



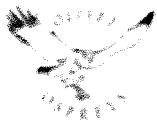
# DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

## 2019-2020

### DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA LAS ESCUELAS OLIVET, SCHAEFER & JACK LONDON

- ▶ FAVOR DE ENTREGAR:  DOCUMENTACIÓN DE INSCRIPCIÓN completada a: su ZONA ESCOLAR
- ▶ FAVOR DE TRAER:  ACTA DE NACIMIENTO certificada por el condado  
 REGISTRO DE INMUNIZACIÓN original  
 Comprobante de una EVALUACIÓN DE SALUD ORAL  
 PRUEDBA DE RESIDENCIA
- ▶ Si usted tiene alguna duda, sírvase llamar al gerente de la oficina de su zona escolar durante las horas especificadas a continuación.

#### ESCUELA PRIMARIA SEMI-AUTÓNOMA OLIVET



1825 Willowside Rd.  
522-3045  
Lunes - viernes  
8:00 AM - 4:00 PM

#### ESCUELA PRIMARIA JACK LONDON



2707 Francisco Ave.  
522-3030  
Lunes - viernes  
8:00 AM - 4:00 PM

#### ESCUELA SEMI- AUTÓNOMA SCHAEFER



1370 San Miguel Ave.  
522-3015  
Lunes - viernes  
8:00 AM - 4:00 PM

#### TRASLADOS A ESCUELAS FUERA DEL DISTRITO

Oficina del Distrito de Piner-Olivet

Cathy Manno

3450 Coffey Lane  
522-3000

Lunes - viernes  
8:00 AM - 4:00 PM



## DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

www.pousd.org

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIÓN

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fec. de nac. \_\_\_\_\_  
Nombre del (de los) padre(s) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Cod. postal \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Tel. fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_

**\* TOME EN CUENTA:**

La inscripción no está finalizada hasta que todos los formularios hayan sido completados; las inmunizaciones, recibidas; y ambos, verificados.

#### ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN                                 | <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA               |
| <input type="checkbox"/> TARJETA DE EMERGENCIA                                     | <input type="checkbox"/> BIBLIOTECA               |
| <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO<br><b>(**DEBE TRAER EL ORIGINAL**)</b> | <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES ESTUDIANTILES                  | <input type="checkbox"/> PRUEBA DE RESIDENCIA     |

#### INFORMACIÓN MÉDICA:

- HISTORIAL MÉDICO
- EVALUACIÓN DE SALUD ORAL
- REGISTRO DE INMUNIZACIÓN **(\*\*DEBE TRAER EL ORIGINAL\*\*)**
- Completo       Incompleto

#### INMUNIZACIONES NECESARIAS:

Poliomielitis: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

DTP: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

SPR: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_

Hepatitis B: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_

Varicela: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_


Fecha de cita para inmunizaciones: \_\_\_\_\_

- INFORME DEL MÉDICO       Completo       Incompleto

Fecha de cita para chequeo médico: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción de documentación: \_\_\_\_\_

<b>ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN</b> Fecha de recepción _____ Fecha de inscripción _____ Inter _____ Intra _____ Desplazado _____	<b>DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET</b> 3450 Coffey Lane ♦ Santa Rosa, CA ♦ 95403-1919 (707) 522-3000 ♦ Fax (707) 522-3007 	<b>ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN</b> Grado _____ Maestro _____ Escuela _____
---	---	---

Solicitud/inscripción para el año escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- Escuela Primaria Jack London  
  Escuela Semi-autónoma Schaefer  
  Escuela Primaria Semi-autónoma Olivet  
 Escuela Semi-autónoma Piner-Olivet (POCS)  
  Escuela Preparatoria Semi-autónoma Northwest

Nombre legal del niño: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Solicita ingreso al: \_\_\_\_\_ grado en el año escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. Fec. de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F NB

Lugar de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cod. postal \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cod. postal \_\_\_\_\_

El alumno reside con: \_\_\_\_\_  
 (Nombre y relación)

Distrito correspondiente a la zona del alumno \_\_\_\_\_

<b>ÚNICAMENTE PARA USO DE LA DIRECCIÓN:</b> <input type="checkbox"/> JL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> POCS <input type="checkbox"/> NWP
---

Hermano/a que asiste al distrito (nombre, grado y escuela): \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo a una escuela pública de Piner-Olivet anteriormente?  NO  SÍ En caso afirmativo, ¿cuándo egresó (mes/año) y en qué nivel de grado estaba?

**ESCUELA MÁS RECIENTE** \_\_\_\_\_  
**A LA QUE ASISTIÓ** (Nombre de la escuela) (Dirección: Ciudad/estado/CP) (Grado/s) (Última fecha de asistencia)

Fecha inicial de asistencia a una escuela en CA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha inicial de asistencia a una escuela en los EE.UU. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Favor de marcar todas las casillas que correspondan. Sírvase contestar las 4 preguntas.

- ¿Actualmente queda pendiente la expulsión de su hijo de otra escuela?  NO  SÍ
- ¿Alguna vez ha sido suspendido su hijo?  NO  SÍ
- ¿Alguna vez ha sido expulsado su hijo?  NO  SÍ
- ¿Otros problemas disciplinarios?  NO  SÍ, explique: \_\_\_\_\_

**Programas especiales** - Únicamente para propósitos informativos y para el fin exclusivo de determinar una colocación adecuada, así como para determinar posibles problemas relacionados con la capacidad y espacio que puedan requerir la creación de un nuevo programa o servicio. Esta información se utilizará únicamente para los fines del personal y no como criterios de admisión.

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Habla y Lenguaje (SLP)                  | <input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma (ELL) | <input type="checkbox"/> Plan 504    |
| <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada (APE)         | <input type="checkbox"/> Clase Especial Diurna (SDC)      | <input type="checkbox"/> Orientación |
| <input type="checkbox"/> Programa Especialista en Recursos (RSP) | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional (OT)         | <input type="checkbox"/> Ninguno     |

¿Alguna vez ha tenido su hijo un Programa de Educación Individual (IEP)?  SÍ  NO Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, adjunte una copia del IEP más reciente.

Complete **TANTO** su origen étnico **COMO** su raza.

**Origen étnico - Marque uno**  No hispano ni latino  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)

**Raza** - Marque su raza primaria y cualquier otra raza que corresponda. (La pregunta anterior aborda el origen étnico, no la raza. Independientemente de lo que seleccionó para su origen étnico, conteste la siguiente pregunta marcando una o más casillas para indicar qué considera usted como su ascendencia).

- |  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o alasqueño | <input type="checkbox"/> Filipino/filipino-americano | <input type="checkbox"/> Coreano                    | <input type="checkbox"/> Tahitiano  |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro     | <input type="checkbox"/> Guameño                     | <input type="checkbox"/> Laosiano                   | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Hindú                     | <input type="checkbox"/> Hawaiano                    | <input type="checkbox"/> Asiático - otro            | <input type="checkbox"/> Blanco     |
| <input type="checkbox"/> Camboyano                 | <input type="checkbox"/> Hmong                       | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico - otro | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

**Favor de llenar la siguiente información también:**

**Padre/tutor:** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

¿Es el padre/tutor miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera) en servicio activo o en servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional?  Sí  No

Relación con el alumno \_\_\_\_\_ Vive con el alumno  Sí  No Recibe correo escolar  Sí  No

¿Es la persona anteriormente mencionada el tutor LEGAL del alumno?  Sí  No

Si no, favor de completar una "Declaración Jurada de Autorización del Cuidador"

Si hay un acuerdo legal respecto a la custodia de este alumno:

Domicilio (si difiere del domicilio del alumno) \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

CP

Teléfono principal \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro alumno de POUUSD de quien usted sea el padre/tutor \_\_\_\_\_

**Padre/tutor:** \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

¿Es el padre/tutor miembro de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina o la Guardia Costera) en servicio activo o en servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional?  Sí  No

Relación con el alumno \_\_\_\_\_ Vive con el alumno  Sí  No Recibe correo escolar  Sí  No

¿Es la persona anteriormente mencionada el tutor LEGAL del alumno?  Sí  No

Si no, favor de completar una "Declaración Jurada de Autorización del Cuidador"

Si hay un acuerdo legal respecto a la custodia de este alumno:

Domicilio (si difiere del domicilio del alumno) \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

CP

Teléfono principal \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro alumno de POUUSD de quien usted sea el padre/tutor \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN DE LOS PADRES** - Marque la respuesta que describa el nivel de educación del padre más educado.

No es bachiller  Bachiller  Universidad (sin título) o título técnico

Graduado universitario  Maestría o superior

**Domicilio** - ¿Dónde está viviendo su hijo/familia actualmente? Favor de marcar la casilla correspondiente.

Vivienda permanente  Vivienda compartida temporal  Albergues temporales  Moteles/hoteles

Temporalmente sin refugio  Hogar de una familia de crianza temporal o un familiar  Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo el formulario de inscripción. También da fe de que la información en este formulario es verdadera y correcta. Mi firma asevera que el niño reside conmigo en esta dirección (comprobado por el recibo de PG&E u otro recibo reciente con mi nombre). Entiendo que cualquier cambio en información concerniente a la residencia (domicilio, número telefónico, tutela) debe ser reportado a la escuela, examinado y verificado dentro de los 30 días siguientes al cambio. La falsificación de esta información será motivo para invalidar la inscripción del alumno.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



# Olivet – Schaefer – Jack London Elementary Schools FORMA TEMPORAL DEL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA

## INFORMACIÓN NUEVA DEL ESTUDIANTE

**\* POR FAVOR IMPRIMIR TODA LA INFORMACIÓN**

**\* REGRÉSELA A LA OFICINA DE LA ESCUELA**

**\* Esta es una forma temporal, recibirá una tarjeta de emergencia solicitando amplia información el primer día de escuela .**

Nombre (Apellido)		Nombre (Primerot)	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No Binario	Fecha de nacimiento:	Teléfono de casa:	Grado:

Domicilio:		Ciudad:	Código postal:
Madre:		Padre:	
Lugar de trabajo:		Lugar de trabajo	
Número de teléfono	Celular:	Número de teléfono:	Celular:
Estudiante vive con:		Relación:	
Si es distinto el lugar de trabajo de ambos padres (arriba), sírvase proporcionar el nombre y la dirección del progenitor no residente.:			
<b>Hermanos atendiendo en el Distrito</b>		Escuela	
Nombre:		Escuela:	
Nombre:		Escuela:	

En caso de emergencia, (enfermedad y accidentes) o de desastres (indunaciones / temblores /etc.) Autorizo al personal de la escuela para que mi hijo sea dado en libertad a las personas nombradas en orden:

<b>1</b>	Nombre:	Teléfono de casa:	Celular:
	Relación:		
	Empresa:	Lugar de trabajo:	
<b>2</b>	Nombre:	Teléfono de casa:	Celular:
	Relación:		
	Empresa:	Teléfono de trabajo:	

<p><b>INFORMACIÓN DE EMERGENCIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>YO doy permiso</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>YO NO doy permiso para que lleven a mi hijo(a) al centro medical más cercano para tratamiento (si es que yo no estoy dispuesta)</b></p> <p>Hospital: _____</p> <p>Doctor: _____</p>	<p><b>PROBLEMAS SERIOS DE SALUD</b></p> <p>(Por favor anote todos los proble mas de salud o nuevos problemas)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>USO DE OFICINA SOLAMENTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> RSO</p> <p><input type="checkbox"/> EPI-PEN</p> <p><input type="checkbox"/> GRANTED</p> <p><input type="checkbox"/> DENIED</p>
<p>En caso de emergencia, <input type="checkbox"/> <b>YO DOY permiso</b> <input type="checkbox"/> <b>YO NO DOY</b> permiso para que le den sangre a mi hijo(a), (Si no estoy disponible)</p> <p>EN CASO DE UN RIESGO PARA LA VIDA REACCIÓN ALÉRGICA, <input type="checkbox"/> <b>YO autorizo</b> <input type="checkbox"/> <b>YO NO autorizo</b>, AL PERSONAL DE LA ESCUELA CAPACITADA PARA ADMINISTRAR UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (ADRENALINA VIA EPI-PEN) A MI HIJO(A).</p>		

\* Firma del padre / guardian

Fecha



# PINER-OLIVET UNION SCHOOL DISTRICT

3450 Coffey Lane ♦ Santa Rosa, California 95403-1919 ♦ (707) 522-3000 ♦ Fax (707) 522-3007

## PREVIOUS SCHOOL INFORMATION: (INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR:)

\_\_\_\_\_  
Name of previous school (Nombre anterior de la escuela)

\_\_\_\_\_  
Address (Dirección)

\_\_\_\_\_  
Area code (código de área)

\_\_\_\_\_  
Telephone (Teléfono)

\_\_\_\_\_  
City (Ciudad)

\_\_\_\_\_  
State (Estado)

\_\_\_\_\_  
Zip (Código postal)

\_\_\_\_\_  
Area code (código de área)

\_\_\_\_\_  
FAX ( Número de fax)

## RELEASE OF STUDENT RECORDS: LANZAMIENTO DE LOS EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE:)

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 and California State Law, I hereby authorize the release of the school name below of all records, including grades and health records, as well as psychological, social, educational, or developmental information regarding the following pupil(s).

(De conformidad con los Derechos Educativos Familiares y Ley de Privacidad de 1974 y la Ley del Estado de California, Yo autorizo la liberación de la escuela nombrada a continuación todos los expedientes , incluidos los grados y los historiales medicos, así como psicológicos, sociales, educativos o de desarrollo en relación con la información siguiente del alumno (s).)

\_\_\_\_\_  
Name (Nombre)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
Grade (Grado)

\_\_\_\_\_  
Parent Signature (Firma del padre)

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

*Office Use Only: (Uso de Oficina Solamente:)*

## ELPAC SCORE: (If Applicable)

Under State and Federal Law, schools and school districts are required to provide student ELPAC results to schools receiving English Learner students.

➤ **Please complete the ELPAC Score section below and return it to the receiving school immediately.**

Has student taken the ELPAC? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ YES

SSID # \_\_\_\_\_

If reclassified, provide date: \_\_\_\_\_ (If reclassified, please send documentation.)

	Scale Score	Level	Date Testing:
Oral	_____	_____	_____
Writing	_____	_____	_____
Overall	_____	_____	_____

## PLEASE SEND RECORDS TO:

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> OLIVET ELEMENTARY CHARTER SCHOOL<br>1825 Willowside Rd.<br>Santa Rosa, CA 95401<br>(707) 522-3045<br>(707) 522-3047 Fax | <input type="checkbox"/> SCHAEFER CHARTER SCHOOL<br>1370 San Miguel Ave.<br>Santa Rosa, CA 95403<br>(707) 522-3015<br>(707) 522-3017 Fax | <input type="checkbox"/> JACK LONDON ELEMENTARY SCHOOL<br>2707 Francisco Avenue<br>Santa Rosa, CA 95403<br>(707) 522-3030<br>(707) 522-3317 Fax | <input type="checkbox"/> PINER-OLIVET CHARTER<br>2707 Francisco Avenue<br>Santa Rosa, CA 95403<br>(707) 522-3310<br>(707) 522-3317 Fax | <input type="checkbox"/> NORTHWEST PREP CHARTER SCHOOL<br>2590 Piner Rd.<br>Santa Rosa, CA 95403<br>(707) 522-3320<br>(707) 522-3101 Fax |
|--|--|---|--|--|

## HISTORIAL MÉDICO ESTUDIANTIL

Fecha: _____	Escuela: _____		
Nombre del alumno: _____	Sexo: M F NB		
Fecha de nacimiento: _____	Maestro: _____		
Padre/tutor: _____			
Domicilio: _____			
Calle _____	Dpto. _____	Ciudad _____	Código postal _____
Teléfono: (Fijo) ( ) _____		(Trabajo) ( ) _____	

### ¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias           | <input type="checkbox"/> Diabetes            |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos                                 | <input type="checkbox"/> Otras alergias                  | <input type="checkbox"/> Movimiento limitado |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos                                 | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales            |  |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la picadura de abeja                      | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes |  |
| <input type="checkbox"/> ¿Usa su hijo lentes o lentes de contacto?           | <input type="checkbox"/> Sí                              | <input type="checkbox"/> No                  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones: ¿Fecha de su última convulsión? _____ |  |  |

Enfermedad, hospitalización o cirugía reciente, u otro padecimiento físico que limite la actividad física de su hijo en la escuela

Favor de proporcionar información adicional para cualquiera de los padecimientos que usted haya marcado arriba:

### ➤ CUALQUIER MEDICAMENTO RECETADO QUE SE TRAIGA A LA ESCUELA DEBE ESTAR EN EL FRASCO ORIGINAL CON LA FECHA ACTUAL.

¿Requiere su hijo medicamento en la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, sírvase completar el formulario "Autorización para la Administración de Medicamento", el cual puede obtenerse del secretario escolar.

#### Favor de indicar:

Medicamento _____	Dosis _____	Hora(s) de administración _____
Medicamento _____	Dosis _____	Hora(s) de administración _____

Fecha de último chequeo médico: ____/____/____	Médico _____
Fecha de último examen dental: ____/____/____	Dentista _____

¿Tiene su hijo algún padecimiento médico que pueda requerir atención en la escuela o restringir su actividad física, tal como en deportes de contacto? (Favor de describir)

La información obtenida de este historial de salud puede incluirse en una lista confidencial de padecimientos médicos, según proceda. Para mayores informes o para expresar preocupaciones, por favor comuníquese con el enfermero escolar.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA

### Formulario de evaluación de la salud bucal

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

#### Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido _____		

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

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

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

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

Fecha de la evaluación:  <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>			
<hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i></td> <td style="width: 33%; border: none;"><b>Número de matrícula de CA</b> <i>CA License Number</i></td> <td style="width: 33%; border: none;"><b>Fecha</b> <i>Date]</i></td> </tr> </table>				<b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	<b>Número de matrícula de CA</b> <i>CA License Number</i>	<b>Fecha</b> <i>Date]</i>
<b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b> <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	<b>Número de matrícula de CA</b> <i>CA License Number</i>	<b>Fecha</b> <i>Date]</i>				



**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.*

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***

# 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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferinal]) 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)

**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.

- 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)

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

\*de ser indicado

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).*



## DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET

# PROMESAS SOBRE LA TECNOLOGÍA

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE  
MIENTRAS ASISTAS AL DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIÓN DE PINER-OLIVET  
KINDER DE TRANSICIÓN (TK) AL 12° AÑO

Estimados Padres:

Nos complace proporcionarles servicios de internet a nuestros alumnos. El uso del internet para proyectos educativos ayudará a preparar a su hijo para triunfar en la vida y el trabajo en el siglo XXI.

La Política de Uso Tecnológico del Distrito restringe acceso a material que sea inapropiado en el ambiente escolar. Aunque el uso del internet por parte de su hijo será supervisado por el personal, no podemos garantizar que su hijo no acceda a material inapropiado.

Deseamos animarlo a aprovechar la oportunidad de hablar con su hijo sobre sus valores familiares y expectativas, y sobre cómo deben orientar estos valores las actividades de su hijo en el internet. También es un momento oportuno para alertar a los niños contra hablar con o enviar correos electrónicos a desconocidos.

- Prometo no divulgar nunca información personal, tal como mi dirección, número telefónico, o el nombre y ubicación de mi escuela.
- Prometo decirles inmediatamente a mis padres o mi maestro si me topo con información que me haga sentir incómodo.
- Prometo no juntarme nunca con alguien que "conozca" en línea sin hablar con mi maestro o mis padres primero.
- Prometo que nunca le enviaré a nadie mi foto ni ninguna otra información personal sin hablar con mi maestro o mis padres.
- Prometo que nunca enviaré, contestaré ni reenviaré ningún mensaje que sea malicioso o que de alguna manera haga que yo o cualquier otra persona nos sintamos incómodos.
- Prometo no acceder a áreas no aprobadas por mi maestro, el bibliotecario o el personal escolar.
- Prometo no romper estas reglas.
- Si rompo estas reglas, entiendo que no se me permitirá

**Favor de entregar este formulario a la oficina de la escuela de su hijo inmediatamente. ¡Gracias! (LETRA DE MOLDE)**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_

La firma de mi padre: \_\_\_\_\_

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



# Piner-Olivet Union School District



## Deslizamiento Del Permiso De Los Materiales De La Biblioteca

Queridos Padres:

Los valores del Distrito de la Escuela de la Unión de Piner-Olivet que tienen un programa fuerte de la biblioteca en cada escuela. Con el fin de tener la calidad de los materiales de la biblioteca de fácil acceso, pedimos su apoyo y ayuda en vista de que los estudiantes observen lo siguiente:

1. Los libros deben ser devueltos a tiempo. Los estudiantes de K-3 tendrán sus libros por una semana. Los estudiantes de los grados 4-6 tendrán sus libros por 2 semanas.
2. Los estudiantes son responsables por el cuidado y condición de materiales de la biblioteca en su poder. Será necesario para los padres pagar por la pérdida de materiales o dañados. Los estudiantes perderán el privilegio de la biblioteca hasta que su expediente de la biblioteca esté claro.
3. Los avisos serán enviados a los estudiantes con los libros o las multas excepcionales. Apreciaríamos grandemente una respuesta cuanto antes, de modo que podamos despejar nuestros expedientes y los estudiantes puedan recuperar sus privilegios de la biblioteca. Si los estudiantes tienen libros pendientes o multas, sus boletas de calificaciones serán sostenidas hasta que éstos se liquiden.

Gracias por su apoyo del programa de la biblioteca.

**Por favor devuélvala a la oficina de la escuela de su niño inmediatamente.**

**Gracias!**

Mi niño, \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

tiene mi permiso para sacar materiales bibliotecarios de la biblioteca escolar mientras asiste a al Distrito de la Unión Escolar de Piner-Olivet. Tengo entendido que somos responsables de pagar los objetos perdidos o dañados.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

PLACE IN CUM FILE

Updated: 10/2/08

# ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of Student \_\_\_\_\_ (Surname/Family Name) \_\_\_\_\_ (First Given Name) \_\_\_\_\_ (Second Given Name)  
Age of Student \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_ Name of Teacher \_\_\_\_\_

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 los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier 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)