

# DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

## Registración

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

### Lista de Registración en Línea de TK-Kínder

#### Para ser proporcionado por el padre/tutor:

- Copia del Acta de Nacimiento
- Comprobante de Vacunas más Recientes
- 2 Comprobantes de Domicilio – cobros de servicios del hogar o contrato de renta (menos para las escuelas Charter)
- ¿Su hijo asistió a Kínder de Transición?

Si es así, nombre de escuela y locación: \_\_\_\_\_

#### Debe ser Completado por Padre/Tutor:

- Tarjeta de Registración
- Cuestionario/Declaración de Residencia del Estudiante (si es aplicable)
- Política de uso aceptable de la tecnología
- Forma de Historial de Salud
- Forma de Servicio de Salud
- Encuesta sobre el idioma del hogar
- Tarjeta de Solicitud de Records (para registración de medio año)
- Aplicación de Comida Gratis/Reducida (para registración de medio año)

#### Para ser Distribuido para el Padre/Tutor:

- ✓ Requisitos Legales para Admisión a TK-Kínder
- ✓ Carta de Evaluación Dental
- ✓ Forma de Evaluación de Salud Oral
- ✓ Forma de Examen de Salud (para ser completada por un doctor antes del primer grado)

*Uso exclusivo del distrito:*

<b>Student:</b>			
<b>School:</b>		<b>Grade:</b>	
<b>Start Date:</b>		<b>Overflow Bussed:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Resident District:</b>		<b>Interdistrict:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Resident School:</b>		<b>Intradistrict:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

La Oficina de Registración está localizada en: 500 Dyer Street, Building T, Orcutt, California 93455

Teléfono: 805.938.8946 FAX: 805.938.8948 [www.orcuttschools.net](http://www.orcuttschools.net)

# DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

## Tarjeta de Registración en Unea

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Favor de completar en tinta azul o negra.

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Apellido de Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	M / F Genero (uno)	Grado	Meastro/a	# de Salón
_____			_____	_____			
Dirección del Estudiante (con ciudad y código)			Numero de Teléfono	Correo Electrónico de Padre			

## Verificación de Registración en Línea

INFORMACION DE SALUD Y AUTORIZACION. UNA NOTA DEL MEDICO DEBE SER ENTREGADA LA PRIMER SEMANA DE CLASES SOBRE LIMITACIONES ASPECIFICAS.

Lista de problemas de salud continuos: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos continuos (incluyendo inhaladores y epi-pens): \_\_\_\_\_

¿Este medicamento debe tomarse en casa?  Si  No *Una forma de autorización medica firmada por el padre y doctor DEBE estar archivada para los medicamentos que se tomaran en la escuela.*

Lista de Alergias: \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales En caso de una emergencia médica, yo como el padre legal o tutor del estudiante mencionado, autorizo la transportación y servicios médicos si la escuela no me puede localizer. You comprendo que estos servicios médicos serán a mi cargo. Si el doctor de mi hijo no está disponible, yo autorizo a la escuela a obtener servicios de un médico u hospital calificado.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

## Cuestionario/Declaración Jurada de Residencia del Estudiante

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

La información proporcionada a continuación ayudará al LEA a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del sitio.

Actualmente, ¿usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones?

- Alojado en un refugio (refugio familiar, refugio para violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un tráiler de Manejo de Emergencias Federales (FEMA, por sus siglas en inglés).
- Comparte hogar con otro(s) debido a la pérdida de hogar, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar
- Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (como falta de agua, electricidad o calefacción)
- Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de hogar, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares
- Vive en una residencia de una sola casa que es permanente

Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

- Sí  No

*El padre/tutor que suscribe certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.*

Escriba el nombre del padre/tutor		Firma		Fecha
Número de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistió (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos normalmente requeridos al momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y es en el mejor interés.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas comidas gratuitas, cuidado de niños gratuito y apoyo del Título I.
- Recibir todas las protecciones y servicios proporcionados bajo todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Ponga en la lista todos los niños que actualmente viven con usted.

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con:

Joe Dana, Asst. Supt. of Ed. Services    Correo electrónico: [jdana@orcutt-schools.net](mailto:jdana@orcutt-schools.net)    Teléfono: 805-938-8934

# Política de uso aceptable de tecnología de OUSD

El Distrito Escolar Unido de Orcutt (OUSD) cree que el personal y los estudiantes deben tener acceso abierto a fuentes de información locales, nacionales e internacionales. El objetivo de proporcionar este acceso es promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. El Distrito, al proporcionar acceso a servicios electrónicos a través del Internet, reconoce el potencial de tales servicios para apoyar el currículo y el aprendizaje de los estudiantes. El Internet ofrece a los estudiantes y maestros acceso a una variedad de información, aunque el Distrito reconoce que es posible el mal uso y el abuso. El Distrito hará todo lo posible para proteger a los estudiantes y maestros de estos usos indebidos y abusos, pero es responsabilidad de cada usuario/a protegerse continuamente contra la interacción inapropiada e ilegal con los servicios electrónicos. OUSD está tomando todas las medidas razonables para garantizar que el Internet se use solo por razones relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje.

Actualmente, las cuentas de correo electrónico de los estudiantes de OUSD solo se pueden usar para comunicarse con estudiantes, maestros y/o administradores dentro del sitio escolar. Todos los correos electrónicos de los estudiantes se escanean en busca del lenguaje apropiado. Si se identifica una palabra inapropiada, el correo electrónico se enviará inmediatamente al director. Además, los correos electrónicos de los estudiantes se archivan para que puedan recuperarse en cualquier momento si hay alguna inquietud.

Los estudiantes son responsables de todas las actividades mientras acceden y utilizan los recursos informáticos de la escuela (computadoras y red). El uso seguro y responsable de Internet es de suma importancia para el Distrito. Mientras están en la escuela, los estudiantes están protegidos de contenido potencialmente peligroso e inapropiado a través del filtro de red del Distrito. El Distrito no proporciona estas protecciones fuera del Distrito. **Es responsabilidad de los padres/tutores supervisar la información a la que un estudiante accede desde Internet fuera de la red del Distrito.** Los estudiantes deben cumplir con las reglas descritas en este documento. La conducta inaceptable incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

1. Usar Internet para cualquier actividad ilegal, incluida la violación de los derechos de autor u otros contratos.
2. Destrozar los datos de otros usuarios.
3. Obtener acceso no autorizado a recursos o entidades.
4. Invasión de la privacidad de las personas.
5. Usar una cuenta propiedad de otro sin autorización.
6. Publicar comunicaciones personales sin el consentimiento del autor.
7. Publicar mensajes anónimos.
8. Colocar información ilegal en un sistema.
9. Usar lenguaje abusivo o de otro modo objetable en mensajes públicos o privados.
10. Enviar mensajes que probablemente resulten en la pérdida del trabajo del destinatario o la interrupción de los sistemas; por ejemplo, un virus informático.
11. Envío de mensajes 'Cadena de letras' o "transmisión" a listas o individuos, u otro tipo de comunicación, que congestionan las redes.
12. Usar Internet para enviar/recibir mensajes e imágenes que no concuerden con el plan de estudios y las pautas de conducta del Distrito. Estos incluyen, entre otros, mensajes y/o imágenes racistas, sexistas, pornográficas, peligrosos y obscenos.

El Distrito Escolar de Orcutt no ofrece garantía de ningún tipo por el servicio de Internet proporcionado al estudiante. El Distrito no será responsable de los daños reclamados o sufridos por cualquier niño o padre en relación con el uso de Internet. Esto incluye la exposición del niño/a a materiales a los que los padres tendrán derecho de notificación y/o consentimiento de conformidad con la ley estatal o federal. El uso de cualquier información obtenida a través de Internet es por cuenta y riesgo de los estudiantes y los padres.

El Distrito Escolar Unido de Orcutt cree que los beneficios para los educadores y los estudiantes del acceso a Internet, en forma de recursos de información y oportunidades de colaboración, superan con creces cualquier desventaja. Pero, en última instancia, los padres y tutores de los menores son los responsables de establecer y transmitir las normas que deben seguir sus alumnos.

Los sistemas informáticos escolares son para uso exclusivo de personas autorizadas. Cualquier acceso no autorizado a estos sistemas está prohibido y está sujeto a sanciones penales y civiles. Las personas que usan estos sistemas están sujetas a que todas las actividades en estos sistemas sean monitoreadas por el sistema o el personal de la escuela. Cualquiera que utilice estos sistemas consiente expresamente a dicho seguimiento. El enjuiciamiento y/o la terminación de la cuenta pueden ocurrir sin previo aviso.

Es posible que todos los usuarios de Internet (incluido su estudiante) accedan a información destinada a adultos. Aunque OUSD ha tomado todas las medidas razonables para garantizar que la conexión a Internet se use solo para los fines consistentes con el plan de estudios y la instrucción, el distrito o la escuela no pueden evitar la disponibilidad, o incluso comenzar a identificar, material inapropiado en otros lugares de Internet. La seguridad informática no se puede perfeccionar, y es probable que un alumno determinado pueda hacer uso de los recursos informáticos para fines inapropiados.

## **RECONOCIMIENTO/ACUERDO**

Hemos leído y entendido todas las pautas y políticas con respecto al uso apropiado de la tecnología e Internet en el Distrito Escolar Unido de Orcutt. Reconocemos nuestra responsabilidad en el cuidado de la computadora emitida por el Distrito que nuestro estudiante recibe junto con otros materiales curriculares. También aceptamos que una infracción de la Política de Uso Aceptable de la Tecnología del Distrito puede resultar en la pérdida de los privilegios de la red y/o de la computadora y puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la suspensión o expulsión. *Los mensajes o acciones relacionados con o en apoyo de actividades ilegales se informarán a las fuerzas del orden.*

Nombre del Padre de Familia / Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT  
TK-Kindergarten Health History

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

HISTORIAL DE SALUD DEL KINDER

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Para poder darle a su hijo el mejor servicio de salud, favor de completar la siguiente información médica:

ENFERMEDADES ANTERIORES:

Favor de marcar y fechar las enfermedades que su hijo haya tenido:

Alergias  Asma  Varicela  Infección- oído  Enfermedades Cardíacas  Hepatitis  Mononucleosis  
 Fiebre Reumática  Escarlatina  Convulsiones  Problemas del Habla

Favor de anotar cualquier lastimadura grave, enfermedades o condicines puedan afectar en la educación de su hijo \_\_\_\_\_

HISTORIAL DE DESARROLLO:

Anote la edad aproximada en que su hijo:

Se sentó solo  Dijo una palabra  Una oración  Montó un triciclo  Fué solo al baño  Usó arcilla  Usó crayón  
 Gateó  Caminó solo  (2 - 3 palabras)  Montó una bicicleta  Se vistió solo  Se ató las agujetas  Usó tijeras

Problemas de salud de la madre durante el embarazo (si los tuvo): \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Completo Prematuro a las \_\_\_\_\_ Semanas de gestación Problemas de parto: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_ Letárgico \_\_\_\_\_ Fórceps

SALUD ACTUAL:

Marque lo que haya notado de la siguiente lista:

Alergia  Se enoja fácil  Mareo  Infección del Oído  Se Emociona  
 Problemas Emocionales  Desmayos  Dolor de Garganta (frecuente)  Dolor Estomacal (frecuente)  Orina con Frecuencia  
 Dolores de Cabeza  Problemas Auditivos  Condición Cardiaca  Tiene Mucho Miedo  Hernia  
 Pulmones (problemas)  Se Muerde las Uñas  Sangrado de la Nariz  Nutrición (General)  Problemas Neurológicos  
 Dolor- piernas, articulaciones  Tos Persistente  Timidez  Problemas de la Piel  Dificultad del Habla  
 Dolor de dientes  Se Chupa el Dedo  Se Cansa Fácil  Problemas de la Visión  Derecho o Izquierdo

Explique: \_\_\_\_\_

CUICACO MEDICO ACTUAL:

¿Está su hijo sujeto a condiciones que ocasionen una emergencia en el salón, tales como convulsiones, diabetes, alergias, etc.?  Si  No

Expique: \_\_\_\_\_

Fecha de la última revisión médica: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo medicina?  Si  No Si contestó sí, ¿por qué razón? \_\_\_\_\_

Ultima consulta dental: \_\_\_\_\_ Tratamiento Necesario: \_\_\_\_\_

Hay alguna otra información de su hijo que nos sería de utilidad? \_\_\_\_\_

EDUCACION FISICA:

Se necesita el permiso escrito de un doctor para no tener educación física. ¿Hay alguna razón por la cual su hijo no pueda participar en la clase regular de educación física?

Explique : \_\_\_\_\_

Firma del Padre

Fecha

# Encuesta del Idioma en el Hogar

Surname/Family Name of Student: \_\_\_\_\_

First Given Name of Student: \_\_\_\_\_

Second Given Name of Student: \_\_\_\_\_

Age of Student: \_\_\_\_\_ Grade Level of Student: \_\_\_\_\_

Teacher Name: \_\_\_\_\_

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

---

## Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? \_\_\_\_\_
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre /os adultos en el hogar (padres, tutores, abue/os o cua/quier otro adulto)? \_\_\_\_\_

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

## Health Services Department

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

**ANNUAL HEALTH UPDATE FOR SCHOOL YEAR 20\_ / \_\_\_**

**Teacher:** \_\_\_\_\_

**Student Information (Información del Estudiante):**

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **M / F** **DOB (FDN):** \_\_\_\_\_  
Last (Apellido) First (Primero)

**School (Escuela):** \_\_\_\_\_ **Grade (Grado):** \_\_\_\_\_

**DOES YOUR CHILD HAVE (TIENE SU ESTUDIANTE):**

<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Non-Food Allergies (Alergias)	List (Lista): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Food Allergies (Alergia de Comida)	Specify (Cual): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Nut Allergies (Alergia de Nueces):	Specify (Cual): _____
Reaction (Reaccion): _____					

<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Bee Sting Allergy (Alérgico a Piquete de Abeja)	Reaction (Reaccion): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Does your child need an EpiPen (Necesita su niño inyección de Epinefrina)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Asthma (asma) Does your student use a rescue inhaler (usa un inhalador de rescate)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes - Type (Tipo) 1 or 2 Insulin Pen (Lapiz de Insulina) Insulin Pump (Pompa de Insulina) Oral Medication (Medicamento Oral)	
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Seizure Disorder (Trastorno Convulsivo)	Last Seizure Date (Fecha de Ultimo Ataque): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	ADD/ADHD	

**CHECK THE FOLLOWING HEALTH CONCERNS WHICH PERTAIN TO YOUR STUDENT (MARQUE LAS SIGUIENTES QUE SON RELACIONADAS CON SU HIJO):**

Wears glasses or contacts (Usa lentes [lentes de contacto]) (circle one/circule uno)	Neurological/Tourettes (Neurológico)
Hearing Aid Left/Right (Audifono Izquierdo/Derecho)	Headaches (Dolores de Cabeza)
Frequent Ear Infections (Infecciones Frecuente do Oídos)	History of Concussion (Historia de Concusion) Date (Fecha):
Hearing Difficulty (Dificultad con Oír)	Autism (Autismo)
Breathing Problems (Problemas de la Respiración)	Heart Condition (Condición del Corazón)
Anxiety/Panic Attacks (Ansiedad/Ataques de Panico)	Stomach Problems (Problemas del Estomago)
Frequent nose bleeds (Hemorragia Nasal Frecuente)	Bladder/Bowel Problems (Problemas de la Vejiga)
Other (Otro):	Bone/Joint Problems (Problemas de Hueso o Coyuntura)
Other (Otro):	Other (Otro):
Other (Otro):	Other (Otro):

If any health concerns were checked, please explain (Si marco cualquier preocupaciones medicas, favor de explicar):

\_\_\_\_\_

**LIST ALL DAILY MEDICATION AND REASON PRESCRIBED (HAGA UNA LISTA DE MEDICAMENTOS TOMADOS Y LA RAZON):**

Medication/Purpose (Medicamento/Razon)	Dose & Frequency (Dosis & Frecuencia)	Home/School (Casa/Escuela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Doctor Name (Nombre del Doctor):** \_\_\_\_\_

**Doctors's Phone (Telefono del Doctor):** \_\_\_\_\_

In order to provide a safe and healthy environment for your child, this **confidential** information will be accessible to the nursing staff, applicable school staff and emergency medical personnel. It may be shared electronically, verbally and/or in writing, unless I provide a written request. If parent/guardian cannot be reached at the time of a medical emergency, and if immediate care is urgent in the judgement of school authorities, I authorize the school contact emergency services. **California Education Code 49423** requires a written authorization form be completed each school year for prescription or over the counter medication to be administered at school. All medications must be brought to school by a parent or guardian. Para tener un ambiente seguro y saludable para su hijo, esta información **confidencial** será compartida por el personal de enfermería, personal de la escuela aplicable y personal de emergencia médica. Esta será compartida electrónicamente, verbal y/o por escrito, al menos que haya una solicitud por escrita. Si el padre/tutor no se encuentra en caso de una emergencia médica, y el cuidado inmediato es urgente, juzgado por las autoridades escolares, yo doy mi autorización de que la escuela contacte a servicios de emergencia. Código 49423 de la Educación de California requiere que la forma de autorización escrita sea completada cada año escolar para medicamentos con o sin receta para ser administradas en la escuela. Padres o tutores deben traer todos los medicamentos a la escuela. Please sign and date below and return to the school office (Favor de firmar y poner la fecha y regrese a la oficina de la escuela).

**Student Name (Nombre):** \_\_\_\_\_

**Student DOB ( FND):** \_\_\_\_\_

The Orcutt Union School District submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing services company.

El Distrito Escolar de Orcutt somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones básicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy De Acuerdo que se envíen a la agencias de MEDI-CAL/ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar información relacionada con recibos de pago con las companías de servicios del distrito escolar.

FAMILY MEDICAL INSURANCE CARRIER: \_\_\_\_\_ POLICY #: \_\_\_\_\_  
COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO Número de Póliza

Signature of Parent/Guardian (Firma de Padre/Tutor) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Reviewed by Nurse (initials) \_\_\_\_\_



Este formulario se usa para determinar la elegibilidad para ofertas de servicios gratuitas o de costo reducido, como cuidado antes y después de la escuela (Campus Connection), Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliado (ELOP), tarjeta P-EBT, programas especiales de servicios públicos, pruebas SAT, etc.

**PARTE I: Complete la siguiente información para un estudiante que vive en su hogar: complete un formulario para CADA niño**

<b>APELLIDO</b>	<b>FIRST NAME NOMBRE DE PILA</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AA)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="/ /"/>
<b>ESCUELA</b>	<b>GRADO</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**PARTE II: Complete la siguiente información para el tamaño del hogar y los ingresos del hogar**

Consulte información adicional en el reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar el tamaño de su hogar y el ingreso familiar anual.

1. **Si cree que no califica para estos programas, o por razones de privacidad, no desea completar el formulario, marque esta casilla.**  (Marcar esta casilla significa que no calificará para recibir asistencia)

2. Ingreso familiar anual total: \$ \_\_\_\_\_

3. Encierre en un círculo el número total de ADULTOS y NIÑOS que viven en su hogar:

Un círculo:      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Otro \_\_\_\_\_

**PARTE III: Información y firma del padre o tutor**

*Certifico (prometo) que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales según la información que proporcione y que la información podría estar sujeta a revisión.*

_____	_____	_____
<b>Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario</b>	<b>Nombre impreso del miembro adulto del hogar que completa este formulario</b>	<b>fecha</b>

<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>	<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

La información enviada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por lo tanto, está protegida por todas las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes que se relacionan con los registros educativos, incluida, entre otras, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (FERPA), enmendada (20 USC § 1232g, 34 CFR Parte 99); Título 2, División 4, Parte 27, Capítulo 6.5 del Código de Educación de California, a partir de la Sección 49060 et seq.; la Ley de Prácticas de Información de California (Código Civil de California, Sección 1798 y siguientes) y el Artículo 1, Sección 1 de la Constitución de California. El Distrito Escolar Orcutt Union es un proveedor de igualdad de oportunidades.

### **A quién debo incluir en "Tamaño del hogar"?**

Debe incluirse a sí mismo ya todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos y que pagan una parte proporcional de los gastos), no las incluya.

### **¿Qué se incluye en el "Ingreso total del hogar"? El ingreso total del hogar incluye todo lo siguiente:**

- **Ganancias brutas del trabajo:** utilice sus ingresos brutos, no su salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se puede encontrar en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor puede proporcionar esta información. Los ingresos netos solo deben informarse para negocios propios, granjas o ingresos de alquiler.
- **Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia:** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes, incluida cualquier cantidad recibida de CalWORKs.
- **Pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes.
- **Todos los demás ingresos:** Incluya compensación laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso recibido. No incluya ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales y pagos de crianza recibidos por su hogar.
- **Subsidios de vivienda militar y pago de combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada ni el pago por combate.
- **Pago de horas extras:** Incluya el pago de horas extras ÚNICAMENTE si lo recibe regularmente.

### **¿Cómo informo los ingresos del hogar por el pago recibido mensualmente, dos veces al mes, quincenalmente y semanalmente?**

- Determinar cada fuente de ingresos del hogar en base a las definiciones anteriores. Los hogares que perciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
  - Si se paga mensualmente, multiplique el pago total por 12
  - Si se le paga dos veces al mes, multiplique el pago total por 24
  - Si se le paga quincenalmente (cada dos semanas), multiplique el pago total por 26
  - Si se le paga semanalmente, multiplique el pago total por 52
- Sume todos los pagos anualizados para determinar el ingreso familiar anual total ingresado en la Parte II, 2.

Si sus ingresos cambian, incluya los sueldos/salarios que recibe regularmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que ganó \$1,000 por mes. Solo incluya el pago de horas extras si lo recibe regularmente. Si perdió su trabajo o le redujeron sus horas o su salario, ingrese cero o su ingreso actual reducido.

**Para obtener información adicional sobre el tamaño del hogar y el ingreso bruto del hogar, consulte el Manual de elegibilidad para las comidas escolares en la página web de recursos y orientación del Departamento de Agricultura de EE. UU. En**

**<http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm> .**

# ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

## Health Services Department

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

---

Estimado Padre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo **en el caso de que curse su primer año en una escuela pública**, ya sea TK-Kinder o primer año. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (*Oral Health Assessment/Waiver Request*) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo 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 hijo 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 hijo:

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 hijo en *Medi-Cal/Denti-Cal*, contacte a la agencia local de servicios sociales al (805) 681-4401.
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro *Healthy Families* o para registrar a su hijo en el programa llame al 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública al (805) 345-7333 o <http://www.sbcphd.org>.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame al 938-8932, o visite la página web de la Asociación Dental de California en [www.cda.org](http://www.cda.org).

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

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

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

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

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

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

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes)  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente</u>  <input type="checkbox"/> Si <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)
_____			_____
<i><b>Firma del profesional dental con licencia</b></i>		<i><b>Número de licencia de California</b></i>	<i><b>Fecha</b></i>

### **Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental**

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

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

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

**Si pides una excusa de este requerimiento: ▶** \_\_\_\_\_

***Firma del padre o tutor***

***Fecha***

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

**Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo** del primer año escolar de tu hijo (a).

*El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).*

## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

#### 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)

\*de ser indicado

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

*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](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

# REQUISITOS LEGALES PARA ADMISIÓN A TK-KINDER



**Estudiantes de Kinder y Kinder de Transición serán elegibles para comenzar la escuela cuando las siguientes certificaciones/requisitos sean cumplidos:**

- ✓ Para registración a Kinder de Transición, el estudiante debe tener un cumpleaños entre el 2 de septiembre, 2019 y el 2 de junio, 2020
- ✓ Para registración a Kinder, el estudiante debe tener los 5 años de edad a más tardar el 1 de septiembre
- ✓ Los padres deben proporcionar el acta de Nacimiento del estudiante
- ✓ Registros de vacunas más recientes deben ser verificadas por el personal de la escuela
- ✓ La ley de California requiere las siguientes vacunas para todos los que ingresan a TK-Kinder. Si su estudiante no ha cumplido los requisitos de inmunizaciones, llame al médico de su estudiante para una cita.

- **Polio**

4 dosis – se aceptan 3, si una fue después del cumpleaños 4

- **Difteria, Tetanos, Pertussis**

5 dosis - DTP o cualquier combinación de DTP, DTaP, con OT o Td – se aceptan 4 si una fue después del cumpleaños 4

- **Sarampión, Paperas, Rubeola (Vacuna MMR)**

2 dosis; 1 dosis debe ser en el primer cumpleaños o después; la segunda dosis antes de entrar al TK-Kínder

- **Hepatitis B**

3 dosis antes de entrar a TK-Kínder

- **Varicela**

2 dosis antes de entrar a TK-Kínder

Si las inmunizaciones están incompletas, por favor llame a su médico primario.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Barbara administra inmunizaciones a familias sin aseguración por **cita solamente.**

Telefono: 805.346.7230

2115 Centerpointe Parkway, Santa Maria