

WILMAR UNION SCHOOL DISTRICT

WILSON SCHOOL

INFORMACION DEL REGISTRO DEL Alumno (GRADOS K-6)

Nombre legal del alumno

(Apellido) _____ (Primero) _____ (Medio) _____

El otro nombre el cual se conoce el alumno _____

Dirección _____ departamento # _____ grado _____ sexo (círculo uno) M/F

Ciudad _____ código postal _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Lugar del nacimiento _____ fecha: entrada _____

Escuela anterior _____ Dirección _____

Nombre del padre/guardian legal _____ trabajo _____

Empleo _____ teléfono diurno _____ teléfono celular _____

Nombre de la madre/del guardián legal _____ trabajo _____

Empleo _____ teléfono _____ teléfono celular _____

Otro Guardian _____ relacion _____ Trabajo _____

Empleo _____ telefono _____ telefono celular _____

Alumno vive con: padre ___ madre ___ padrastro ___ guardian legal ___ otro ___

Padres separado? Si ___ no __, sies si,pueda el otro padre coger al niño de la escuela? Si ___ No ___*

*(Serequiere accunantes legales) papeles legales de la custodia en fichero _____

Hermanos/hermanas (que viven en casa) Fecha de nacimiento Edad nombre de la escuela asistencia(si se aplica)

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Si mas de 3 niños viven en casa, por favor ajunten otra hoja.

PROGRAMAS ESPECIALES

Su hijo/hija recibe servicios de la educación especial? Si ___ No ___

Si es SI, por favor indiquea las particulares: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Placement Date _____ Grade _____ Room _____ Teacher _____ Class List _____ Computer _____

Cum Folder Req. ___ Rec ___ Interdistrict Attendance: District _____ Approval Date: _____

Verification of Residency _____ Verification of Birth Date _____ Verified By: _____

DISTRITO ESCOLAR WILMAR UNION
 ESCUELA WILSON
 INFORMACION OBLIGATORIA CONFORME AL MANDATO DEL ESTADO

Nombre Legal del Alumno /a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Apellido, Primero y Segundo _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
 Hembra _____ Grado: _____ Sexo: Varon _____
 (circule uno)

I. Educacion de pade y madre: a cual nivel llegaron en su educacion - marquen todo que se aplica

<u>Padre:</u> Llego al grado _____	<u>Madre:</u> Llego al grado _____
<input type="checkbox"/> No se graduo de secundaria	<input type="checkbox"/> No se graduo de secundaria
<input type="checkbox"/> Grado de secundaria	<input type="checkbox"/> Grado de secundaria
<input type="checkbox"/> No se graduo de preparatoria	<input type="checkbox"/> No se graduo de preparatoria
<input type="checkbox"/> Grado de preparatoria	<input type="checkbox"/> Grado de preparatoria
<input type="checkbox"/> Alguna universidad	<input type="checkbox"/> Alguna universidad
<input type="checkbox"/> Grado de universidad	<input type="checkbox"/> Grado de universidad
<input type="checkbox"/> Estudio avanzado posgraduado	<input type="checkbox"/> Estudio avanzado posgraduado
<input type="checkbox"/> No quiere dar informacion / o no sabe	<input type="checkbox"/> No quiere dar informacion / o no sabe

II. Etnicidad del alumno /a: Con cual grupos se identifica mas el alumno /a

<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska aplican	* Si marco Asiatico or Isleno del Pacifico, Marca los que se aplican	
<input type="checkbox"/> Negro / American Africano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japones
<input type="checkbox"/> Filipino / Filipino Americano	<input type="checkbox"/> Koreano	<input type="checkbox"/> Vietnemes
<input type="checkbox"/> Hispano / Lalino	<input type="checkbox"/> Hindu	<input type="checkbox"/> Laosiano
<input type="checkbox"/> Blanco (no de origen Hispano)	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Samoyano
<input type="checkbox"/> Asiatico / Asiatico Americano *	<input type="checkbox"/> Guamayano	<input type="checkbox"/> Camboyano
<input type="checkbox"/> Isleno del Pacifico*	<input type="checkbox"/> Taitiano	<input type="checkbox"/> Otro Asiatico o Isleno
<input type="checkbox"/> No quiere dar informacion		

III. Encuesta del Idioma del Hogar

1. Cuando su hijo (hija) expezo a hablar, ¿Cual idioma aprendio primero? _____
2. ¿Cual idioma usa pricipalmente su hijo (hija) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cual idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(hija)? _____
4. ¿Cual idioma hablan los adultos con mas freceuncia en la casa? _____

IV. Matriculacion Continuo:

Circule el grado de entrada a la escuela Wilson en que el alumno /a ha estado continuamente en esta escuela.

Kinder Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 Grado 5 Grado 6

X _____ Fecha _____
 FIRMA de padre, madre, guardian legal

SONOMA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
HISTORIA DE SALUD ESTUDIANTIL

Fecha: ___ / ___ / ___ Escuela: _____
Nombre del estudiante: _____ Sexo: M F
Fecha de nacimiento: _____ Profesor(a): _____
Padre/Guardián: _____
Dirección: _____
Calle Apt. Ciudad Zip
Telefono: (casa) _____ (trabajo) _____

HA TENIDO SU HIJO(A) LO SIGUIENTE:

<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Problemas de ojos
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón		<input type="checkbox"/> Infecciones de oídos frecuentes
<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Alergia a mordidas de insectos	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Catarros frecuentes	
<input type="checkbox"/> Limitación de movimiento		
<input type="checkbox"/> Enfermedades recientes, hospitalizaciones, cirugía u otras condiciones que puede limitar la actividad de su hijo(a), en la escuela.		

Por favor explique y demuestre información acerca de las condiciones notadas
arriba: _____

Todas las medicaciones enviadas a la escuela tienen que estar en un frasco con
la fecha corriente
Indique si su hijo(a) requiere alguna medicación durante la escuela: si no
Haga el favor de completar una "autorización para la administración de medicamentos"
(obtenga ésta forma de la secretaria en su escuela).

Medicación: _____ Dosis: _____ Aplicación: _____
Medicación: _____ Dosis: _____ Aplicación: _____

Fecha del último examen físico de su hijo(a): ___ / ___ / ___ Doctor: _____
Su hijo(a) requiere aparato para oír? si no
Su hijo(a) requiere lentes para ver? si no
Tiene su hijo(a) alguna condición médica que puede requerir cuidado mientras está
en la escuela, que pueda restringir/limitar su actividad física? _____

Información obtenida de esta Historia de Salud Estudiantil podrá ser incluida en
un rostro confidencial de condiciones de salud - si es apropiado. Para más
información o preguntas acerca de esto, por favor comuníquese con la enfermera
de la escuela.

firma del padre/guardián

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

AVISO al Examinador: Por favor de 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 pongan las fechas de las inmunizaciones en el Registro de Inmunización de la Escuela en California (PM 286) en papel azul.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
Historia de Salud						
Examen Físico						
Evaluación de Dientes						
Evaluación de Nutrición						
Evaluación del Desarrollo						
Pruebas Visuales						
Pruebas con Audiómetro (auditivas)						
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)						
Análisis de Sangre (para anemia)						
Análisis de Orina						
Análisis de Sangre para el plomo						
Otra						

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (Opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

- Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.
- El examen reveló que no hay condiciones que conculmen las actividades de los programas escolares.
 - Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior importante para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián _____ Fecha _____
 Nombre, domicilio, y teléfono del examinador _____ Fecha _____
 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).

PM 171 A (1/03) (Bilingüe)

Requisito de evaluación

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1

Deberá ser completada por el padre, la madre o el tutor

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: _ Masculino _ Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u origen étnico del menor: _ Blanco _ Negro/Afroamericano _ Hispano/Latino _ Asiático _ Indio nativo americano _ Nativo de Alaska _ Multi-racial _ Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico _ Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment
(Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)

Assessment Date: (fecha de evaluación)	Visible caries and/or fillings present: _ Yes (sí) _ No (no) (caries visibles y/o empastes presentes)	Visible caries present: _ Yes (sí) _ No (no) (caries visibles presentes)	Treatment Urgency (urgencia de tratamiento): _ No obvious problem found (ningún problema obvio) _ Early dental care recommended (se recomienda atención dental) _ Urgent care needed (se necesita atención urgente)
---	--	---	--

Dental professional's signature
Firma del profesional de salud dental

Date
fecha

Sección 3

Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

_ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.

Mi hijo está cubierto con el seguro: _ Medi-Cal/Denti-Cal _ Healthy Families _ Healthy Kids _ Ninguno _ Otro

_ No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

_ No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si solicita ser excusado de cumplir con este requisito: y _____

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

Regrese esta forma a la escuela antes del 31 de mayo - El original será guardado en el registro escolar del menor.