

# Kindergarten Intake Checklist

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Birth Certificate \_\_\_\_\_ DOB must be on or before September 1, 20%\$  
For Kindergarten

\_\_\_\_\_ DOB must be before December 2, 20%\$  
For Transitional Kindergarten

\_\_\_\_\_ Proof of Address

\_\_\_\_\_ Registration Form

\_\_\_\_\_ Pink Enrollment Card

\_\_\_\_\_ White Emergency Card (signed and filled out)

\_\_\_\_\_ Physical Exam (needs to be done after February 1, 201) )  
(needs to be signed by parent and physician)

\_\_\_\_\_ Dental Exam (needs to be done after July 201() )  
(needs to be signed by parent and dentist)

\_\_\_\_\_ Copy of Current Immunization Records (must have Dr. signature, stamp, or clinic  
stamp)

## Immunization Requirements

\_\_\_\_\_ Polio 4 doses, but 3 if last dose was on or after 4<sup>th</sup> birthday

\_\_\_\_\_ DPT 5 doses, but 4 if last dose was on or after 4<sup>th</sup> birthday

\_\_\_\_\_ MMR 2 doses of measles & at least 1 dose of mumps & rubella  
(both after the 1<sup>st</sup> birthday)

\_\_\_\_\_ Hep B 3 doses (series)

\_\_\_\_\_ Varicella 1 dose or must have had disease verified by doctor

# Distrito Escolar de Unión de Bellevue

## FORMA DE MATRICULACION de ESTUDIANTE Página 1 de 2

Enrollment Date: \_\_\_\_\_ *School Use Only* School Year: 2015-2016

School Site: *SCHOOL USE ONLY* Student ID No: *SCHOOL USE ONLY* GRADE *SCHOOL USE ONLY*

Teacher Assignment: *SCHOOL USE ONLY* Registration Date: \_\_\_\_\_ Birth Certificate Verified: \_\_\_\_\_

**NOMBRE de Estudiante**  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**NOMBRE LEGAL :**  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **GENERO:**  Masc.  Fem. **TELEFONO** \_\_\_\_\_  
MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:**  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **FECHA 1° DE ESCUELA EN LOS EEUU** \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**EDUCACION DEL PADRE:** Marque la respuesta que describe el nivel *del padre con la mayor educación.* **FECHA 1° DE ESCUELA EN CALIFORNIA** \_\_\_\_\_  
 Licenciado o Mayor(10)  Graduado de la Univ(11)  Algún Colegio o Licenciado AA (12) MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
 Graduado de la Secundaria (14)  No Graduado de la Secundaria (14)

**ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE** (Favor de marcar uno):  Hispano o Latino  NO Hispano o Latino

**RAZA DEL ESTUDIANTE** (Favor de marcar hasta cinco categorías de raza):

*La Etnicidad del Estudiante es sobre etnicidad, no raza. No importa lo que seleccionó sobre la etnicidad del estuidiante, favor de continuar de contestar lo siguiente con marcar una o más de las cajas para indicar lo que considera su raza.*

- Indio americano o nativo de Alaska(100)  Vietnamita (204)  Hmong (208)  Somoano (303)  
 Chino (201)  Indio Asiático (205)  Asiático Otro(208)  Taítiano (304)  
 Japonés (202)  Hawaiano (301)  Otro nativo de los archipiélagos del Pacífico  
 Coreano (203)  Camboyano (207)  Guamaniano (302)  Afro americano o Negro (600)  
 Blanco (700)

**ENCUESTA DE LENGUAJE DEL HOGAR:**

1. ¿Qué lengua/dialecto habla su hijo/a con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_  
2. ¿Que lengua/dialecto aprendió su hijo/a cuando primero empezó a hablar? \_\_\_\_\_  
3. ¿Qué lengua/dialecto habla con su niño/a con más frecuencia? \_\_\_\_\_  
4. ¿Ha su niño tomado la Prueba CELDT (Prueba del Desarrollo del Lenguaje inglés de Calif)?  Sí  No  No sé

**SEVICIOS ESPECIALES** Favor de marcar cualquier servicio que su niño/a ha recibido.

- Educación Especial  Lectura y/o Matemát recuperativas  Estudiante de Lenguaje inglés/ESL  SARB-Mesa Directiva de la Asistencia  
 504  Recursos (RSP)  Logopeda  Aconsejería  
 Con Talento(GATE)  Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

**RESIDENCIA:** Favor de marcar la caja apropiada - *dónde su niño/familia actualmente viven (Federalmente requerido -NCLB)*

- En residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condo, caravana)  En un Motel/Hotel (09)  
 Más de una familia(compartiendo casa con otras familias/individuos por causa de la economía o pérdida (11) \_\_\_\_\_  
 Sin hogar (carro/campamento) ampamento  En programa de refugio de hogar o transitorio (10)  
 Otro (15) (favor de especificar) \_\_\_\_\_

**LA ULTIMA ESCUELA de ASISTENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado(s): \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar de Unión de Bellevue

FORMA DE MATRICULACION DE ESTUDIANTE

Página 2 de 2

Enrollment Date: _____ <i>School Use Only</i>			School Year: 2015-2016
School Site: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Student ID No: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	GRADE	<i>SCHOOL USE ONLY</i>
Teacher Assignment: <i>SCHOOL USE ONLY</i>	Registration Date:	Birth Certificate Verified:	

<b>NOMBRE de Estudiante</b>			
	Apellido	Nombre	Inicial

**INFORMACION DEL PADRE/TUTOR** (con quien vive el estudiante )-marque todos los que aplican  Otro \_\_\_\_\_

Padre  Madre  Ambos  Madrastra  Padrastro  Tutor  Casa de Acogida/ Grupo

¿Es la persona(s) marcada arriba el tutor LEGAL del estudiante?  
 Sí  No Si NO, favor de completar una "Declaración de Cuido".

¿Hay un acuerdo de custodia legal para este estudiante?, favor de marcar uno:  
 Custodia de los Dos  Tutor

**FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION DEL PADRE(S)/TUTOR CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE**

1  Padre  Padrastro  Tutor  
Nombre: \_\_\_\_\_ Empresario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2  Madre  Madrastra  Tutor  
Nombre: \_\_\_\_\_ Empresario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SALUD / INFORMACION DE EMERGENCIA

Favor de marcar todas las siguientes condiciones que su niño/a ha tendido y si ahora tiene cuidado médico o toma medicamentos.

Si sí, ¿Se tiene que administrar los medicamentos en la escuela  Sí  No

<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Aguja Epi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Inhalador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Visión/Audición	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergias _____			
<input type="checkbox"/> Otro _____			

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Medi-Cal:  Sí  No

Yo doy permiso de consultar a mi Médico de familia en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discreción de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso para que la escuela transporte a mi niño/a en caso de una emergencia.

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

### Contacto en caso de Emergencia :

- Nombre /Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- La persona que cuida al niño/a: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE RESIDENCIA:** El Código Educativo de California requiere prueba de residencia en cualquier Distrito de matriculación .  
La siguiente prueba ha sido proporcionada al tiempo de matriculación:  
 Recibo de Alquiler  Cuenta de PG&E  Cuenta de Teléfono  Cuenta de Agua  Otro \_\_\_\_\_  
 Acuerdo de Compra de Propiedad

Mi firma indica que yo he leído y entiendo la forma de matriculación. También certifica que la información en esta forma es verdadera y correcta. Mi firma afirma que mi niño/a vive conmigo en esta dirección (afirmado por la cuenta de PG&E, la cuenta más reciente con mi nombre). Yo entiendo que cualquier cambio de información de vivienda (dirección, número de teléfono, custodia) se tiene que informar a la escuela, examinado y verificado entre 30 días del cambio. La falsificación de información será motivo para invalidar la matriculación del estudiante.

FIRMA DE PADRE/TUTOR:	FECHA:
-----------------------	--------

**Bellevue Union School District**  
**Forma de Emergencia del Estudiante**

Maestro \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ No. de telefono de casa: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Padres: \_\_\_\_\_ Padresos \_\_\_\_\_ Padres de acogida \_\_\_\_\_ Tutores \_\_\_\_\_

Trabajo de madre \_\_\_\_\_ No. de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Trabajo de padre \_\_\_\_\_ No. de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

El estudiant vive con Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Tutor Legal \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Lengua Primaria**  Ingles  Espanol  Otro \_\_\_\_\_

**Documentos legal archivados**  si  no Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento \_\_\_\_\_

**Personas que se deben llamar en caso de una emergencia**

1. Nombre/Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_

2. Nombre/Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_

3. Nombre/Parentesco \_\_\_\_\_ No. de telefono: \_\_\_\_\_

**Permiso de Transportar al Estudiante**

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de \_\_\_\_\_, por la presente damos permiso para

nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicios de salud familiar**

Nombre del medico \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Medi-Cal:  Si  no

Direccion: \_\_\_\_\_

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de l escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidio medico o tomando medicamentos. Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?

- |                          |                   |           |                             |                             |
|--------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Picadura de abeja | Epi-Pen   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Asma              | Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes          | Insulina  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Vision/el Oir     | anteojos  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | Alergias _____    |           |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> | Otro _____        |           |                             |                             |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela \_\_\_\_\_ en el Distrito Escolar de Belle

Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, \_\_\_\_\_

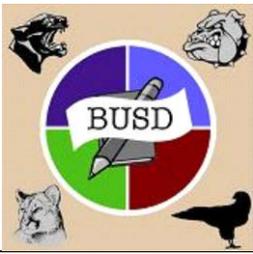
soy el tutor legal de \_\_\_\_\_, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la

oficina de la escuela. Yo doy permiso a \_\_\_\_\_ de hacer las decisiones educativas y medicas

nombre del individuo

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
fecha fecha





# BELLEVUE UNION SCHOOL DISTRICT

3150 Education Drive

Santa Rosa, CA 95407-7723

Phone: 707-542-5197 – Fax: 707-542-6127

[www.bellevueusd.org](http://www.bellevueusd.org)

## SCHOOLS:

Bellevue  
Kawana Academy  
of Arts and Sciences  
Meadow View  
Taylor Mountain

Alicia Henderson  
Ph.D.  
Superintendent

## BOARD OF TRUSTEES

Lisa Reyes  
Sharon Ligon  
Yvonne Kennedy  
Victor Ayala  
Stephanie Merrida-  
Grant

## MISSION

The mission of the Bellevue Union School District is to maximize the potential of each student. We as a community do this through collaborative, responsive, and reflective practice.

## Estimado Padre, Madre 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 primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período 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 en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277
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 a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en Human Services Dept. 520 Mendocino Ave. P.O. Box 1539 Santa Rosa, CA 95402 (707) 565-5206 (800) 354-1277

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.
  - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

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 a la escuela.

Atentamente,



Alicia Henderson, Ph.D.  
Superintendente del Distrito

## Requisito de evaluación/exención de salud dental para ingreso escolar

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u 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"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> 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)	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no)  (caries visibles y/o empastes presentes)	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes (sí) <input type="checkbox"/> No (no)  (caries visibles presentes)	<u>Treatment Urgency (urgencia de tratamiento):</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found (ningún problema obvio) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (se recomienda atención dental) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (se necesita atención urgente)
---	---	--	---

**Dental professional's signature**  
Firma del profesional de salud dental

**Date**  
fecha

**El original será guardado en el registro escolar del menor.**

**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:

\_\_\_\_\_

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.

---

***Firma del padre, madre o tutor***

***Fecha***

***El original será guardado en el registro escolar del menor.***

## 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

#### 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
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (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

### y 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)