



Tree of Life International Charter School
www .treeoflife.school
530.378.7040
office@treeoflife.school

Enrollment information / Información de Matriculación:

To enroll for TK - 8th Grade please bring / Para matricular a su estudiante por favor traiga lo siguiente:

1. Student's Birth Certificate or Passport / Certificado de Nacimiento o pasaporte del estudiante.
2. Student's Immunization Records / Comprobante de vacunas del estudiante.
3. Two proofs of Residency (ie. Phone bill, PG&E bill, REU bill, etc...) / Dos comprobantes de residencia (ejemplo: Recibo del teléfono, de la luz, del gas, etc...)
4. Picture ID of Parent / Identificación con foto del padre.

**APPLICATION MUST BE COMPLETED
TO BE IN OUR ENROLLMENT LOTTERY.
LA APLICACIÓN DEBE ESTAR
COMPLETADA PARA PODER SER
PARTE DE NUESTRA LOTERÍA DE
MATRICULACIÓN**

TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL

19415 Jacqueline ST, Anderson, CA 96007 Phone: 530 378 7040

USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)*

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>
Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Gender <i>Genero</i>	Grade <i>Grado</i>
Residence Address <i>Dirección de residencia</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Mailing Address <i>Dirección de envío</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
		ZIP <i>código postal</i>

INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED *INFORMACIÓN DE LA ESCUELA QUE ATENDIO ANTERIORMENTE*

School name <i>Nombre de escuela</i>	Address <i>Dirección</i>
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
	ZIP <i>código postal</i>
School Phone <i>Teléfono de la escuela</i>	School Fax <i>Escuela Fax</i>

SPECIAL SERVICES *Servicios especiales*

Has your child received special services?

YES NO

¿Ha recibido su hijo servicios especiales? Sí NO

<p>Special Ed <i>Educación especial</i></p> <p><input type="checkbox"/> IEP or 504 IEP o 504</p> <p><input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <i>Clase de Día Especial (SDC)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Speech/Language <i>Habla / Lenguaje</i></p> <p><input type="checkbox"/> Resource (RSP) Recurso (RSP)</p>	<p>Other <i>Otro</i></p> <p><input type="checkbox"/> Gifted (GATE) <i>Dotado (GATE)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Intervention (reading/math) <i>Intervención (Leyendo/mates)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Counseling <i>Asesoramiento</i></p> <p><input type="checkbox"/> ELD <i>Desarrollo del idioma inglés</i></p> <p><input type="checkbox"/> Attended CUESD Preschool <i>Asistió a CUESD Preescolar</i></p>
---	---

ETHNICITY with which the student most closely identifies
ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica

Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race
Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza

Not Hispanic or Latino
No hispano o Latino

RACE RAZA: Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Selecciona hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*
(Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)

Chinese (201) *Chino*

Japanese (202) *Japonés*

Korean (203) *Coreano*

Vietnamese (204) *Vietnamita*

Asian Indian (205) *Asiático Indio*

Laotian (206) *Laosiano*

Cambodian (207) *Camboyano*

Hmong (208) *Hmong*

Other Asian (299) *Otro Asiático*

Hawaiian (301) *Hawaiano*

Guamanian (302) *Guamanio*

Samoan (303) *Samoano*

Tahitian (304) *Tahitiano*

Other Pacific Islander (399) *Otros Isleño del pacifico*

African American or Black (600) *Afroamericano o negro*

White (700) *Blanco*
(Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? *¿en el hogar de los estudiantes, se hablan otros idiomas aparte del inglés?*

YES *SÍ*

NO *NO*

If YES, what language and what family members?
Si es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?

PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / Tutor

 Mother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Father/Guardian (Last, first) *Padre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Mother/Guardian Residence *Residencia de la madre/tutor*

 Father/Guardian Residence *Residencia del padre/tutor*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mother/Guardian email *Correo electrónico de la madre/tutor*

 Father/Guardian email *Correo electrónico del padre/tutor*

 Mother/Guardian primary phone *Telefono principal de la madre/tutor*

 Father/Guardian primary phone *Telefono principal del padre/tutor*

 Mother/Guardian Employer *Empleador de la madre/tutor*

 Father/Guardian Employer *Empleador del padre/tutor*

 Mother/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo de la madre/tutor*

 Father/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo del padre/tutor*

WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE? *¿Con qué adultos vive el estudiante?* Shared custody *Custodia compartida*
 Father *Padre* Mother *Madre* Step-father *Padrastra* Step-mother *Madrastra* Guardian *Tutor* Other *Otro*

EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, seleccione el nivel educativo apropiado para el padre/tutor a continuación:*

- Non high school graduate *No graduado de preparatoria*
- High school graduate *Graduado de preparatoria*
- Some college (includes AA) *Un poco de Universidad (incl. AA)*
- College graduate *Graduado de la Universidad*
- Post-Grad/Higher *Escuela de posgrado/formación post grado*
- Decline to state *Declinar declara*

LEGAL ALERT ALERTA LEGAL

YES SÍ Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*

NO NO

- Restraining order *Orden de restricción*
 - Custody order *Orden de custodia*
 - Adoption *Adopción*
 - Name change *Cambio de nombre*
 - Other *Otro* _____
- IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**
- EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: _____
 FECHA EFECTIVA: _____

MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty? YES NO
¿Esta el padre/tutor en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo? SÍ NO

I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.

Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y el comunicado para volver a las escuelas públicas.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

 Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*

 Date *Fecha*

OFFICE USE ONLY: Date Entered _____		Teacher _____		Grade _____		Bus Stop AM _____		Bus Stop PM _____	
Birth Verification: Birth cert/other _____		Shots confirmed YES NO		Kinder dental YES NO		1 st grade physical YES NO		Lunch app YES NO	
INTRADISTRICT YES NO School _____		INTERDISTRICT YES NO School _____		ID# _____					



HOME LANGUAGE SURVEY *Encuesta Sobre Idiomas en el Hogar*

NOTE: If a language other than English is indicated in Questions 1, 2, 3, or 4, your child must be tested for English Proficiency. *Nota: Si se indica un idioma distinto del inglés en las preguntas 1, 2, 3 o 4, su niño deberá ser evaluado en el dominio del idioma inglés.*

Student's Last Name *Apellido del estudiante* _____ First Name *Nombre* _____ Birthplace *Lugar de nacimiento* _____ Grade *Grado* _____ Age *Edad* _____

Please refer to LIST OF LANGUAGES (below right) *Por favor refiérase a la lista de idiomas (a la derecha)*

- Which language did your child learn when he/she first began to talk?
¿Idioma que su hijo aprendió a hablar cuando comenzó a hablar?
- What language does your child most frequently use at home?
¿Que idioma usa mas frecuentemente su hijo/a en casa?
- What language do you most frequently use to speak to your child?
¿Que idioma usa más frecuentemente para hablar con su hijo?
- What is the language most often spoken by the adults at home?
¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar?

LIST OF LANGUAGES <i>Lista De Idiomas</i>			
Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>	Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>
56	Albanian <i>Albanés</i>	64	Marathi <i>Maratí</i>
11	Arabic <i>Arabe</i>	48	Marshalese
12	Armenian <i>Armenio</i>		<i>Marshallese</i>
42	Assyrian <i>Asirio</i>	44	Mien (Yao)
61	Bengali <i>Bengalí</i>	49	Mixteco
13	Burmese <i>Birmano</i>	40	Pasto
03	Cantonese <i>Cantonés</i>	41	Polish <i>Polaco</i>
36	Cebuano (Visayan)	06	Portugese
54	Chaldean <i>Caldeo</i>		<i>Portugés</i>
20	Chamorro (Guamanian)	28	Punjabi
39	Chaozhou (Chiuchow)	45	Rumanian
15	Dutch <i>Holandés</i>		<i>Rumano</i>
00	English <i>Inglés</i>	29	Russian <i>Ruso</i>
16	Farsi (Persian) <i>Persa</i>	30	Samoan
05	Filipino (Pilipino or Tagalog)		<i>Samoano</i>
17	French <i>Francés</i>	52	Serbo-Croatian
18	German <i>Alemán</i>		<i>Serbocroata</i>
19	Greek <i>Griego</i>		(Bosnian, Croatian, Serbian)
43	Hebrew <i>Hebreo</i>		<i>Hindi</i>
21	Hmong	60	Somali <i>Somalí</i>
22	Hungarian <i>Húngaro</i>	01	Spanish <i>Español</i>
23	Ilocano	46	Taiwanese
24	Indonesian <i>Indonesio</i>		<i>Taiwanés</i>
25	Italian <i>Italiano</i>	63	Tamil
26	Japanese <i>Japonés</i>	62	Telugu
27	Kannada	32	Thai <i>Tailandés</i>
08	Khmer (Cambodian)	57	Tigrinya
65	Khmu	53	Toishanese
09	Korean <i>Coreano</i>	34	Tongan <i>Tonga</i>
50	Kurdish (Kurdi,	33	Turkish <i>Turco</i>
04	Kurmanji) <i>Kurdo</i>	38	Ukrainian <i>Ucranio</i>
51	Lao	35	Urdu
	Mandarin <i>Mandarín</i>	02	Vietnamese
47	(Putonghua)		<i>Vietnamita</i>
10		99	All other non-English languages
07			<i>Todos los demás idiomas no ingleses</i>

Date *Fecha* _____ Parent/Guardian Signature *Firma del Tutor* _____

If a language OTHER THAN ENGLISH is indicated in any box above, please complete the remainder of this form. *Si cualquier otro idioma que no sea el inglés se indico arriba, por favor complete el resto de este forma.*

5. Does your child (choose all that apply):
¿Su hijo / a (Elija todas las que apliquen):
- YES *SÍ* NO *NO* Understand in that language?
Entiende en ese idioma?
- YES *SÍ* NO *NO* Speak in that language?
Habla en ese idioma?
- YES *SÍ* NO *NO* Read in that language?
Lee en ese idioma?
- YES *SÍ* NO *NO* Write in that language?
Escribe en ese idioma?
6. How many years of INSTRUCTION has your child had in a language other than English? *¿Cuántos años de instrucción ha tenido su hijo en un idioma diferente al inglés?* _____
7. Did your child attend school in another country?
¿Su hijo/a asistió a la escuela en otro país? YES *SÍ* NO *NO*
8. On what date did your child first enroll: in a United States School?
¿En que la fecha su hijo se inscribió por primera vez en In a U.S. school? In a California school?
una escuela de los Estados Unidos? una escuela de los California?

Date *Fecha* _____ Date *Fecha* _____

Grade level first enrolled: *¿Cuál es el nivel de grado en que su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?*

Grade *Grado* _____

STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Vivienda Estudiantil

19415 Jacqueline ST, Anderson, CA 96007

Phone: 530 378 7040



Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.

Por favor haga una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Por favor devuelva a la oficina de registro de la escuela dentro de 14 días.

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>	
School <i>Escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>

Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435. *Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible a recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.*

- 1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?**
¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?
YES *SÍ* NO *NO*
- 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?**
¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?
YES *SÍ* NO *NO*
- 3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?**
¿Está este estudiante en una colocación temporaria de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?
YES *SÍ* NO *NO*
- 4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?**
Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?
YES *SÍ* NO *NO*

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Name <i>Nombre</i>	School <i>Escuela</i>

If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.

Si contestó Sí a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.

Where is this student currently living? ¿Dónde vive el alumno actualmente?

- In a motel *En un motel*
- In a shelter *En un albergue*
- With more than one family in a house or apartment *Con más de una familia en una casa o apartamento*
- Moving from place to place *Moviéndose de un lugar a otro*
- In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite
En un lugar no diseñado para dormir como un coche, parque o acampando.
- Traditional housing (through community agency) *Vivienda tradicional (a través de una agencia de la comunidad)*
- Awaiting Foster Care Placement *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o* Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o* Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth) *Nombre impreso del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)* Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)* Date *Fecha*



TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL
EMERGENCY CONTACT INFORMATION
Información de Contacto en Caso Emergencia

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

Student Last Name *Apellido del estudiante* **First Name** *Nombre* **Middle** *Segundo Nombre* **Birthdate** *Fecha del nacimiento*

 M **F**
Gender *Genero* **Main Phone** *Teléfono principal* **Teacher** *Maestro* **Grade** *Grado*

Student's Physical Street Address *Dirección de residencia* **City** *Ciudad* **Zip Code** *Código postal*

Student's Mailing Address *Dirección de envío* **City** *Ciudad* **Zip Code** *Código postal*

Interpreter Needed for [language] *Necesita un Intérprete [idioma]* **Preferred interpreter name/phone** *Teléfono o nombre de intérprete preferido*

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la información de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS PADRES/GUARDIANES

Child lives with **Father** **Mother** **Other**
Niño vive con **Padre** **Madre** **Otro**

Parent/Guardian Name *Nombre del Padre/Tutor*

Parent/Guardian Name *Nombre de la Madre/Tutor*

Relationship *Relación* **Birthdate** *Fecha del nacimiento*

Relationship *Relación* **Birthdate** *Fecha del nacimiento*

Address *Dirección*

Address *Dirección*

City *Ciudad*

State *Estado*

Zip *Código postal*

City *Ciudad*

State *Estado*

Zip *Código postal*

Place of Employment *Lugar de empleo*

Place of Employment *Lugar de empleo*

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular*

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular*

Email address *Dirección de correo electrónico*

Email address *Dirección de correo electrónico*

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below.

En caso de no llegar a contactar a los padres, se da permiso para dejar ir al estudiante con las personas que se enumeran a continuación.

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:
 Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre Address Dirección Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre	Gender Genero	Birthdate Fecha de nacimiento	School Escuela

STUDENT'S HEALTH CONDITIONS *CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE*

- Asthma *Asma*
 Epilepsy *Epilepsia*
 Diabetes *Diabetes*
 Heart Condition *Problemas Cardiacos*
 Seizures *Convulsiones*
 Allergy, foods *alergia, alimentos*
 Allergy, other than food *Alergia, distintos a los alimentos*
 Operation, serious injury, or illness *operación, lesión grave o enfermedad*
 Other *otros* _____

Details *Mas detalles:* _____

- YES *Sí* NO *NO*
 Does your child take medication regularly? If so, what kind? _____
¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿de qué clase? _____
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have a speech problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de habla? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have an ear problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have a physical handicap? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique. _____
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have an eye problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de ojos? Si es así, explique. _____

Doctor *Médico* Phone *Teléfono* Dentist *Dentista* Phone *Teléfono* Hospital Preference *Hospital de preferencia*

Medical Insurance Company/Group Policy # *Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #*

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.
Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transporte para tratamiento médico de emergencia.

PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. *POR FAVOR, SELECCIONE UNA CAJA Y FIRME ABAJO.*

I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: _____
NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo debido a sus creencias religiosas personales. Explicar: _____

I hereby authorize the staff of TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.
Por la presente autorizo al personal del distrito escolar primario de Cascade de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y doy mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo al personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad de servicios para mi hijo en la escuela de las actividades relacionadas.

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.
Según horarios del nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán un chequeo de la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y el habla. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, el chequeo de su hijo será sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor* Date *Fecha*

Formulario de evaluación de la salud bucal ESPAÑOL

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

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
El plan de seguro dental de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

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

Si pide ser eximido de este requisito:  _____
Firma del padre, madre o tutor **Fecha**

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela **antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.** El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

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.

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 (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)

*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

AVISO SOBRE VACUNAS NECESARIAS

Estimado padre de Familia/Tutor de: _____

Nuestros archivos muestran que su niño necesita la(s) siguiente(s) vacuna(s) para cumplir con los requisitos de las Secciones 120325-120375 del Código de Salud y Seguridad de la Ley de Vacunación Escolar de California:

Vacuna	Dosis:	Comentarios
POLIO	#1 #2 #3 #4	
DTP/DTaP/DT/Td	#1 #2 #3 #4 #5	
MMR	#1 #2	
Hib (childcare/preschool)	#1 #2 #3 #4	
HEPATITIS B	#1 #2 #3	
VARICELLA (chickenpox)	#1 #2	

USTED NECESITA HACER UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS INMEDIATAMENTE:

1. Lleve esta forma junto con la Tarjeta de Vacunas Amarilla de California de su niño con su doctor o al departamento de salud local para recibir la(s) vacuna(s) necesarias. Después traiganos la tarjeta de vacunas al corriente de su niño.
2. Si la tarjeta de vacunas de su niño muestra que él o ella ya recibió esta(s) vacuna(s) traiganos la tarjeta para que podamos poner al corriente nuestros archivos. La tarjeta de su niño debe incluir la fecha de la(s) vacuna(s) marcada(s) arriba y la firma o sello de su doctor para hacer valida cada dosis.
3. Si su niño no recibió alguna vacuna por razones médicas, por favor traiga una carta firmada por su doctor en la cual se explique porque no puede recibir ciertas vacunas.
 - a. La carta debe contener :
 - I. Que las circunstancias físicas o médicas del niño son tales que no están indicadas las vacunas requeridas.
 - II. Qué vacunas están exentas
 - III. Si la exención médica es permanente o temporal.
 - IV. La fecha de vencimiento, si la exención es temporal.

De acuerdo con la ley estatal, no podemos permitir que su niño asista a la escuela/guardería a menos que recibamos evidencia de que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos antes de esta fecha _____

Mes / Día / Año

Si tiene alguna pregunta o requiere más información, por favor llame al _____ Atentamente.