

INFORMACION DE ESTUDIANTE(Grades TK-6)

Wilmar Union School District / Wilson Elementary School

Fecha _____

Año escolar: 20 _____-20 _____

Nombre Legal del Estudiante _____ Grado _____

Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Género: Masculino Femenino No Binario Numero de Telefono: _____

Mes / Día / Año

Dirección de Correo: _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de Su Casa: _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de Padre/Guardián Legal _____ Empleado _____

Apellido
Primer Nombre

 Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

Nombre de Madre/ Guardián Legal _____ Empleado _____

Apellido
Primer Nombre

 Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

Nombre de Otro Guardián Legal _____ Empleado _____

Apellido
Primer Nombre

 Ocupación _____ Teléfono de Día _____ Celular _____ Email _____

ESTUDIANTE VIVE CON (Marque lo que aplique): Padre Madre Padrastro Madrastra Abuelo Abuela Tío Tía
 Guardián Legal(es) Otro Condiciones: _____

¿Están los padres separados? Sí No si contestó Sí, ¿puede el otro padre recoger al estudiante de la escuela? Yes No

(SON NECESARIOS LOS DOCUMENTOS LEGALES) PAPELES DE CUSTODIA LEGAL EN EL ARCHIVO _____

2da dirección de Correo _____ Apto. # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Hermanos/hermanas (que viven en casa)*	Fecha de Nacimiento	Edad	Si va a la escuela, nombre de la escuela
Nombre _____	_____	_____	_____
Nombre _____	_____	_____	_____
Nombre _____	_____	_____	_____

*Si más de 3 niños viven en la casa, por favor adjunte otra hoja

Escuela Anterior _____

Nombre de la Escuela
Dirección
Ciudad
Estado
Código Postal

Está su estudiante bajo orden de expulsión en otro distrito o está siendo recomendado para expulsión? Sí No

PROGRAMAS ESPECIALES

¿Tiene su hijo/a un IEP, plan 504, o recibe servicios de terapia de lenguaje? Sí No Si contesta sí, por favor especifique _____

¿Ha sido su hijo/a identificado como estudiante dotado y Talento (GATE)? Sí No

Alguna consideración especial de salud o alergias (por favor, indique si le han prescrito EpiPen) _____

Wilmar Union School District / Wilson Elementary School
FORMULARIO DE EMERGENCIA/TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

Por favor IMPRIMA ◊ Devuelva a la oficina de la escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Celular del Estudiante (opcional): _____ Grado: _____ Género: Masculino Femenino No Binario

Domicilio: _____, _____, _____ Teléfono Principal: _____ Teléfono Adicional: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de Madre: _____ # Trabajo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Nombre de Padre: _____ # Trabajo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Padrastro/Madrastra Guardián Legal Otro/Explique: _____

En caso de enfermedad o emergencia liste el nombre y la información de 3 personas a quienes podamos entregar a su hijo/a, :

1. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

3. Nombre : _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Doctor del Estudiante: _____ Teléfono: _____ Permiso para contactar al Doctor: Si No

Nombre del Seguro de Salud: _____ Póliza de Seguro#: _____

INVENTARIO DE SALUD

En orden de proporcionar el mejor programa educativo para su hijo(a), la escuela aprecia que le provea la siguiente información de salud.

Por favor, marque cual condición(es) padece su hijo(a) y si el/ella está bajo el cuidado de un médico for esa condición.

<u>Condición</u>	<u>Limitaciones</u>	<u>Medicación/Dósis</u>	<u>Bajo Cuidado Médico</u>
<input type="checkbox"/> Alergias, Alimentos/Otro Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Picada de Abeja: Epi Pen <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Condición Cadiaca	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataques de Epilepsia: Tipo: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad (circule uno)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otra condición física/mental :	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Padece su hijo(a) alguna condición, que pueda resultar en una emergencia en la escuela? Si No Explique: _____

Esta su hijo(a) tomando alguna medicina no listada arriba? Si No Explique: _____

Nombre de la Medicina : _____ Hora del día en que toma la medicina: _____

Yo/Nosotros quienes firmamos abajo, padre(s) del menor de edad nombrado arriba, autorizo(amos) al director o designatario como agente para los firmantes a dar su consentimiento para cualquier rayos x, exámen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado de hospital que se estime conveniente por, y sea prestado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia conforme a la Ley de Práctica de Medicina, si dicho diagnóstico o tratamiento toma lugar en la oficina de dicho médico en dicho hospital. Se entiende que esta autorización está dada antes de que cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital sea necesario pero es dada para proporcionar autoridad y poder en la parte de nuestro(s) agente(s) mencionados para emular consentimiento específico para cualquiera y todos dichos diagnosticos, tratamientos o cuidado de hospital que el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta el final de este año escolar, a no ser que sea revocada por escrito y entregada a dicho agente(s).

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

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



A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de transición.

Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/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 hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

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.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)	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)	/ /					
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /					
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 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)

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

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

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Firma del examinador de salud	Fecha

***de ser indicado**

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a). CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe 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:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
<p>_____ Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i></p> <p>_____ Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i></p> <p>_____ Fecha <i>Date]</i></p>			

Cuestionario de Residencia de Estudiantes
Wilmar Union School District / Wilson Elementary School

Grado: _____ Fecha de ingreso de datos: _____
--

El propósito de este cuestionario es cumplir con la Ley de Asistencia para la Educación de las Personas sin Hogar McKinney-Vento. Las respuestas *confidenciales* a este cuestionario ayudarán a determinar si el estudiante podrá ser elegible para recibir servicios.

1. Nombre del Estudiante: _____ Masculino Femenino No Binario
Nombre completo – use letra de molde

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Teléfono: _____

2. ¿Es su domicilio un arreglo temporario? ____ Sí ____ No
Si responde sí a esta pregunta, por favor complete el formulario.

3. ¿Es este arreglo de vivienda temporaria debido a la pérdida de su casa y/o dificultades económicas?
 Pérdida de Hogar Dificultades Económicas

4. Nombre del Padre/Tutor Legal/Supervisor Adulto: _____
Nombre completo – use letra de molde

Relación con el Estudiante (por ej. abuelo, tío, tía, amigo): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____

<p>¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque (✓) un recuadro, llene toda la información)</p> <p><input type="checkbox"/> En un Albergue (emergencia, familiar, para jóvenes, por violencia doméstica, etc.) Nombre del Albergue: _____ Domicilio: _____ No. de Teléfono de la Persona Contacto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Compartiendo Vivienda (vive con amigos o familiares) Nombre del Amigo o del Familiar: _____ Domicilio: _____ No. de Teléfono de la Persona Contacto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel/Motel Nombre: _____ Domicilio: _____ No. de Teléfono de la Persona Contacto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Refugio (por ejemplo, en un automóvil, en el parque, en áreas para campamentos, en edificios abandonados, en lugares no aptos para vivir, etc.)</p>	<p>Si la respuesta a la Pregunta #2 es sí, por favor marque (✓) los materiales/servicios solicitados</p> <p>_____ Útiles escolares o costos relacionados</p> <p>_____ Desayuno y almuerzo gratis</p> <p>_____ Guía de Recursos en la Comunidad (incluya visión y salud)</p> <p>_____ Recomendación para servicios de consejería para el alumno</p> <p>_____ Ayuda para encontrar refugios, obtener ayuda financiera, asistencia médica, alimentos, y ropa</p> <p>_____ Matrícula gratis para la escuela de verano</p> <p>_____ Uniformes gratuitos para Educación Física (escuelas intermedias y secundarias)</p> <p>_____ Clases particulares después del horario escolar</p> <p>_____ Servicio de guardería gratis después del horario escolar en las escuelas participantes (solo para escuelas primarias), espacio limitado</p> <p>_____ Ayuda para llenar solicitudes para las universidades y la ayuda financiera (solo para alumnos de 12^{mo} grado)</p> <p>_____ Toga y birrete gratuitos para la graduación (solo para alumnos de 12^{mo} grado)</p>
---	---