

Inscripciones para el Programa Preescolar Estatal

Nuestro distrito ofrece preescolar de medio tiempo gratis (8:30 am-11:30 am) para familias que cumplen con las pautas de ingreso. Se da prioridad a los niños que tienen o tendrán 4 años antes del 1 de diciembre. Los estudiantes deben estar entrenados para ir al baño. Si su hijo tiene un IEP actual y su familia supera las pautas de ingresos, puede solicitar nuestro programa. Prioridad se da a niños de 4 años que cumplen con los criterios de ingresos, pero podemos ubicarlo en una lista de intereses en caso de que tengamos vacantes.

Pautas de ingresos para Programas de cuidado y desarrollo infantil

Tamaño de Familia	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Anual
1-2	\$5,343	\$64,120
3	\$5,802	\$69,620
4	\$6,719	\$80,623
5	\$7,794	\$93,522
6	\$8,869	\$106,422
7	\$9,070	\$108,841
8	\$9,272	\$111,259
9	\$9,473	\$113,678
10	\$9,675	\$116,096
11	\$9,876	\$118,516
12	\$10,078	\$120,934

Se requieren los siguientes documentos para inscribirse en el Programa Preescolar Estatal:

- Formularios de Inscripción Estudiantil completados. Incluyendo la forma de Auto Declaración Propia de Ingresos para cada uno los adultos incluidos en el tamaño familiar.
- Acta de nacimiento de todos los niños de la familia.
- Registro de las vacunas (todas las vacunas deben realizarse antes de inscribirse).
- Comprobantes de domicilio recientes a nombre de los padres de familia / tutores legales:
Licencia de conducir o tarjeta de identificación válida del Departamento de Vehículos del padre de familia / tutor legal, copia del último recibo de pago de impuesto predial del Condado de San Diego, contrato de arrendamiento, recibos de servicios públicos: gas/luz, agua, drenaje, o basura, órdenes de vivienda militar, correspondencia de una agencia de gobierno. Si vive en una casa que no es suya, pida a la persona con la que vive que le proporcione una carta que indique que su familia reside actualmente en su casa. Pídale que incluyan cuánto está pagando el alquiler o si no está pagando ningún alquiler en este momento. La carta debe incluir una fecha, nombre y firma de la persona que escribe la carta. También deben proporcionarle un comprobante de domicilio actual bajo su nombre de la lista mencionada anteriormente.
- Comprobantes de ingresos (los últimos recibos mensuales de sueldo de cada adulto en el hogar, incluyendo pagos de Seguro Social, subsidios de desempleo, pagos de CalWorks o CalFresh manutención de los hijos, si aplica).

Una vez que haya completado la solicitud de preescolar y tenga toda la documentación necesaria, programe una cita en Google Calendar en:

<https://bit.ly/2N9MnNz>

Las familias serán atendidas sólo con cita previa. Le pedimos que llegue a tiempo y que use por favor un cubrebocas. Si es posible, deje a los niños en casa. Para cualquier pregunta, llame al (619) 771-6082. Nuestro domicilio es 4811 Glen Street, La Mesa CA 91941.

Escuelas con salones preescolares:

Avondale - Lic 376600515 **Bancroft** - Lic 376700372 **Kempton**- Lic 376701229 **La Mesa Dale** - Lic 376600883
La Presa - Lic 376600177 **Rancho** - Lic 370806360 **Sweetwater Springs** - Lic 376700483



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL

Escuela _____

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL		<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Niña	Grado Preescolar		
Apellido (Legal) _____		Nombre de pila (Legal) _____		Segundo nombre (Legal) _____		
Apodo (si tiene alguno) _____ ¿Está el alumno en el Sistema de Acogida (Foster Care)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Domicilio (Residencia) _____		# de Depto./Unidad _____	Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____	
Fecha de Nacimiento _____	Ciudad Natal _____	Estado Natal/País _____	Número telefónico principal _____		<input type="checkbox"/> Privado	

Residencia Principal del Padre de Familia/Tutor Legal						Vive con el alumno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Padre de familia	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino					
1.)						
Apellido _____		Nombre de Pila _____		Segundo Nombre _____		
Empleo: () _____			Celular: () _____			
Otro: () _____			Email: _____			
Padre/Tutor Legal Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria (14)	<input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/G ED (13)	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (12)	<input type="checkbox"/> Graduado universitario (11)	<input type="checkbox"/> Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)	<input type="checkbox"/> No Responde (15)

Residencia Principal de Madre de Familia/Tutor Legal						Vive con el alumno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Madre de familia	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino					
2.)						
Apellido _____		Nombre de Pila _____		Segundo Nombre _____		
Empleo: () _____			Celular: () _____			
Otro: () _____			Email: _____			
Madre/Tutor Legal Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria (14)	<input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/G ED (13)	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (12)	<input type="checkbox"/> Graduado universitario (11)	<input type="checkbox"/> Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)	<input type="checkbox"/> No Responde (15)

Programa Estudiantil
¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa de Educación Especial / terapia de lenguaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

This section is to be filled in by the school:		Perm ID #	Teacher/Counselor	Enter Date	Inter (Dist)	Intra (Sch)
<input type="checkbox"/> Birth Certificate	<input type="checkbox"/> Shots				N/A	N/A
<input type="checkbox"/> Proof of address	<input type="checkbox"/> IEP Y/N?					

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL	Escuela _____	Grado: Preescolar
--------------------------------	---------------	--------------------------

Apellido (Legal)	Nombre de Pila (Legal)	Segundo Nombre (Legal)
Fecha de nacimiento del alumno	Nombre de papá o mamá	

ESCUELAS QUE HA ASISTIDO EL ALUMNO

						()
Última escuela que asistió	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono	

¿Cuándo fue su niño inscrito en una escuela de **EE.UU. y/o de California**?

Escuela de EUA mes / día / año	Escuela de California mes / día / año
-----------------------------------	--

¿Cuál fue la **última escuela de California** donde asistió su niño? _____
Escuela y/o Distrito

¿Ha asistido su niño a una escuela de La Mesa-Spring Valley previamente? **Sí** **No** _____
escuela(s) año(s) grado(s)

ENCUESTA SOBRE IDIOMA / CORRESPONDENCIA

¿Cuál idioma prefiere Ud. para recibir llamadas telefónicas y avisos/correspondencia? **Inglés** **Español**

1. ¿Qué idioma(s) se hablan en casa? _____

2. ¿Cuál es el lenguaje principal del niño (a)? _____

For Office Only: Always code as '8' in Language Fluency Field

ORIGEN ÉTNICO/RAZA

Parte A. ¿Es este alumno hispano o latino? (*Escoja sólo uno*)

No, ni hispano ni latino

Sí, hispano o latino (5)

La definición de origen étnico hispano/latino es “una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, América del sur o central, u otra cultura española, sin importar la raza.”
 –De: www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp

La pregunta de la parte anterior es sobre origen étnico, no raza. Sea cual sea su selección arriba, **favor de seguir contestando lo siguiente**, marque una o más casillas para indicar lo que Ud. considera que es la raza del alumno.

Parte B. ¿Cuál es la raza del alumno? (*Selecciones un o más*)

<p>Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Chino (2-01)</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés (2-02)</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano (2-03)</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita (2-04)</p> <p><input type="checkbox"/> Indoasiático (2-05)</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano (2-06)</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano (2-07)</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong (2-08)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro asiático (2-99)</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino (4)</p>	<p><input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco (7)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígenas americanos o Nativos de Alaska (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano (3-01)</p> <p><input type="checkbox"/> Guamano (3-02)</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano (3-03)</p> <p><input type="checkbox"/> Tahitiano (3-04)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (3-99)</p>
--	---

¿Cuáles son las definiciones federales de las categorías de raza?

“Nativoamericano o nativo de Alaska: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Norte y Sur América (incluyendo Centro América), y quienes mantiene afiliación tribal o apego de comunidad.

Asiático: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales del Extremo Oriente, Sudeste Asiático, o el subcontinente de India, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negro o Afroamericano: Una persona con orígenes de cualquier grupo de raza negra de África.

Nativo de Hawái o Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Hawái, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico.

Blanco: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Europa, el Medio Este o África del Norte.”
 –De: www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp

TRABAJO MIGRANTE—¿Está Ud. en este momento o ha estado ejerciendo un trabajo migrante (mudado y trabajado temporalmente en agricultura, madera, o trabajos relacionados a la pesca) en los últimos tres años? **Sí** **No**

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Escuela _____ Grado: **Preescolar**

Apellido (Legal) _____ Nombre de Pila (Legal) _____ Segundo Nombre (Legal) _____

OTROS NIÑOS & ADULTOS—Escriba los nombre de otros niños Y adultos (no los padres) que viven con el alumno.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al alumno	¿Asiste a una escuela de La Mesa-Spring Valley?
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SEGUNDA RESIDENCIA Y/O DIRECCIÓN POSTAL PARA EL ALUMNO

Llene esta sección si es necesario enviar calificaciones adicionales, etc. Masculino Femenino

Apellido _____ Nombre de Pila _____ Inicial de Segundo Nombre _____

Domicilio _____ # de Depto./Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Motivo por envíos adicionales _____ Relación al alumno _____ Domicilio de Correo Electrónico (Email) _____

Número telefónico principal Privado _____ Teléfono de Empleo _____ Celular _____ Otro _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA—El Código de Educación 49408 requiere que Ud. proporcione los nombres de las personas a quienes contactar en caso de emergencia y que están autorizadas para permitirles llevarse al niño en caso de emergencia, si no podemos comunicarnos con los padres/tutor legal.

<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #1</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>() _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>() _____ () _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #2</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>() _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>() _____ () _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>
<p>CONTACTO DE EMERGENCY #3</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>() _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>() _____ () _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #4</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>() _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>() _____ () _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>

CERTIFICACIÓN DE PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL

Yo afirmo bajo castigo de perjurio que las declaraciones indicadas en este formulario son verdaderas y correctas y que los documentos que he presentado correctamente representan la residencia del alumno que estoy inscribiendo.

Firma de padre de familia/Tutor Legal

Fecha

Apellido (Legal) _____ Nombre de Pila (Legal) _____ Segundo Nombre (Legal) _____

OTROS NIÑOS & ADULTOS—Escriba los nombre de otros niños Y adultos (no los padres) que viven con el alumno.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al alumno	¿Asiste a una escuela de La Mesa-Spring Valley?
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE CUSTODIA

Nombre(s) de padre o madre con custodia/Tutor legal _____

- El niño vive con uno o con ambos de sus padres/tutor legal en la misma residencia. No existen asuntos de custodia.
- El niño vive con uno o con ambos de sus padres/tutor legal en residencias separadas. No existen asuntos de custodia.

—O—

- Existen asuntos legales de custodia – Favor de proveer la información a continuación:

¿Quién tiene la custodia legal?: Padre Madre Otro _____
Nombre/Relación al alumno

Orden de alejamiento (vigente) No Sí Si responde "Sí", fecha de vencimiento _____

Orden Judicial archivada en la oficina de la escuela No Sí

Fecha de Orden Judicial _____

La escuela tiene la responsabilidad del bienestar del niño durante el día escolar, pero sólo puede funcionar de acuerdo a la ley cuando es adecuadamente informada. Si los padres de un niño están separados, el distrito escolar debe ser informado sobre (1) quién tiene la custodia del niño y; (2) cuál persona o personas están autorizadas a ver al niño o transportar al niño de la escuela. Si existe una orden de alejamiento vigente que deniega a cualquiera de los padres el derecho de ver o tener contacto con el niño, **debe** haber una orden judicial archivada en la oficina de la escuela. Los tribunales deben encargarse de las controversias de custodia. **La escuela no tiene jurisdicción legal para rechazar a un padre biológico de tener acceso de su niño y/o de sus expedientes escolares.**

La única excepción es cuando la escuela tiene archivados en su oficina los documentos firmados de una orden de alejamiento o papeles de divorcio o custodia que específicamente indican las limitaciones de los derechos de visita por orden judicial. Si cualquiera de dichas situaciones se convierte en un problema para la escuela, se contactará al Departamento del Sheriff y se solicitará la intervención de policía.

La escuela intentará comunicarse con el padre que tiene la custodia cuando el otro padre o persona que no esté en la lista de contactos de emergencia intente recoger a su niño.

Leí y entiendo la declaración susodicha.

Firma de padre(madre) de familia/Tutor legal

Fecha

**La Mesa-Spring Valley School District
Imposición de las Leyes de Asistencia establecidas por el Código de Educación de California**

Se requiere comprobante de residencia antes que el alumno pueda asistir a clase.

La falsificación de cualquier información o documentos requeridos para esta verificación resultará en la inmediata revocación de la inscripción del alumno. Domicilio de residencia está sujeto a verificación.

Nombre del padre en imprenta _____	Teléfono de casa _____ Celular _____	Teléfono de empleo _____
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

Favor de llenar la Parte I o Parte II para verificar residencia.

PARTE I—Verificación de Residencia

Circule uno: Soy Padre(Madre)/Tutor legal/Padre de acogida/Pariente/Menor emancipado/ o Proveedor de cuidado

Yo afirmo que mi niño(a) _____, reside en el siguiente domicilio:

Domicilio _____ # de Depto./Unidad _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Quiero inscribir al alumno en: _____ (Nombre de escuela)

Firma _____ Fecha _____

Anexas están las copias de dos documentos de la lista a continuación, verificando el domicilio de residencia indicado arriba.

PARTE II—Declaración jurada de residencia y responsabilidad

Yo/Nosotros soy/somos dueño/s o alquilo/alquilamos mi/huestra casa/departamento: Sí No

Nombre del alumno _____ Padres/Tutor legal _____

Domicilio _____ # de Depto./Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

_____ (Nombre de escuela)

Certifico bajo pena de perjurio que el niño y/o sus padres/tutor legal susodichos residen en mi casa propia o alquilada por mí.

Dueño/Arrendatario de residencia _____

Escriba su nombre en letra de imprenta

Firma _____ Fecha _____

Anexas están las copias de dos documentos de la lista a continuación, verificación de residencia del domicilio susodicho en el nombre del dueño o arrendatario.

Comprobantes de Residencia:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Válida licencia de conducir de California del padre de familia/tutor legal. b. Tarjeta de identificación del Dpto. de Vehículos del padre de familia/tutor legal. c. Las escrituras o documentos de plica (escrow papers). d. Copia de una factura actual de impuestos de propiedad del Condado de San Diego. e. Contrato de renta que incluya las firmas del dueño y arrendatario. f. Copias actuales de las facturas mensuales o recibos de instalación de gas, electricidad, cable de tele, agua/alcantarillado, basura y/o teléfono. | <ul style="list-style-type: none"> g. Recibo de una compañía de mudanzas de artículos domésticos o recibo que muestre la entrega de un recién comprado electrodoméstico grande o muebles. h. Órdenes de vivienda militar. i. Talón del cheque de pago con domicilio. j. Registración de votante. k. Correspondencia de una agencia del gobierno. |
|--|---|

FOR OFFICE USE ONLY

Residence Verification—In order to verify school area/residence, parents or guardians must provide **two** of the following documents. Check and attach those provided. If an Affidavit of Residency and Responsibility has been submitted, two of the listed documents must be presented to verify residency in the name of owner/renter. Falsification of any information or documents required for verification will result in immediate revocation of registration for the student(s). Residence subject to verification.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Check documents presented for residency verification a. Parent/guardian/s valid California Driver's License. b. Parent/guardian's Department of Motor Vehicles Personal Identification Card. c. Deed to a home or closing escrow papers. d. Copy of receipt of current San Diego County property tax bill. e. Rental agreement including registered owner and renter's signatures. f. Copies of current month's bills or installation receipts for gas, electric, cable TV, water/sewer, trash, and/or telephone. | <ul style="list-style-type: none"> g. Receipt from moving company for moving household goods or receipt showing delivery of newly purchased major appliance or furniture. h. Military housing orders. i. Paystub with address. j. Voter registration. k. Correspondence from a government agency. |
| <p>Signature of verifying party _____</p> | <p align="right">Date _____</p> <p align="right">S-26
Ed. Services
(Rev. 6/11)</p> |

La Mesa-Spring Valley School District
DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA TRANSICIONAL

(SITE: PLEASE IMMEDIATELY FAX COMPLETED FORM TO STUDENT SERVICES AT 668-8398 AND CHILD NUTRITION 668-5859)

Esta declaración jurada es para dirigir los requisitos de la *Ley de Educación Primaria & Secundaria de McKinney-Vento, Título X, Parte C*. La información a continuación ayudará a determinar si el alumno cumple la definición "en transición" (no una residencia de noche permanente)

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Escuela _____ Grado _____ PERM ID _____		
Apellido (Legal) _____	Nombre de Pila (Legal) _____	Segundo Nombre (Legal) _____

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA TRANSICIONAL

Escuela _____ Fecha: _____

1. Presentemente, ¿Usted y/o su familia está/n viviendo en alguna de las siguientes situaciones?

<input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> Vivimos con otra persona o familia por pérdida de vivienda, etc. <input type="checkbox"/> Vivimos en un hotel/motel <input type="checkbox"/> Vivimos en: coche, RV, parque, campamento, edificio abandonado, u otra vivienda inadecuada <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Vive(n) solo(s) como alumno(s) menor(menores) sin ningún adulto (joven desamparado)	<input type="checkbox"/> Tengo residencia permanente (sáltese hasta la parte inferior y firme y feche este formulario.
---	---

2. Escribe en la tabla los nombres de todos los niños que viven con usted:

Apellido	Nombre de Pila	M / F	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de escuela

- Su niño tiene el derecho de:**
- Seguir asistiendo a la escuela que asistía antes de quedarse sin techo (escuela de origen)
 - Recibir transporte a la escuela de origen. (La elegibilidad es determinada por la *Mesa Directiva*)
 - Ser inscrito en la escuela sin dar un domicilio permanente y asistir a clases mientras que la escuela hace los arreglos sobre la transferencia de escuela, registros de vacunas, u otros documentos requeridos para inscribirse.
 - Recibir los mismos programas especiales y servicios, si son necesarios, tal como se les disponen a los demás niños que son servidos en estos programas.
 - Dirigir las controversias de inscripción inmediatamente.

Nombre(s) de Padre de familia/Tutor legal _____
 Apellido _____ Nombre de Pila _____

Actualmente vivimos en (domicilio o lugar) _____
 Domicilio # de Depto./Unidad Ciudad Zona Postal

Teléfono _____ Números telefónicos alternativos _____

Mándese la correspondencia a _____
 Domicilio # de Depto./Unidad Ciudad Zona Postal

Yo afirmo bajo castigo de perjurio bajo las leyes del Estado de California que a mi leal saber la presente información es verdadera y correcta.

 Firma de Padre de familia/Tutor legal Fecha

La Mesa-Spring Valley School District

REGISTRO DE PREVIA INSCRIPCIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Nombre de alumno _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Es importante que nosotros sepamos si su alumno recibió algún servicio de Educación Especial en sus previas escuelas. Favor de proporcionarnos la siguiente información porque nos ayudará a disponer de un ámbito educativo más apropiado para su alumno.

- Mi hijo/a no ha participado en ningún programa de educación especial.
- Mi hijo/a participó en uno o más programas de educación especial o servicios en
Escuela(s) _____
Distrito(s) Escolar _____

PROGRAM SERVICE RECEIVED AT OTHER SCHOOL DISTRICTS

	Año/Grado	Nombre de Maestro	Tipo de clase/Servicio
<input type="checkbox"/>			Clase Especial Diurna (SDC)
<input type="checkbox"/>			Programa de Especialista de Recursos (RSP)
<input type="checkbox"/>			Servicios del Habla/Lenguaje (SLP)
<input type="checkbox"/>			Educación Física Adaptada (APE)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones auditivas (HI)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones ortopédicas (OI)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones visuales (VI)

Información adicional	_____

 Firma de padre de familia/Tutor legal _____
 Fecha

ENCUESTA SOBRE EL LENGUAJE, EL HABLA, Y AUDICIÓN

El uso adecuado de lenguaje es fundamental para el currículo escolar. Las dificultades con lenguaje, el habla o audición con frecuencia dificultan las habilidades de un niño a prepararse para la lectura y pueden afectar su aprendizaje de lenguaje escrito, lectura, seguir las direcciones y escritura. Por este motivo, se evalúan las habilidades de lenguaje y del habla de los alumnos inscritos en nuestro Distrito. Nuestra **Encuesta sobre el lenguaje, el habla y audición** es utilizada para este propósito. Solicitamos su permiso para realizar este servicio.

Nombre de alumno _____ Nombre de papá/mamá _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____

Su observación del lenguaje, el habla y audición de su niño nos será útil. Favor de contestar la siguiente información. Marque cualquier de los siguientes que constantemente corresponde a su niño.

INFORMACIÓN DEL HABLA Y LENGUAJE			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1.	Previamente recibió terapia del habla. Cuándo _____ Dónde _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2.	Siempre es callado.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3.	Casi nunca hace mucho sentido.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.	Tiene dificultad entendiendo y siguiendo o recordando las direcciones verbales.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	5.	Dificultad para expresar ideas.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	6.	Pronuncia mal los sonidos.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	7.	Dificultad de voz, e. g., excesiva nasalidad, calidad ronca.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	8.	Dificultad con la fluidez o tartamudeo.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	9.	Tiene dificultad para escuchar.

INFORMACIÓN SOBRE LA AUDICIÓN			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1.	Infecciones al oído. Explique si contesta "Sí": _____ _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2.	Frecuentes dolores de oídos. Explique si contesta "Sí": _____ _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3.	Frecuentes resfriados y congestión nasal. Explique si contesta "Sí": _____ _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.	Pérdida auditiva conocida. Explique si contesta "Sí": _____ _____

Visto por, Dr./Dra. _____
Nombre & Domicilio de Doctor/a

Comentarios adicionales sobre cualquiera de sus respuestas susodichas _____

¿El padre(madre) de familia/Tutor legal otorga permiso para que la enfermera del Distrito Escolar u otro personal de LMSVSD realice la evaluación?

SÍ NO

Firma de Padre(Madre) de familia/Tutor legal Fecha

La Mesa-Spring Valley School District REGISTRO DE SALUD

Nombre legal del alumno: Apellido _____ Nombre de Pila: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: _____ Grado: _____ Escuela: _____
 Padre/Tutor legal: Apellido _____ Nombre de Pila _____
 Doctor _____ Nº de Telefónico de Dr.: _____

Actualmente no se conocen problemas de salud.
Yo notificaré a la oficina de salud de la escuela si cambia la condición de salud de mi niño.

Para obtener información sobre las opciones de seguro médico y ayuda para inscribirse contacte a:
www.coveredca.com o llame al 800-300-1506 (inglés) o al 800-300-0213 (español)

Favor de indicar el diagnóstico actual/significante previo historial:

Problemas de salud	Sí	No
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones/limitaciones de actividades*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas pulmonares/respiratorios*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones/limitaciones de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD/ADD (circule uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo 1 / Tipo 2 (circule uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de salud mental/Problemas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la vista*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto/Anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparato auditivo/Asiento especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graves lesiones en la cabeza/conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas de salud	Sí	No
Enfermedades o lesiones óseas/ articulaciones /músculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitaciones en educación física*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad inmunológica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hemorrágico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas estomacales/gastrointestinales*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de riñones/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (incluye alergias a comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si la alergia es LEVE , no requiere medicamento necesario.		
<input type="checkbox"/> Si la alergia es GRAVE , sí requiere medicamento necesario:		
<input type="checkbox"/> Epi-Pen <input type="checkbox"/> Benadryl		
¿A qué es alérgico su hijo?		
<input type="checkbox"/> Comida: (favor de indicar)		
Describe la reacción:		
<input type="checkbox"/> Medicamento: (favor de indicar)		
Describe la reacción:		
<input type="checkbox"/> Otro: (favor de indicar)		
Describe reacción:		

Explique las inquietudes sobre la salud con un asterisco (*): _____

Equipos/procedimientos/arreglos especiales: _____

Previas hospitalizaciones: Sí No Fecha(s): _____ Razón: _____

Medicamentos

Toma medicamento por una condición a largo plazo Sí No

Diagnóstico por el cual toma medicamento _____

Nombre y dosis de todos los medicamentos _____

¿Toma el medicamento durante el horario escolar? Sí No

Horario que toma medicamento en casa _____ y en la escuela _____

ALUMNOS QUE TOMEN CUALQUIER MEDICAMENTO EN LA ESCUELA DEBEN HACER PREVIOS ARREGLOS EN LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA

Entiendo que el personal del distrito puede compartir la información proporcionada en este informe con los miembros apropiados del equipo educativo para utilizarla en cumplir las necesidades de salud y educativas del alumno. Esto se hará solamente cuando sea necesario y en una manera confidencial. Entiendo que si no permito que se comparta esta información, debo solicitarlo por escrito y presentarlo a la Enfermera del Distrito en el Centro de Educación del Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley. Autorizo que el Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley someta la información al proveedor de facturación de la Agencia Educativa Local (LEA, por sus siglas en inglés) respecto a los servicios escolares de salud que fueron proveídos a mi niño para el motivo de recibir reembolso federal. Este reembolso ayuda a sufragar el costo por proveer estos servicios de salud. Toda información se mantiene confidencial.

Firma de Padre de familia/Tutor legal _____ Relación al alumno _____ Fecha _____



Estimado Padre de familia/Tutor legal:

La seguridad y bienestar de su niño son nuestras primeras prioridades. Para garantizar la seguridad de su niño en la cafetería, pedimos que nos informe sobre alguna alergia que tenga su niño.

Ahora servimos sándwiches integrales con crema de cacahuate y mermelada envueltos individualmente como una proteína vegetariana en las opciones del almuerzo.

Queremos asegurarles que tenemos establecidas muchas salvaguardias en todas las escuelas del Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley para prevenir alguna reacción alérgica:

- Los sándwiches están envueltos individualmente y marcados con fin de reducir los riesgos de los alimentos y prevenir que tengan contacto con otros alimentos.
- Un rótulo grande con imágenes de cacahuates y el paquete estará puesto enfrente de los sándwiches empaquetados.
- Habrá una luz de alerta en la computadora de la cafetería cuando se escanee una tarjeta de almuerzo de un niño que tiene alergias de algún alimento. Esto alertará a la cajera que pare y vea el platillo del niño.

Usted puede ayudar al Departamento de Nutrición de Niños al proporcionar la siguiente información sobre las alergias y entréguela en la cafetería de la escuela de su niño. Por favor recuerde llenar el formulario de Registro de Salud en la oficina de la escuela de su niño si aún no lo ha hecho.

Si tiene alguna pregunta o inquietudes, favor de llamarme al (619) 668-5764.

Atentamente,

Jill Whittenberg
Directora del Depto. de Nutrición de Niños

✍

INFORMACIÓN DE ALERGIAS
—DEVUELVA ESTA SECCIÓN DE LA HOJA EN LA CAFETERÍA DE LA ESCUELA DE SU NIÑO—

Nombre de alumno: _____

Escuela: _____

Nombre de maestro: _____

Favor de escribir a continuación todas las alergias:

Firma de Padre de familia/Tutor legal

Fecha

DERECHOS PERSONALES**Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

7575 Metropolitan Dr Ste 110

CIUDAD

San Diego, CA

CÓDIGO POSTAL

92108

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(619) 767-2200

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

La Mesa-Spring Valley State Funded Preschool

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

4750 Date Ave La Mesa, CA 91942

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 7575 Metropolitan Dr Ste 110 San Diego, CA 9210

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (619) 767-2200

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

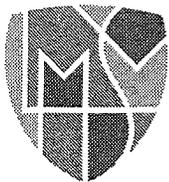
La Mesa-Spring Valley State Funded Preschool
Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal Información de la Familia

Nombre del niño (a) _____

Idioma principal: _____

Hermanos(as): (Otros niños en la familia)

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento

¿Existen algunos problemas de salud o problemas de aprendizaje que parecen correr en la familia?

Lado Materno	Lado Paterno

¿Tuvo usted algún problema de salud cuando estaba embarazada con este niño(a)? _____

¿Alcohol, drogas, y(o) tabaco? _____

¿Estaba usted bajo el cuidado médico? _____

¿Nació este bebé temprano (prematuro)? _____

¿Hubo algo insólito en el parto y dando luz? _____



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal Encuesta de Interés de Padres de Familia

Reuniones de padres son una parte requerida de nuestro programa. Por favor ayúdenos a hacer la junta de los padres de familia valiosa para usted.

Por favor marque su interés por cada tema.

	Interesado	No Interesado
1. Edades y etapas de desarrollo infantil		
2. Fomentar el auto estima		
3. Oportunidades profesionales/educativas para padres		
4. Cómo aprenden los niños		
5. Mantener a los niños seguros y saludables		
6. Preparación para el Jardín de Niños		
7. Disciplina Positiva		
8. Desarrollo del habla y lenguaje		
9. Manejo del estrés		
10. Ser voluntarios en el salón		

Por favor anote cualquier otra área sobre la cual le gustaría saber más: _____

Se cuenta con la participación de los padres en el salón de clases por lo menos dos días al mes, y que asistan a todas las reuniones de los padres de familia.

Además de los dos días, marque otros modos que le gustaría participar en el programa:

	Demostrando destreza en música, baile, arte, etc.
	Preparar los materiales para el aula
	Trabajo de oficina
	Hacer pequeñas reparaciones a los muebles y equipo de los niños
	Participando en el comité consejero de los padres

Otros modos de participación: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Nombre del estudiante

Nombre de la escuela



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal
Cuestionario de intereses familiares

Nombre del niño (a) _____ Nombre de padres/tutores: _____

Dirección : _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Meta personal o familiar en la que nuestro programa le pueda ayudar:

Two horizontal lines for writing the family goal.

Áreas de interés: ¿Quisiera información o ayuda en cualquiera de las siguientes áreas?

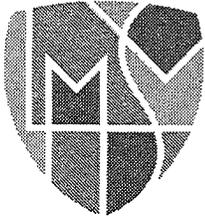
Table with 2 columns and 12 rows listing various areas of interest such as Vivienda, Asistencia con Energía, Salud Medica, Empleo, and Educación, each with checkboxes for 'Niño' and 'Adulto'.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Para Uso de Oficina Solamente

Community Resource Information Provided on _____ Date _____ Initials _____



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal Elegibilidad de CHDP

Nombre del Alumno: _____

Los niños/ as que asisten a programas preescolares fundados por el estado deben completar un examen físico. La exanimación se puede proporcionar gratis para la familia.

Por favor conteste las preguntas que siguen para ayudar a determinar como nosotros podemos satisfacer este requisito. Escoja una de las siguientes:

¿Este niño(a) tiene MediCal?	Si	No
¿Este niño/a es elegible para una exanimación de salud por seguro?	Si	No
¿Está su familia sin seguro de salud	Si	No

Si usted no tiene seguro de salud, ¿cuántos miembros hay en su familia?

_____ Adultos _____ Niños

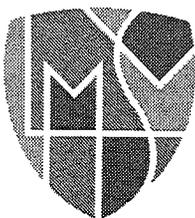
¿Cuánto es su ingreso en bruto mensualmente? : \$ _____

Escoja uno de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	Yo llevaré a mi hijo(a) al proveedor regular de MediCal para completar un examen físico.
<input type="checkbox"/>	Yo llevaré a mi hijo(a) a mi médico personal o a mi clínica para completar un examen físico.
<input type="checkbox"/>	Yo necesitaré ayuda para localizar a un proveedor de MediCal.

Firma: _____

Fecha: _____



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal

Compromiso De Participación De Padres

Queridos Padres:

El programa estatal preescolar **requiere** la participación de los padres en el salón de sus hijos por lo menos **dos (2) días al mes**. Niños pequeños no pueden acompañar al padre en días de participación.

Por favor indique abajo los días que son más convenientes para usted. Nosotros trataremos de programar su visita al salón en esos días.

Si usted no indica los días, la maestra los programara según lo necesite dos (2) días al mes. Un calendario será enviado a casa mensualmente como recordatorio.

Sera conveniente para mí: *(Marque con un círculo el día adecuado)*

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
-------	--------	-----------	--------	---------

Comentarios: _____

Entiendo que los días que deje de participar deberán ser repuestos dentro de 30 días. Es mi responsabilidad de hacer el esfuerzo de encontrar un sustituto/a si no me es posible atender a clase en el día indicado.

Firma del Padre / Madre / Tutor

Fecha

Nombre del estudiante



Nombre _____

Escuela _____

PERMISO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE LA VISION / AUDICION

El personal de UCSD estará investigando el estado de la vista y el estado de la audición de su niño/a en su escuela. Estaremos utilizando una cámara de mano llamada auto-refractor y para evaluar la audición utilizaran un OAE ambos no son invasivos y especiales para los niños. Esta investigación nos pondrá avisar sobre problemas graves de visión así como una necesidad de usar lentes. La investigación tomará sólo unos minutos y se realizara en el salón de clase. Usted será notificado de los resultados.

Si usted desea que su niño sea incluido en esta investigación, por favor firmar abajo.

.....

Yo deseo que mi hijo/a _____ participe en los estudios de visión y audición.
(Nombre de estudiante)

Firma de padres o tutor

Fecha

Si tiene preguntas por favor hablar con
Iliana Molina al (858) 822 2585

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

FECHAS	FECHAS	FECHAS	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Paperas		

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

RUTINA DIARIA *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*

PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____
--	--	---

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?
--	--

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUÉ ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*
--	--

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____ SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar Estatal Declaración Propia De Ingresos

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ Nombre de padre/madre/guardián verifico que la cantidad total de ingreso (bruto) que gané en el mes de _____, _____ (año) fue de \$ _____

Me pagan este sueldo por medio de _____. El tipo de trabajo que realizo es: _____

Empleador / Compañía	Dirección	Número de Teléfono

Declaración de Padre/Madre o Tutor: _____

¿Recibe usted asistencia monetaria? () Si () No

Si usted recibe asistencia monetaria, deberá proveer el **Aviso de Acción** de su asistencia monetaria del siguiente mes.

Otras Fuentes de Ingreso		Cantidad Mensual
Tiempo Extra(overtime)/Propinas	Si / No	\$
Comisión / Bonos	Si / No	\$
Intereses de ahorros	Si / No	\$
Asistencia Pública, TANF	Si / No	\$
Desempleo	Si / No	\$
Incapacidad (disability)	Si / No	\$
Compensación del Trabajador	Si / No	\$
Pensión Matrimonial	Si / No	\$
Manutención de Niños	Si / No	\$
Pensión	Si / No	\$
Otro ingreso (no incluya estampillas de comida)	Si / No	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información acerca de mi ingreso podría ser examinada por representantes del Estado de California, del Gobierno Federal, por auditores independientes o por otras organizaciones según se requiera para la administración de este programa.

Firma de Padre/Madre o Tutor

Fecha



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar Estatal Declaración Propia De Ingresos

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ verifico que la cantidad total de ingreso (bruto) que
Nombre de padre/madre/guardián
gané en el mes de _____, _____ fue de \$ _____
(año)

Me pagan este sueldo por medio de _____. El tipo de trabajo que realizo es: _____

Empleador / Compañía	Dirección	Número de Teléfono

Declaración de Padre/Madre o Tutor: _____

¿Recibe usted asistencia monetaria? () Si () No

Si usted recibe asistencia monetaria, deberá proveer el **Aviso de Acción** de su asistencia monetaria del siguiente mes.

Otras Fuentes de Ingreso		Cantidad Mensual
Tiempo Extra(overtime)/Propinas	Si / No	\$
Comisión / Bonos	Si / No	\$
Intereses de ahorros	Si / No	\$
Asistencia Pública, TANF	Si / No	\$
Desempleo	Si / No	\$
Incapacidad (disability)	Si / No	\$
Compensación del Trabajador	Si / No	\$
Pensión Matrimonial	Si / No	\$
Manutención de Niños	Si / No	\$
Pensión	Si / No	\$
Otro ingreso (no incluya estampillas de comida)	Si / No	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información acerca de mi ingreso podría ser examinada por representantes del Estado de California, del Gobierno Federal, por auditores independientes o por otras organizaciones según se requiera para la administración de este programa.

Firma de Padre/Madre o Tutor

Fecha

Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

Al recibir **exámenes de salud** regularmente se pueden prevenir, detectar, y tratar muchos problemas de salud antes de que sean serios. Por esta razón California tiene una ley que requiere que todos los niños deben recibir un examen de salud **18 meses antes de ingresar al primer grado o hasta 90 días después de haber iniciado el primer grado**. Su hijo/a debe tener ciertas vacunas para ingresar a la escuela. Su médico podrá revisar la tarjeta amarilla de vacunación y ver que vacunas necesita durante el examen de salud. Su médico llenará esta forma. Usted deberá entregar esta forma completa a la escuela de su hijo/a.

Si a usted no le es posible pagar el examen, por favor llame al unidad de servicios de salud Infantil, Maternal, y Familiar en el Condado de San Diego (MCFHS, por sus siglas en Ingles) para ver si su hijo/a califica para un examen físico sin costo. MCFHS tambien le puede dar información de seguro médico y dental.

619-692-8808

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN (PARENT OR GUARDIAN)				
Apellido del niño/a:		Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)			Escuela	
Domicilio de casa-Número, Calle		Ciudad		Zona Postal
<input type="checkbox"/> Yo solicito que el proveedor medico complete la Parte II solamente.				
LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
Tests and Evaluations (Pruebas y evaluaciones)			Date of Exam (Fecha de Examen)	MEDICAL PROVIDER INFORMATION (Información de Proveedor Médico)
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____ %		
Health/Development History (Historial Médico/ Historial de Desarrollo)			Name, Address, and Telephone Number:	
Physical Examination (Examen Físico)				
Nutritional Evaluation (Evaluación de Nutrición)				
Vision Screening (Examen de la Vista)				
Audiometric Screening (Examen Audiométrico)				
Blood Test for Anemia (Análisis de Sangre para Anemia)				
Oral Health Screening (Evaluación de salud oral)				
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test (Prueba de Tuberculina)			Signature of Medical Professional / Date	
DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA AMARILLA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA COMPLETA?)				
LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR (MEDICAL PROVIDER)				
Otra información de salud (opcional): Para el bienestar del niño/a, y con el permiso del padre/la madre/el tutor, se recomienda que cualquier tipo de información importante de salud sea compartida con la escuela. <i>Por favor contacte a la enfermera escolar si el niño/a necesita ayuda con sus medicamentos en la escuela.</i>				
<input type="checkbox"/> El padre/la madre/el tutor pide que no se llene la parte III. <input type="checkbox"/> La examinación no reveló condiciones de importancia para la escuela o la actividad física. <input type="checkbox"/> Las condiciones que necesitan una evaluación más profunda o que puede afectar la escuela o actividad física son (por favor explique abajo).				
FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD (WAIVER OF EXAMINATION)				
Nota: Su hijo/a debe recibir las vacunas requeridas por la ley Estatal, aunque no reciba el examen médico. He sido informado acerca del examen médico recomendado por los profesionales de salud y que es requerido por la ley Estatal. También he sido informado en cómo mi hijo/a puede ser elegible para recibir un examen médico sin costo. <input type="checkbox"/> No deseo que mi hijo/a reciba un examen médico <input type="checkbox"/> Si deseo que mi hijo/a reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque _____				
Firma del padre/la madre/el tutor			Fecha	

County of San Diego, Health and Human Services Agency, 3851 Rosecrans St., Ste. 522, San Diego, CA 92110

Para mas informacion, por favor llame, (619) 692-8808



**LIVE WELL
SAN DIEGO**

Child Health and Disability Prevention Program

MCFHS - 77ES 11/2016

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

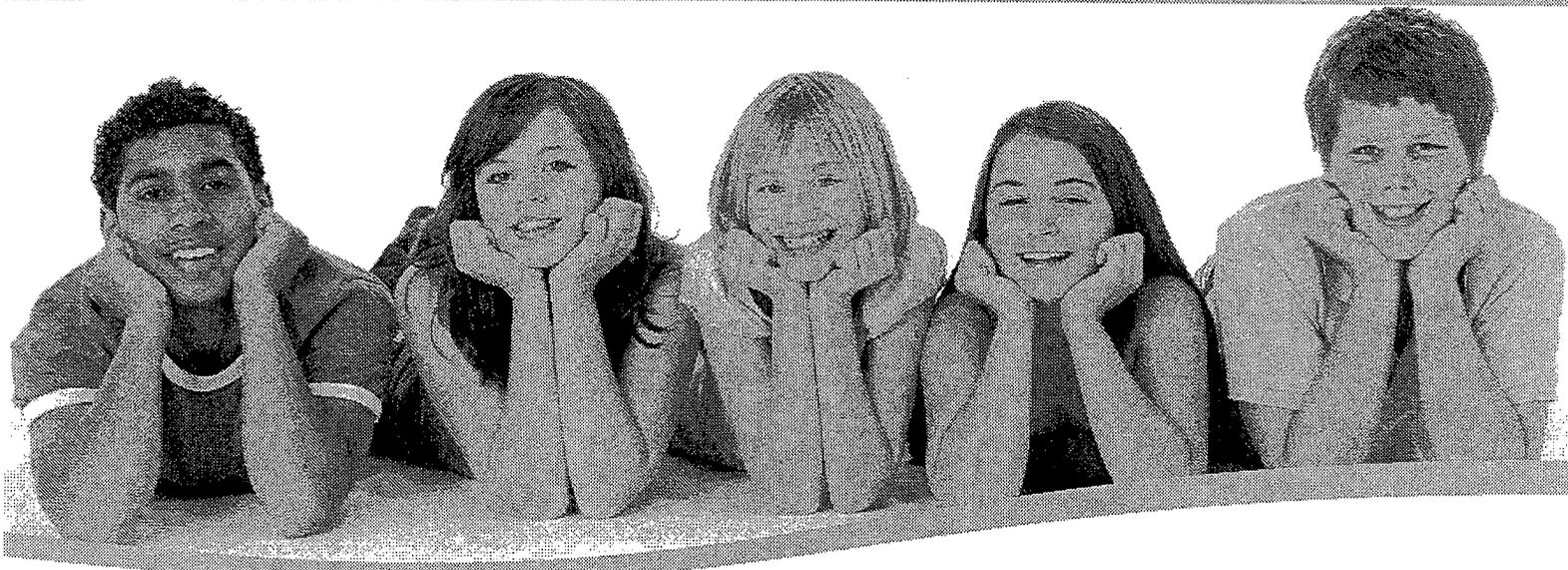
La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://cclld.ca.gov/contact.htm>

Programa de Salud para la Prevención de Discapacidades en Niños y Jóvenes (CHDP)



¿Está su Hijo Saludable?

Chequeos regulares y cuidados para la salud son importantes.

Su niño puede recibir un chequeo físico sin costo por medio del Programa de Salud para la Prevención de Discapacidades en niños y jóvenes (CHDP) si su hijo(a):

- Es menor de 21 años de edad y tiene Medi-Cal
- Es menor de 19 años de edad y su familia es de bajos ingresos
- Asiste al Programa de "Head Start" o preescolar del estado
- Está bajo cuidado de crianza temporal

¿Cómo obtener un chequeo físico con el Programa CHDP?

- Llame al 1-800-675-2229 para encontrar a un doctor o clínica cerca de usted que participe en el Programa CHDP. Si ya tiene un médico, pregúntele si proporcionan chequeos de salud por medio del Programa CHDP
- Llame al consultorio médico o clínica y pida una cita para un chequeo de salud con el Programa CHDP. Usted necesitará llenar un formulario cuando llegue a la oficina

Antes de su cita:

- Haga una lista de preguntas que tenga sobre la salud de su hijo(a)
- Si su hijo(a) tiene Medi-Cal, traiga la tarjeta al igual que las formas que necesiten ser llenadas para la escuela y la cartilla de vacunación

¿Por qué su hijo(a) debe tener chequeos físicos regulares?

- Para detectar a tiempo problemas de salud, dentales, de comportamiento y salud mental
- Para obtener las vacunas necesarias
- Para hacerle preguntas a su doctor

Un chequeo de salud incluye:

- Examen físico
- Historial de salud y desarrollo del niño(a)
- Vacunas necesarias
- Exámenes de nutrición, comportamiento, visión, audición, y salud dental
- Pruebas de laboratorio para anemia, plomo tuberculosis y otras, si es necesario
- Información de la salud
- Se dan referencia si es necesario



CHDP

Child Health and Disability
Prevention Program
County of San Diego

a program of County of San Diego H&SA

**LIVE WELL
SAN DIEGO**

Para más información llame al 1-800-675-2229

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services
3851 Rosecrans Street, Suite 522, San Diego, CA 92110-3115

Información Acerca de la Prueba de Tuberculina Intradérmica

Su participación en el salón de clase preescolar es una parte vital para nuestro programa de preescolar. Se requiere que todos los adultos que trabajan con niños en el salón de clase se hagan la prueba de tuberculina intradérmica (TB, por sus siglas en inglés).

DOS citas son necesarias para la prueba de tuberculina intradérmica —La primera para la aplicación de la prueba la segunda para obtener los resultados. Los padres de familia deben proporcionar una copia de los resultados de la prueba de tuberculina intradérmica a la oficina de preescolar o a la maestra.

Las pruebas de tuberculina intradérmica y radiografías de pecho se pueden obtener con su doctor primario o en los siguientes locales:

Local	Teléfono	Horarios
<u>County Health Department</u> 3851 Rosecrans Street San Diego, CA 92110	(619) 692-8600	<p style="text-align: center;"><u>Aplicación de prueba de TB</u></p> <p>Lunes, Miércoles, Jueves y Viernes 7:30-12:00 1:00 – 4:30</p> <p>Martes 9:00-12:00 / 1:00-4:30 1er Martes del mes 10:00-12:00 / 1:00- 4:30</p> <p style="text-align: center;"><u>Radiografías</u></p> <p>Lunes - Viernes 7:30-12:00 1:00-4:30</p>

La clínica de Tuberculosis estará cerrada en los días festivos del condado. No se harán pruebas de tuberculosis los días jueves. Si se requiere una prueba de la tuberculosis para empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor. La prueba de tuberculina solo será dada si hay factores de riesgo, su costo es \$3.36
Radiografía - \$17.30. Se recomienda hacer cita previa. Para la radiografía necesita comprobante de la prueba de TB positiva leída en milímetros. Si se requiere una radiografía para su empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor.

Local	Teléfono	Horarios
<u>Central Region Public Health Center</u> 5202 University Avenue San Diego, CA 92105	(619) 229-5400	<p style="text-align: center;"><u>Aplicación de prueba de TB</u></p> <p>Lunes y Miércoles 8:30-11:00 1:00-4:00</p> <p style="text-align: center;"><u>Radiografías</u></p> <p>1er y 3er Miércoles de cada mes, por cita previa solamente.</p>

La clínica de Tuberculosis estará cerrada en los días festivos del condado. No se harán pruebas de tuberculosis los días jueves. Si se requiere una prueba de la tuberculosis para empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor. La prueba de tuberculina solo será dada si hay factores de riesgo su costo es \$3.36
Radiografía - \$17.30. Se recomienda hacer cita previa. Para la radiografía necesita comprobante de la prueba de TB positiva leída en milímetros. Si se requiere una radiografía para su empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor.

Local	Teléfono	Horarios
<u>East Region Public Health</u> 367 N. Magnolia Ave, Suite 101 El Cajón, CA 92020	(619) 441-6500	<p style="text-align: center;"><u>Aplicación de prueba de TB</u></p> <p>Lunes, Martes, Miércoles y Viernes 7:30 AM –12:00 1:00 PM – 4:30</p> <p style="text-align: center;"><u>Radiografías</u></p> <p>2^{do} miércoles de cada mes, se necesita cita previa. Sujeto a cambios</p>

La clínica de Tuberculosis estará cerrada en los días festivos del condado. No se harán pruebas de tuberculosis los días jueves. Si se requiere una prueba de la tuberculosis para empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor. La prueba de tuberculina solo será dada si hay factores de riesgo, su costo es \$3.36
Radiografía - \$17.30. Se recomienda hacer cita previa. Para la radiografía necesita comprobante de la prueba de TB positiva leída en milímetros. Si se requiere una radiografía para su empleo, las personas con seguro de salud tendrán que acudir a su proveedor.

Local	Teléfono	Horarios
<u>Family Health Centers of San Diego</u> Grossmont Spring Valley Clinic 8788 Jamacha Road Spring Valley, CA 91977-4035	(619)515-2555	<p style="text-align: center;"><u>Aplicación de prueba de TB</u></p> <p>Lunes, Miércoles y Viernes 8:30 -10:00 1:30 – 3:00 Martes 8:30 – 7:00</p>

Se prefiere se haga cita previa pero se aceptan las personas sin citas.
 La prueba de tuberculina intradérmica cuesta \$19.33 - \$35.00 (las tarifas se basan según la capacidad de pagar)
 La radiografía de pecho, si es requerida será referida después de un pago de \$35.00.