 tháng 3 năm nay, quý vị sẽ cần phải có một bài kiểm tra sức khỏe khác trước khi vào lớp một. Xin lưu ý gửi Mẫu Vàng này cho văn phòng trường của con em quý vị trước khi con quý vị bắt đầu vào lớp 1

THẺ CHÍCH CHỪNG NGỪA và MỘT BẢN SAO

Nếu con em quý vị ghi danh đến từ một trường khác trong tiểu bang California, quý vị có thể mang theo thẻ "California School Immunization Record Form" của nhà trường đó đến để ghi danh.

Giấy chứng ngừa lao (TB) do cơ sở y tế/dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp

4. MẪU GHI DANH, 2 trang: Mẫu này phải được điền bằng Tiếng Anh

Điều quan trọng là tất cả thông tin phải được điền bằng **chữ in hoặc đánh máy**. Nếu học sinh đã đi học ở trường khác trước khi ghi tên vào Khu Học Thống Nhất Berryessa, đừng quên điền tất cả thông tin về trường đó để chúng tôi có thể yêu cầu trường đó gửi các hồ sơ của con em quý vị. .

(Nếu con của quý vị có một IEP hoặc 504 Kế hoạch, quý vị phải cung cấp một bản sao hiện tại chung với hồ sơ đăng ký Ghi Danh này để con quý vị có thể được đặt lớp học một cách thích hợp.)

5. KHẢO SÁT NGÔN NGỮ Ở NHÀ

6. MẪU HIỂU RÕ VIỆC PHÂN PHỐI TRƯỜNG

7. MẪU PHỔ BIẾN TIN TỨC HỌC SINH

8. MẪU KHÁM SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG/GIẤY YÊU CẦU KHUỐC TỪ' (Mẫu giáo và lớp 1).

9. BẢN BÁO CÁO KHÁM SỨC KHOẺ ĐỂ NHẬP HỌC (Lớp mẫu giáo và bắt buộc cho lớp 1)

10. BÁO CÁO Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU BỮA ĂN ĐẶC BIỆT VÀ / HOẶC YÊU CẦU TIỆN LỢI KHÁC (hoàn tất nếu đứa trẻ có dị ứng thực phẩm / dung nạp)

11. SCC Public Health Department, TB Risk Assessment/Thử nghiệm ngừa lao cho nhập học

CHÁNH SÁCH ĐI HỌC (LỜI VĂN TUYÊN BỐ TỔNG QUÁT)

Đi học đúng giờ mỗi ngày là yếu tố quan trọng trong việc giúp học sinh đạt được thành tích và sự thành công trong lĩnh vực học tập. Học Khu Thống Nhất Berryessa áp dụng triệt để chánh sách đi học. Phụ huynh/Giám hộ được khuyến khích nên tránh kế hoạch những cuộc nghỉ mát / du ngoạn vào những ngày có lớp học. Trong tuần lễ đầu, quý vị sẽ nhận được tờ Thỏa Thuận Đi Học (Attendance Agreement) xác định những lý do vắng mặt nào là chính đáng và lý do nào là không chính đáng và tờ chánh sách đi học của Berryessa.

Lựa Chọn Trường

Những phụ huynh trong Học Khu Thống Nhất Berryessa có thể chọn cho con em mình đi học ở trường khác ngoài trường lân cận được chỉ định, nếu trường muốn chọn còn chỗ, bằng cách thực hiện thủ tục chuyển trường. Có thể lấy cuốn sách Chọn Trường (A School of Choice) tại Văn Phòng Học Khu và tại mỗi trường học để giúp phụ huynh làm quyết định này. Hơn nữa, mẫu đơn chuyển trường đến học khu khác có thể lấy tại Văn Phòng Học Khu và tại các nhà trường trong học khu. Việc chuyển trường này cho phép học sinh đi học ở trường nằm ngoài phạm vi của Học Khu Thống Nhất Berryessa..

Quý vị có thể bị yêu cầu bổ sung hồ sơ: đáp ứng tất cả các yêu cầu trên không có nghĩa là loại khỏi nghi ngờ hợp lý của học khu về tuổi của học sinh, phụ huynh / người giám hộ hoặc nơi cư trú

ĐƠN GHI DANH HỌC SINH**VIẾT CHỮ IN CHO TẤT CẢ THÔNG TIN****CHI TIẾT VỀ HỌC SINH / GIA ĐÌNH**First Day of Attendance: _____ **OFFICE USE ONLY**

Neighborhood School: _____

Teacher: _____ Date Received: _____

Student ID: _____ Time Received: _____

Họ Học Sinh (Chính Thức)

Tên (Chính Thức)

Chữ Lót (Chính Thức)

Tên Khác Thường Dùng

Số Anh Ninh Xã Hội # _____ - _____ - _____ Nam _____ Nữ _____ Lớp nhập học: _____

Địa Chỉ Nhà Học Sinh

Thành Phố

Zip

Điện Thoại Nhà

Ngày Sanh Học Sinh

Nơi Sanh

Ngày Nhập Cư
Hoa Kỳ:**OFFICE USE ONLY: Birth Verification**☐ Birth Certificate☐ Baptism Record☐ Hospital Record☐ Passport☐ School Transcript_____/_____/_____
(Tháng/Ngày/Năm)_____
(Thành Phố, Tiểu Bang, và Quốc Gia)_____/_____/_____
(Tháng/ngày/năm)☐ Cha/ ☐ Giám hộ – Quan Hệ với Học Sinh: _____ Học Sinh Hiện Đang Sống Với Cha/Giám hộ? ☐ Yes ☐ No

Họ của Cha/Giám Hộ

Tên của Cha/Giám hộ

Số điện thoại

Địa chỉ E-mail

Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ cư ngụ của học sinh)

Thành Phố

Zip

Số điện thoại nhà

☐ Chưa tốt nghiệp Trung Học ☐ Tốt nghiệp Trung Học ☐ Vài Năm Đại Học và/hoặc 1-2 năm ĐH Cộng Đồng☐ Tốt Nghiệp Đại Học 4 Năm ☐ Tốt Nghiệp/Huấn Luyện Cao Học☐ Mẹ/ ☐ Giám hộ – Quan Hệ với Học Sinh: _____ Học Sinh Hiện Đang Sống Với Cha/Giám hộ? ☐ Yes ☐ No

Họ của Mẹ/Giám Hộ

Tên của Mẹ/Giám hộ

Số điện thoại

Địa chỉ E-mail

Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ cư ngụ của học sinh)

Thành Phố

Zip

Số điện thoại nhà

☐ Chưa tốt nghiệp Trung Học ☐ Tốt nghiệp Trung Học ☐ Vài Năm Đại Học và/hoặc 1-2 năm ĐH Cộng Đồng☐ Tốt Nghiệp Đại Học 4 Năm ☐ Tốt Nghiệp/Huấn Luyện Cao Học**LOẠI NHÀ Ở (Liên bang bắt buộc)**

- ☐ Nhà (nhà tư, nhà khu căn hộ, nhà lòi, v.v) (200) ☐ Nhà tạm nương thân/Trong hóa trình chuyển vào chương trình nhà trợ cấp (100)
- ☐ Tạm thời sống chia sẻ ☐ Nhà nuôi dưỡng/Người quen hay họ hàng nuôi dưỡng (210)
- ☐ Nhà trọ (110) ☐ Không chỗ nương thân (xe/trang trại) (130) ☐ Khác _____

CÁC CHƯƠNG TRÌNH ĐẶC BIỆT: Con em quý vị có nhận được trợ giúp hoặc đã tham gia vào bất cứ chương trình nào sau đây:

- ☐ Giáo Dục Học Sinh Thiên Phú (GATE) ☐ Ngôn Ngữ/Tiếng Nói (LSH) ☐ Chuyên Viên Học Vụ (RSP) ☐ Kế Hoạch 504
- ☐ Giáo Dục Cá Nhân (IEP) ☐ Thẻ Dục Sửa Đổi/Cải Biến ☐ Lớp Đặc Biệt (Special Day Class SDC) ☐ Giữ Lại Lớp: _____

* Phải cung cấp bản sao của IEP hiện tại hoặc 504 Kế hoạch

THÔNG TIN VỀ TRƯỜNG HỌC TRƯỚC ĐÂY/ TRƯỜNG MẦM NON:

Ngày Cuối Đi Học: ____/____/____

Trường Đi Học Trước Đây

Khu Học Chánh

Địa Chỉ Trường Học

Thành Phố

Tiểu Bang

Zip

Số Phone Trường

Học sinh có phải là gốc Hispanic hoặc Latino không (Chỉ chọn một) ☐ Không, Không phải Hispanic hay Latino ☐ Phải, Hispanic hay Latino

Người của nước Cuba, Mễ Tây Cơ, Miền Nam hoặc Giữa Mỹ, hoặc nguồn gốc khác xuất từ nền văn hóa Tây Ban Nha bất kể dân tộc

Xin cho biết dân tộc chính của bạn bằng cách đánh một dấu "P"**Chỉ ra nhiều chủng tộc khác / dân tộc cho phù hợp bằng cách chỉ ra với một chữ "X".**

___American Indian or Alaska Native ___Black or African American ___White

Asian: ___Chinese ___Japanese ___Korean ___Vietnamese ___Asian Indian ___Laotian ___Cambodian ___Filipino ___Other Asian

Native Hawaiian or Other Pacific Islander: ___Hawaiian ___Guamanian ___Samoan ___Tahitian ___Other Pacific Islander

Họ Học Sinh: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____

CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE:

Cung cấp dịch vụ sức khỏe: _____ Group #: _____

Tên Bác sĩ: _____

Phone: _____

Tên Nha sĩ: _____

Phone: _____

Does your child require corrective lenses? ☐ Yes ☐ NoDoes your child have a health condition? ☐ Yes ☐ No (If any boxes are checked, please explain below)☐ Dị ứng - đe dọa sự sống☐ Tai Nghe Kém☐ Orthopedic☐ Suyễn☐ Bệnh Tim☐ Các vấn đề sức khỏe/dị ứng đáng kể khác☐ Tiểu Đường☐ Giới hạn hoạt động thể chất ☐ Bị Co Giật☐ Tình trạng thần kinh☐ Mắt Nhìn Kém – Bệnh về mắt như glaucoma, cataracts, mù màu, (xin giải thích dưới đây)

Xin giải thích: _____

* Dị ứng thực phẩm **YÊU CẦU MẪU ĐƠN** (Kèm vào đây): "**BÁO CÁO Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU BỮA ĂN VÀ / HOẶC TIỆN NGHI ĐẶC BIỆT**"Học sinh có đang dùng thuốc thường xuyên không? ☐ Có ☐ Không Có cần thiết trong ngày học? ☐ Có* ☐ Không

Nếu có, liệt kê thuốc: _____

* Nếu thuốc cần phải uống trong giờ học, xin vui lòng xem "GIẤY CHO PHÉP UỐNG THUỐC TRONG TRƯỜNG" trong văn phòng trường (hoặc in một bản trên trang web của Học Khu chúng tôi). Mẫu đơn này phải gia hạn hàng năm.

Cha/ Giám Hộ Số điện thoại chỗ làm: _____ Tên Công Ty: _____ Nghề nghiệp: _____

Mẹ/Giám Hộ Số điện thoại chỗ làm: _____ Tên Công Ty: _____ Nghề nghiệp: _____

LIÊN LẠC KHẨN CẤP: ĐỪNG GHI TÊN PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ ĐÃ ĐƯỢC LIỆT KÊ TRÊN TRANG ĐẦU MẪU NÀY: Trong trường hợp ốm đau, thương tích của con tôi hoặc trường hợp có thảm họa lớn (ví dụ, động đất, lũ lụt) và trường không thể liên lạc được với tôi, tôi đồng ý cho phép nhà trường gọi hoặc cho con tôi ra về với bất kỳ những người được liệt kê dưới đây.

Tên	Địa Chỉ, Thành Phố	Số điện thoại	Quan Hệ với Học Sinh
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TRẺ EM KHÁC SỐNG TRONG NHÀ, LỨA TUỔI 1 NGÀY ĐẾN 20 TUỔI:

Tên	Nam/Nữ	Ngày Sinh	Lớp	Trường	Quan Hệ với Học Sinh
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CHỨNG MINH NƠI CƯ NGỰ

Tôi xác nhận rằng con tôi hội đủ điều kiện cư ngụ do Học Khu Thống Nhất Berryessa thiết lập. Tôi đã chứng minh cho quy định này bằng cách xuất trình đầy đủ giấy tờ đòi hỏi. Tôi hiểu rằng bất cứ tin tức sai lạc nào sẽ đưa đến hậu quả là chấm dứt ngay tức khắc việc theo học của con tôi và phải ghi danh lại nơi Học Khu gần nhà. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi thay đổi địa chỉ trong khi con tôi đang theo học một trường trong Học Khu thì tôi bắt buộc phải cung cấp bằng chứng hiện đang cư ngụ trong phạm vi Học Khu Berryessa.

Tôi, với tư cách là phụ huynh/giám hộ hợp pháp của học sinh nêu trên, xác nhận rằng những tin tức trong mẫu ghi danh này là hoàn toàn đúng sự thực và chính xác.

Chữ ký Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Ngày: _____

OFFICE USE ONLY:E/R Identified: ☐ P : ☐ S : ☐ O

Residence verified by: _____

School Year: 2016-2017

Resident verification: _____ AND _____
(List what was shown) (List what was shown)

Valid ID: (check one) ☐ Driver's License OR ☐ Identification Card

BERRYESSA UNION SCHOOL DISTRICT

**HOME LANGUAGE SURVEY/ KHẢO SÁT NGÔN NGỮ NHÀ
TIẾNG VIỆT**

Name of student/ Tên học sinh _____
Last/Họ _____ First/Tên _____ Tên lót _____
Age of student/Tuổi của học sinh _____ Grade level/lớp: _____

Hướng dẫn cho Cha Mẹ và người giám hộ:

Bộ luật Giáo Dục California có các qui định pháp lý yêu cầu các trường phải xác định (những) ngôn ngữ sử dụng ở nhà của mỗi học sinh. Thông tin này rất quan trọng để trường cung cấp các dịch vụ và chương trình giảng dạy thích hợp.

Với tư cách là Cha Mẹ hoặc người giám hộ, chúng tôi mong quý vị hợp tác tuân theo qui định pháp lý này. Xin trả lời mỗi câu hỏi dưới đây, càng chính xác càng tốt. Cho với mỗi câu hỏi, xin ghi tên của (những) ngôn ngữ sử dụng trong phần trống cho sẵn. Xin vui lòng trả lời hết mỗi câu hỏi.

1. Con quý vị học ngôn ngữ nào khi em bắt đầu biết nói? _____
2. Con quý vị thường hay nói bằng ngôn ngữ nào nhiều nhất ở nhà? _____
3. Ngôn ngữ nào mà quý vị (Cha Mẹ hoặc người giám hộ) thường dùng nhiều nhất để nói chuyện với con em? _____
4. Ngôn ngữ nào mà người lớn thường dùng nhiều nhất ở nhà? _____
(Cha Mẹ, Người giám hộ, Ông Bà, hoặc bất kỳ người lớn nào khác)

Xin vui lòng ký tên và điền ngày tháng vào ô trống dưới đây.
Chân thành cảm tạ sự hợp tác của quý vị

Chữ ký Cha Mẹ hoặc người giám hộ

Ngày

Học Khu Thống Nhất Berryessa

Thủ Tục Sức Khỏe

CHÍCH NGỪA

CÁC LIỀU BẮT BUỘC

Polio (Bệnh Nhiễm Khuẩn)..... **4 Liều ở bất cứ tuổi nào, nhưng** ... 3 liều đáp ứng quy định cho lứa tuổi 4-6 nếu ít nhất một liều được thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 4*; 3 liều đáp ứng quy định cho lứa tuổi 7-17 nếu ít nhất một liều được thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 2.*

Bệnh yết hầu (DTP/DTaP/DT/T), Sởi Uốn Ván và Ho Gà

6 tuổi và dưới 6 tuổi (cần chích ngừa... **5 Liều ở bất cứ tuổi nào, nhưng** ... 4 liều đáp ứng quy định cho lứa tuổi 4-6 nếu ít nhất một liều được thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 4*.
Ho Gà) Cần chích DTP, DTaP hay bất cứ hỗn hợp nào của DTP hay DTaP cùng với DT.

7 tuổi và trên 7 tuổi **4 Liều ở bất cứ tuổi nào, nhưng** ... 3 liều đáp ứng quy định cho lứa chích Cần chích Tdap, Td, DT, DTP, DTaP tuổi 7-17 nếu ít nhất một liều được thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 2.* Nếu liều chót được thực hiện trước ngày sinh nhật thứ 2, thì cần thêm một liều Td nữa.

Bệnh ho gà (Tdap)**

Lớp 7 (Chích nhắc thêm liều Td)..... **1 Liều** chích Tdap được thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 7

Ban Sởi, Quai Bị, Phong Chấn (MMR, MMRV)

Lớp Mẫu Giáo Chuyển Tiếp/Mẫu Giáo.... **2 Liều**** cả hai liều vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 1*.

Lớp 7..... **2 Liều**** cả hai liều vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 1*.

Lớp 1-6 và 8-12..... **1 Liều** cần thực hiện vào ngày hay sau ngày sinh nhật thứ 1*.

Siêu Viêm Gan B

Lớp Mẫu Giáo Chuyển Tiếp/Mẫu Giáo. **3 Liều ở bất cứ tuổi nào**

Bệnh Trái Rạ (thủy đậu)

Lớp Mẫu Giáo Chuyển Tiếp/Mẫu Giáo..... **1 Liều******

Nhập học từ ngoài tiểu bang..... **1 Liều** cho các em dưới 13 tuổi; cần chích 2 liều vào hay sau ngày sinh nhật thứ 13.****

TB Screening (Xét nghiệm bệnh lao)

Lớp Mẫu giáo chuyển tiếp đến lớp 8..... Hồ sơ xét nghiệm bệnh lao (TB) cung cấp do bởi dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em chỉ được giới hạn trong vòng một năm trước khi đăng ký học hoặc trước ngày đầu tiên nhập học. Nếu cần thiết dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em sẽ sắp xếp một thử nghiệm khác dựa trên kết quả xét nghiệm bệnh lao (TB test) hoặc TST.

* Được chích ngừa cho tới (kể cả) 4 ngày trước ngày sinh nhật sẽ đáp ứng theo quy định chích ngừa để nhập học.

** Cần có hai liều thuốc chủng có chứa ban sởi. Cần có một liều về quai bị và thuốc chủng có chứa phong chấn; thuốc chủng quai bị không bắt buộc đối với các em 7 tuổi trở lên.

*** Hai liều trong công thức 2 liều thuốc chủng siêu vi gan B cùng với giấy tờ của người chích và hai liều này được thực hiện ở lứa tuổi 11-15 cũng thỏa mãn quy định này.

**** Lịch sử bệnh thủy đậu (chickenpox) có giấy chứng của bác sĩ hay việc miễn nhiễm cũng đáp ứng được quy định bệnh trái rạ này.

Dịch Vụ Chủng Ngừa Trong Hạt Santa Clara

Immunization Services in SCC- Vietnamese



TRUNG TÂM Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

- **Franklin McKinley School Center**
645 Wool Creek Dr., San Jose, 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 Jose, CA 95122
1.408.347.5988
- **San Jose High Neighborhood Health Clinic**
1149 E. Julian St., Bldg. H, San Jose, CA 95116
408.535-6001
- **Washington Neighborhood Health Clinic**
100 Oak St., San Jose, CA 95110
1.408.295.0980

TRUNG TÂM Y TẾ CỘNG ĐỒNG MAYVIEW

- **Mayview Community Health Center**
270 Grant Ave., Palo Alto, CA 94306
1.650.327.8717
- **Mayview Community Health Center**
100 Moffett Blvd., #101, Mtn. View, CA 94043
1.650.965-3323
- **Mayview Community Health Center**
785 Morse Ave., Sunnyvale, CA 94085
1.408.746.0455

CÁC Y VIỆN PLANNED PARENTHOOD

Số điện thoại chính của tất cả y viện Planned Parenthood
Call Center: 1.877.855.7526

- **Planned Parenthood, Blossom Hill**
5440 Thornwood Dr., #G, San Jose, CA 95123
- **Planned Parenthood, Mountain View**
225 San Antonio Rd., Mtn. View, CA 94040
- **Planned Parenthood, San Jose**
1691 The Alameda, San Jose, CA 95126
- **Planned Parenthood, Sunnyvale**
604 E. Evelyn Ave., Sunnyvale, CA 940861.
- **Mar Monte Community Clinic**
2470 Alvin Ave., Ste. 80, San Jose, CA 95121

MẠNG LƯỚI Y TẾ GIA ĐÌNH GARDNER

- **Alviso Health Center**
1621 Gold St., Alviso, CA 95002
1.408.935.3949
- **CompreCare Health Center**
3030 Alum Rock Ave., San Jose, CA 95127
1.408.272.6300
- **Gardner Health Center**
195 E. Virginia St., San Jose, 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 Jose, CA 95112
1.408.918.2600
- **Gardner Downtown Health Center**
725 E. Santa Clara Street Suite 10
San Jose, Ca. 95112
1.408.794.0500

TRUNG TÂM Y TẾ/Y VIỆN CỘNG ĐỒNG

- **Asian Americans for Community Involvement**
2400 Moorpark Ave., Ste.319, San Jose, CA 95128
1.408.975.2763
- **Indian Health Center**
1333 Meridian Ave., San Jose, CA 95125
1.408.445.3400
- **Indian Health Center – Silver Creek site**
1642 E Capitol Expy., San Jose, CA 95121
1.408.445.3400 x200
- **San Jose Foothill Family Community Clinic**
2880 Story Rd., San Jose, CA 95127
408.729.1643
- **Foothill Family Clinic**
1066 South White Rd., #170, San Jose CA 95127
- **Montpellier Clinic**
2380 Montpellier Dr., #200, San Jose CA 95116
1.408.254.1800

Muốn biết con của quý vị có điều kiện xin bảo hiểm sức khỏe trẻ em miễn phí hoặc giá thấp, gọi:

- **Children's Health Initiative**
1.888.244.5222
- **Child Health & Disability Prevention Program**
1.408.937.2250
- **Medi-Cal Eligibility**
1.877.962.3633
- **Santa Clara Valley Health & Hospital System Valley Connection**
1.888.334.1000



Khu Học Thống Nhất Berryessa

HIỂU RÕ VIỆC PHÂN PHỐI TRƯỜNG

Tôi hiểu rằng con tôi _____ không được bảo đảm là sẽ được ghi danh vào trường mà được chỉ định để học*. Nếu trường được chỉ định đã hết chỗ, thì con tôi sẽ được phân phối đến một trường còn chỗ trong học khu. Nếu còn chỗ trống, con tôi sẽ được phân phối trở về trường chỉ định trong năm học tới.

Việc ghi danh con em quý vị vào trường được chỉ định sẽ được xác định bởi ngày giờ mà quý vị nộp hồ sơ ghi tên nhập học và được xem là đầy đủ trong khoảng thời gian đăng ký.

Tôi hiểu rằng nếu cấp lớp tại trường con tôi được chỉ định đã hết chỗ, thì việc (các) em học sinh được chọn để phân phối vào một trường khác trong Học Khu sẽ được xác định trên căn bản “vào sau*, ra trước”.

Tôi hiểu rằng nếu con tôi không có mặt vào ngày đầu nhập học thì em sẽ không được xếp vào lớp hay trường và có thể bị phân phối sang một trường khác thuộc Học Khu.

In Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ *Ngày* _____

Lớp: _____ *Ngày Sinh:* _____

Tên trường: _____ *ID Học Sinh* _____

* Trường được chỉ định đi học được định nghĩa là:
Trường do Học Khu chỉ định trong khu vực mà quý vị cư trú.

* VÀO SAU CÙNG được định nghĩa là:
Ngày giờ mà Trường Học/Khu Học nhận được hồ sơ hoàn tất lúc ghi tên nhập học.



Học Khu Thống Nhất Berryessa

PHỔ BIẾN TIN TỨC HỌC SINH (STUDENT MEDIA RELEASE)

Kính thưa Quý vị Phụ Huynh/Giám Hộ,

Học Khu Thống Nhất tự hào với nhiều thành tích mà các em học sinh và nhân viên đã đạt được. Thường thì các thành tích này lôi cuốn sự chú ý của báo chí, các đài truyền hình và các giới truyền thông khác đến các trường của chúng ta để quay phim, chụp hình và phỏng vấn các em học sinh và nhân viên trong các sinh hoạt khác nhau. Ngoài ra, chúng tôi cũng thường dùng hình ảnh của các em học sinh trong các ấn phẩm của Học Khu Thống Nhất Berryessa và các trang web site của học khu. Vì tính cách riêng tư của con em mình, chúng tôi muốn biết quý vị có muốn con em mình được giới truyền thông quay phim, chụp hình và phỏng vấn, cho in trong quyền lưu niệm hằng năm hay trong các ấn phẩm của học khu hay không.

Xin đánh dấu vào ô thích hợp:

- ☐ **TÔI CHO PHÉP** con tôi được giới truyền thông quay phim, chụp hình và phỏng vấn với bất cứ lý do nào và cho phép Học Khu Thống Nhất Berryessa được dùng hình ảnh và bài viết của con tôi trong các ấn phẩm của học khu hay trong quyền lưu niệm hằng năm.
- ☐ **TÔI KHÔNG CHO PHÉP** con tôi được giới truyền thông quay phim, chụp hình và phỏng vấn với bất cứ lý do nào. Tôi cũng không cho phép Học Khu Thống Nhất Berryessa dùng hình ảnh và bài viết của con tôi trong các ấn phẩm của học khu hay trong quyền lưu niệm hằng năm. Lưu ý: Tôi hiểu rằng sự từ chối không phổ biến tin tức cho giới truyền thông không áp dụng cho các tài liệu được trưng bày trong lớp học.

Xin Viết Chữ In Tên Học Sinh: _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Lớp: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Trường: _____ ID Học Sinh: _____

Khám Sức Khỏe Răng Miệng/Giấy Yêu Cầu Khước Từ

Luật California, Bộ Luật Giáo Mục 49452.8, giờ đây đòi hỏi con em quý vị phải khám sức khỏe răng miệng trước ngày 31 tháng 5 trong năm đầu của con em quý vị trong trường công cộng. Luật định rõ là cuộc khám này phải được thực hiện do nha sĩ có bằng hoặc một nhân viên nha khoa có bằng cấp hoặc được đăng ký và điền vào mục 2 của đơn này. **Nếu cuộc khám sức khỏe răng miệng mà đã được thực hiện trong vòng 12 tháng trước khi con em quý vị nhập học cũng đáp ứng đòi hỏi này.** Nếu quý vị không thể đưa con em mình đi khám được, xin điền Mục 3 của đơn.

Mục 1: Chi tiết học sinh (Do phụ huynh hoặc giám hộ điền)

Tên học sinh:	Họ:	Tên đệm:	Ngày Sinh::
Địa chỉ:			Apt.:
Thành Phố:			Số ZIP:
Tên Trường:	Giáo Viên:	Lớp:	Giới tính học sinh: ☐ Nam ☐ Nữ
Tên Phụ Huynh/Giám Hộ:	Chủng tộc/sắc tộc học sinh: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Mục 2: Sơu tập Sức khỏe răng miệng (Phần này do nhân viên nha khoa điền)

Điểm quan trọng: Xem xét từng hộp riêng. Đánh dấu mỗi hộp.

Assessment Date:	<u>Caries Experience</u> (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	<u>Visible Decay Present:</u> ☐ Yes ☐ No	<u>Treatment Urgency:</u> ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
<u>Licensed Dental Professional Signature</u> <u>CA License Number</u> <u>Date</u>			

Mục 3: Khước Từ Đòi Hỏi Khám Sức Khỏe Răng Miệng

Do phụ huynh hoặc giám hộ điền để yêu cầu xin miễn trừ đòi hỏi này

Tôi yêu cầu con tôi được miễn khỏi sự đòi hỏi để khám sức khỏe răng miệng vì lý do sau đây: (Xin đánh dấu vào hộp miêu tả tốt nhất lý do của quý vị.)

- ☐ Tôi không thể tìm được văn phòng nha sĩ nhân bảo hiểm của con tôi.

Con tôi có bảo hiểm sau đây:

- ☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Other ☐ None

- ☐ Tôi không có đủ khả năng cho con tôi khám sức khỏe răng miệng.

- ☐ Tôi không muốn con tôi khám sức khỏe răng miệng.

Tùy ý: những lý do khác mà con tôi không thể nhận khám sức khỏe răng miệng

Nếu xin được miễn yêu cầu này: ► _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ **Ngày**

Luật California đòi hỏi trường học phải giữ kín thông tin liên quan đến sức khỏe của học sinh. Tên tuổi của con em quý vị sẽ không có trong bất cứ bản tin nào liên quan đến kết quả của cuộc khám sức khỏe này. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về sự đòi hỏi này, xin liên lạc với văn phòng trường học của con em quý vị..

Xin gửi trả đơn này trước ngày 31 tháng 5 của năm học đầu tiên của con em quý vị. *Bản Chánh sẽ được lưu giữ trong hồ sơ trường học của con em quý vị.*

Thông Tin về Khám Sức Khỏe Răng Miệng/Giấy Yêu Cầu Khước Từ

Để bảo đảm con em quý vị đã sẵn sàng nhập học, luật California, *Bộ Luật Giáo Dục* Mục 49452.8, giờ đây đòi hỏi con em quý vị phải khám sức khỏe răng miệng (khám răng tổng quát) trước ngày 31 tháng 5 trong lớp mẫu giáo hoặc lớp 1, tùy theo năm đầu của con em quý vị trong trường công lập. Cuộc khám sức khỏe răng miệng mà đã được thực hiện trong vòng 12 tháng trước khi con em quý vị nhập học cũng đáp ứng đòi hỏi này. Luật định rõ là cuộc khám này phải được thực hiện do nha sĩ có bằng hoặc một nhân viên nha khoa có bằng cấp hoặc được đăng ký.

Xin đem tờ Khám Sức Khỏe Răng Miệng/Giấy Yêu Cầu Khước Từ (Oral Health Assessment/Waiver Request Form) đến văn phòng nha sĩ, vì nhân viên nha khoa cần điền vào tờ này sau khi khám răng con em quý vị. Nếu quý vị không thể đưa con em mình đi khám, xin cho biết lý do bằng cách điền vào Mục 3 của mẫu đơn này. Quý vị có lấy thêm các mẫu đơn cần thiết tại văn phòng nhà trường hoặc đến mạng lưới của Bộ Giáo Dục California tại <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>. Luật California đòi hỏi trường học phải giữ kín thông tin liên quan đến sức khỏe của học sinh. Tên tuổi của con em quý vị sẽ không có trong bất cứ bản tin nào liên quan đến kết quả của cuộc khám sức khỏe này.

Những nguồn tài liệu sau đây sẽ giúp quý vị tìm nha sĩ và hoàn tất đòi hỏi này cho con em quý vị:

1. Số điện thoại miễn phí hoặc mạng Web site của **Medi-Cal/Denti-Cal** có thể giúp quý vị tìm được nha sĩ sẽ nhận bảo hiểm Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Để được giúp ghi danh con em mình vào chương trình Medi-Cal/Denti-Cal, xin liên lạc với cơ quan dịch vụ xã hội địa phương tại (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm>.)
2. Số điện thoại miễn phí hoặc mạng Web site của Healthy có thể giúp quý vị tìm được nha sĩ sẽ nhận bảo hiểm **Healthy Families** hoặc để biết cách ghi danh con em mình vào chương trình: 1-800-880-5305 hoặc <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Để có thêm các nguồn tài liệu có thể giúp quý vị, xin liên lạc với ban sức khỏe cộng đồng địa phương tại (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm>)

Xin hãy nhớ, con em mình không có đủ sức khỏe và chưa sẵn sàng đi học nếu có sức khỏe răng miệng kém! Đây là một số lời cổ vũ giúp con em quý vị duy trì sức khỏe tốt:

- Đưa con em quý vị đi nha sĩ mỗi năm hai lần.
- Chọn đồ ăn lành mạnh cho cả gia đình. Đồ ăn tươi thường là đồ ăn lành mạnh nhất.
- Đánh răng ít nhất hai lần mỗi ngày dùng kem đánh răng có chất fluoride.
- Giới hạn kẹo và nước uống ngọt, như nước punch hay soda. Nước ngọt và kẹo có rất nhiều đường gây ra nạn sâu răng và thay thế những chất dinh dưỡng trong đồ ăn con em quý vị. Nước ngọt và kẹo cũng đóng góp vào vấn đề béo phì mà có thể dẫn đến những bệnh như bệnh tiểu đường. Càng dùng ít kẹo và nước ngọt thì càng tốt!

Răng sữa rất quan trọng. Nó không chỉ là những răng mà sẽ rụng. Trẻ con cần răng để ăn uống, nói chuyện, và cười đúng cách, và cho chúng có sự tự tin. Trẻ con bị sâu răng có thể gặp khó khăn trong việc ăn uống, không tươi cười, và có vấn đề tập trung và học hành tại trường. Răng mục là một bệnh nhiễm trùng mà sẽ không tự lành và rất đau đớn nếu không được chữa. Nếu nạn sâu răng không được chữa, trẻ em có thể phát bệnh nặng đến nỗi cần đưa đến phòng cấp cứu, và răng trưởng thành có thể sẽ bị hư hại lâu dài.

Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự tiến bộ và thành công, kể cả sức khỏe, của trẻ em trong việc học hành. Trẻ em phải khỏe mạnh mới có thể học hành, và những trẻ em bị sâu răng thì không khỏe mạnh. Nạn sâu răng có thể được ngăn ngừa, nhưng nó ảnh hưởng đến nhiều trẻ em hơn bất cứ bệnh mạn khác.

TƯỜNG TRÌNH Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU KHẨU PHẦN ĂN VÀ/HOẶC ĐIỀU CHỈNH ĐẶC BIỆT

1. Tên Trường/Cơ Quan	2. Tên Cơ Sở	3. Số Điện Thoại Cơ Sở	
4. Tên Người Tham Gia		5. Tuổi hoặc Ngày Sinh	
6. Tên Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ		7. Số Điện Thoại	
8. Đánh Dấu Một Ô ☐ Người tham gia bị khuyết tật hoặc mắc bệnh và cần khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt. (Hãy tham khảo các định nghĩa ở mặt sau của mẫu đơn này.) Trường học và cơ quan tham gia vào các chương trình dinh dưỡng liên bang phải đáp ứng các yêu cầu đòi hỏi các bữa ăn đặc biệt và bất kỳ thiết bị thích ứng nào. Một bác sĩ có giấy phép hành nghề phải ký vào mẫu này. ☐ Người tham gia không bị khuyết tật, nhưng yêu cầu một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt do bị (các) dị ứng thực phẩm hoặc các lý do y tế khác. Không sử dụng mẫu này để nêu ưu tiên về thức ăn. Trường học và cơ quan tham gia vào các chương trình dinh dưỡng liên bang được khuyến khích nên đáp ứng các yêu cầu hợp lý. Một bác sĩ có giấy phép hành nghề, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng phải ký vào mẫu này.			
9. Bị khuyết tật hoặc mắc bệnh cần một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt:			
10. Nếu người tham gia bị khuyết tật, hãy mô tả ngắn gọn sinh hoạt chính trong đời sống của người tham gia bị tác động bởi khuyết tật này:			
11. Hãy mô tả chế độ ăn và/hoặc sự điều chỉnh: (xin mô tả chi tiết để đảm bảo thực hiện đúng- sử dụng thêm giấy nếu cần)			
12. Cho biết dạng thức ăn: ☐ Bình thường ☐ Băm nhỏ ☐ Nghiền ☐ Xay nhuyễn			
13. Thức ăn bị loại bỏ hoặc thay thế: (vui lòng liệt kê các loại thức ăn cụ thể phải loại bỏ và đề nghị thay thế. Quý vị có thể đính kèm tờ có thông tin bổ sung nếu cần) A. Thức Ăn Cần Loại Bỏ B. Đề Nghị Thay Thế 			
14. Thiết bị thích ứng:			
15. Chữ Ký Người Làm Đơn*	16. Tên Viết In	17. Số Điện Thoại	18. Ngày
19. Chữ Ký của Người có Thẩm Quyền Y Khoa*	20. Tên Viết In	21. Số Điện Thoại	22. Ngày

* Cần có chữ ký của bác sĩ dành cho những người tham gia bị khuyết tật. Với những người tham gia không bị khuyết tật, bác sĩ có giấy phép hành nghề, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng phải ký vào mẫu này.

Thông tin trong mẫu đơn này phải được cập nhật để phản ánh các nhu cầu hiện tại về y tế và/hoặc dinh dưỡng của người tham gia.

Theo luật liên bang và chính sách của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, cam tổ chức này phân biệt đối xử trên cơ sở sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc tịch, giới tính, độ tuổi hay khuyết tật. Để khiếu nại về phân biệt đối xử, xin gửi thư về USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 hoặc gọi số (866) 632-9992 (Thoại). Các cá nhân bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339 hoặc (800) 845-6136 (Tiếng Tây Ban Nha). USDA là nhà tuyển dụng và nhà cung cấp tôn trọng cơ hội bình đẳng.

Xin nộp phần này cho:
Berryessa Union School District, Attn: Child Nutrition Services Dept
1376 Piedmont Road, San Jose, CA 95132

TƯỜNG TRÌNH Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU KHẨU PHẦN ĂN VÀ/HOẶC ĐIỀU CHỈNH ĐẶC BIỆT

HƯỚNG DẪN

1. **Trường/Cơ Quan:** Viết in tên trường hoặc cơ quan cung cấp mẫu này cho phụ huynh.
2. **Cơ Sở:** Viết in tên cơ sở nơi các bữa ăn sẽ được phục vụ (ví dụ, cơ sở nhà trường, trung tâm giữ trẻ, trung tâm cộng đồng v.v...)
3. **Số Điện Thoại Cơ Sở:** Viết in số điện thoại cơ sở nơi bữa ăn sẽ được phục vụ. Xem #2.
4. **Tên Người Tham Gia:** Viết in tên của trẻ hoặc người tham gia trưởng thành mà có thông tin chi tiết ghi trong mẫu này.
5. **Tuổi của Người Tham Gia:** Viết in tuổi của người tham gia. Đối với trẻ sơ sinh, vui lòng sử dụng Ngày Sinh.
6. **Tên Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ:** Viết in tên của người yêu cầu tường trình y tế của người tham gia.
7. **Số Điện Thoại:** Viết in số điện thoại của phụ huynh hoặc người giám hộ.
8. **Đánh Dấu Một Ô:** Đánh dấu (✓) một ô để cho biết người tham gia có bị khuyết tật hay không.
9. **Bị Khuyết Tật hoặc Mắc Bệnh Cần một Khẩu Phần Ăn hoặc Điều Chỉnh Đặc Biệt:** Mô tả bệnh trạng cần một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt (ví dụ, bệnh tiểu đường vị thành niên, dị ứng với đậu phộng v.v...)
10. **Nếu Người Tham Gia bị Khuyết Tật, Hãy Mô Tả Ngắn Gọn Sinh Hoạt Chính trong Đời Sống của Người Tham Gia bị Ảnh Hưởng bởi Khuyết Tật này:** Mô tả tình trạng thể chất hay y tế ảnh hưởng tới khuyết tật như thế nào. Ví dụ: "Dị ứng với đậu phộng gây ra phản ứng nguy hiểm tính mạng."
11. **Mô Tả Chế Độ Ăn và/hoặc Điều Chỉnh:** Mô tả một chế độ ăn hoặc điều chỉnh cụ thể đã được một bác sĩ kê đơn hoặc mô tả điều chỉnh chế độ ăn cần thiết cho một tình trạng không khuyết tật. Ví dụ: "Tất cả thức ăn phải ở dạng lỏng hoặc xay nhuyễn. Người tham gia không thể ăn bất kỳ loại thức ăn cứng nào."
12. **Cho Biết Dạng Thức Ăn:** Đánh dấu (✓) một ô để cho biết dạng thức ăn cần thiết. Nếu người tham gia không cần bất kỳ thay đổi nào, đánh dấu "Bình Thường".
13. **A) Thức Ăn bị Loại Bỏ:** Liệt kê các loại thức ăn cụ thể phải bị loại bỏ. Ví dụ, "không dùng sữa lỏng."
B) Đề Nghị Thay Thế: Liệt kê các loại thức ăn cụ thể đưa vào chế độ ăn uống. Ví dụ, "nước trái cây tăng cường canxi."
14. **Thiết Bị Thích Ứng:** Mô tả thiết bị cụ thể cần để trợ giúp người tham gia ăn uống. (Các ví dụ có thể bao gồm một chén chống đổ, một thìa cán to, đồ nội thất có bánh xe, v.v...)
15. **Chữ Ký của Người Làm Đơn:** Chữ ký của người điền mẫu đơn.
16. **Tên Viết In:** Viết chữ in tên của người điền mẫu đơn.
17. **Số Điện Thoại:** Số điện thoại của người điền mẫu đơn.
18. **Ngày:** Ngày người làm đơn ký tên vào mẫu đơn.
19. **Chữ Ký của Người có Thẩm Quyền Y Khoa:** Chữ ký của người có thẩm quyền y khoa yêu cầu khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt.
20. **Tên Viết In:** Viết chữ in tên của người có thẩm quyền y khoa.
21. **Số Điện Thoại:** Số điện thoại của người có thẩm quyền y khoa.
22. **Ngày:** Ngày người có thẩm quyền y khoa ký tên vào mẫu đơn.

ĐỊNH NGHĨA*:

"**Người bị Khuyết Tật**" được định nghĩa là bất kỳ người nào suy nhược thể chất hoặc tâm thần dẫn tới việc hạn chế đáng kể một hoặc nhiều sinh hoạt chính trong cuộc sống của họ, có hồ sơ về sự suy nhược như vậy, hoặc được xem như là bị suy nhược như vậy.

“Suy nhược thể chất hoặc tâm thần” nghĩa là (a) bất kỳ tình trạng hoặc rối loạn tâm sinh lý, biến dạng thẩm mỹ, hoặc mất một phần thân thể nào mà ảnh hưởng tới một hoặc nhiều hệ thống cơ thể sau đây: thần kinh, cơ xương; các giác quan đặc biệt; hô hấp, bao gồm cả cơ quan phát âm; tim mạch; sinh sản, tiêu hóa, sinh dục niệu; máu và bạch cầu; da; và nội tiết; hoặc (b) bất kỳ rối loạn tâm thần hay tâm lý nào, như chậm phát triển tâm thần, hội chứng não hữu cơ, bệnh về cảm xúc hay tâm thần, và các hạn chế về khả năng học tập cụ thể.

“Hoạt động chính trong cuộc sống” bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc tự chăm sóc bản thân, làm các công việc chân tay, nhìn, nghe, ăn, ngủ, đi bộ, đứng, nâng, cúi xuống, nói, thở, học tập, đọc, tập trung, suy nghĩ, giao tiếp, và làm việc.

“Có hồ sơ về sự suy nhược như vậy” được định nghĩa là có tiền sử, hoặc đã được phân loại (hay phân loại sai) là bị suy nhược tâm thần hoặc thể chất khiến bị hạn chế đáng kể một hoặc nhiều hoạt động chính trong cuộc sống.

(*Trích dẫn từ Đoạn 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 và Đạo Luật về Người Khuyết Tật của Hoa Kỳ năm 1990)

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

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	___/___/___
Physical Examination	___/___/___
Dental Assessment	___/___/___
Nutritional Assessment	___/___/___
Developmental Assessment	___/___/___
Vision Screening	___/___/___
Audiometric (hearing) Screening	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
Blood Test (for anemia)	___/___/___
Urine Test	___/___/___
Blood Lead Test	___/___/___
Other	___/___/___

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

Quận Hạt Santa Clara Chương Trình Sức Khỏe Trẻ Em & Phòng Ngừa Tàn Phế Chương Trình CHDP



Khám Sức Khỏe Miễn Phí cho
trẻ em và thanh thiếu niên
hội đủ điều kiện

Child Health & Disability Prevention Program
Public Health Department
Santa Clara Valley Health & Hospital System



Khám sức khỏe định kỳ có thể:

- Giúp trẻ em và thanh thiếu niên được khỏe mạnh
- Phát hiện sớm những vấn đề sức khỏe và giới thiệu điều trị nếu cần

Một vấn đề sức khỏe được phát hiện và điều trị ở một tuổi nhỏ thì dễ chữa trị và có thể giảm bớt hoặc ngăn ngừa những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng cho em bé hoặc thanh thiếu niên sau này.

Trẻ em và Thanh thiếu niên hội đủ điều kiện nếu:

- Đang hưởng Medi-Cal và trong lứa tuổi từ 0 đến 21 tuổi hoặc
- Gia đình có lợi tức thấp/trung bình* và trong lứa tuổi 0 đến 19 tuổi

* Trẻ em và thanh thiếu niên có thể nhận được Medi-Cal tạm thời đến 90 ngày qua chương trình CHDP Gateway

Những loại khám trong chương trình CHDP:

- Khám trẻ sơ sinh và trẻ em lành mạnh
- Khám các em tiền mẫu giáo/Chương trình Head Start
- Khám sức khỏe các em lớp 1
- Khám sức khỏe tổng quát học đường
- Khám cho phép tập thể dục và cắm trại
- Khám thể lực thanh thiếu niên



Mọi cuộc khám của chương trình CHDP bao gồm:

- Quá trình phát triển và sức khỏe
- Kiểm tra thể chất từ đầu đến chân
- Chiều cao & cân nặng và định giá sự tăng trưởng
- Định giá sự dinh dưỡng
- Kiểm tra thính lực và thị lực
- Kiểm tra vệ sinh miệng (không thay thế cho việc khám răng)
- Chủng ngừa nếu cần
- Thử máu và nước tiểu
- Kiểm tra tầm soát bệnh lao
- Trả lời các câu hỏi và giải nghĩa về kết quả của cuộc khám bệnh

Nếu những xét nghiệm thấy là cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị sau này thì quan trọng là nên theo ý kiến của bác sĩ hay chuyên viên y tế



Muốn biết thêm chi tiết, xin gọi
số 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: ☐ Negative ☐ Positive
Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Impression: ☐ Negative ☐ Positive ☐ Indeterminate
Chest X-Ray (required with positive TST or IGRA) Date: _____	Impression: ☐ Normal ☐ Abnormal finding
☐ LTBI treatment (Rx & start date): _____	☐ Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____
☐ Contraindications to INH or rifampin for LTBI	☐ Offered but refused LTBI treatment

Providers, please check one of the boxes below and sign:

- ☐ Child has no TB symptoms, none of the above or other risk factors for TB and does not require a TB test.
- ☐ 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 $\geq 10\text{mm}$ is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB (yes to question 3 on reverse) then TST $\geq 5\text{mm}$ 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



Ngày 15 Tháng Tư, Năm 2014

Kính Thưa Quý Vị Phụ Huynh hoặc người Giám Hộ,

Quận Hạt Santa Clara vẫn tiếp tục có tỷ lệ bệnh lao (TB) cao ở trong nước Mỹ. Bệnh lao là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn lây lan qua không khí và có thể ảnh hưởng đến phổi, não, xương, hoặc bất kỳ phần nào của cơ thể. Trẻ em có thể bị nhiễm bệnh khi đi du lịch, từ người ở chung nhà, từ các thành viên trong gia đình, hoặc từ người khách đã bị bệnh. Trẻ em tiếp xúc với người bệnh lao có nguy cơ rất cao phát triển bệnh lao. Nếu được chẩn đoán sớm, bệnh lao có thể điều trị và phòng ngừa được.

Quận Hạt Santa Clara đã có lệnh bắt buộc thử lao (TB) cho tất cả học sinh ghi danh vào trường. Tuy nhiên, **bắt đầu có hiệu lực vào ngày 01 tháng 6 năm 2014, CHỈ những học sinh ghi danh vào trường sẽ được yêu cầu phải thử lao nếu bác sĩ gia đình xác nhận học sinh đó có yếu tố nguy cơ tiếp xúc với bệnh lao. Trước khi nhập học, tất cả các học sinh sẽ được yêu cầu phải có bác sĩ hoàn tất mẫu đơn kèm theo của Sở Y tế của Quận hạt Santa Clara về yếu tố nguy cơ của bệnh lao cho đơn nhập học. (The Santa Clara County Public Health Department Risk Assessment for School Entry form). Quý vị phải đem mẫu đơn này đến Bác Sĩ xác nhận và đem nộp lại cho trường của con/ cháu quý vị.** Yêu cầu này được áp dụng cho tất cả học sinh theo học ở trường công và trường tư tại Quận Hạt Santa Clara và được dựa trên quyền hạn được ủy nhiệm cho giám đốc Sở Y tế của Quận Hạt Santa Clara dưới đạo luật Y Tế và An Toàn của Tiểu bang California, mục 121515

Chính sách mới này sẽ làm giảm thử nghiệm lao không cần thiết và tạo cơ hội cho bác Sĩ chắc chắn rằng trẻ em bị nhiễm lao được khám bệnh và điều trị kịp thời.

Cảm ơn quý đã giúp chúng tôi bảo vệ sức khỏe của trẻ em .

Kính Chào Quý Vị,

Teeb Al-Samarrai, MD
Tuberculosis Controller