

## 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. 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 agregarlos en una lista de intereses en caso de que tengamos vacantes. Los estudiantes deben estar entrenados para ir al baño.

### Pautas de ingresos para Programas de cuidado y desarrollo infantil

Tamaño de Familia	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Anual
1-2	\$5,540	\$66,479
3	\$6,157	\$73,885
4	\$7,069	\$84,822
5	\$8,199	\$98,393
6	\$9,330	\$111,965
7	\$9,542	\$114,509
8	\$9,755	\$117,054
9	\$9,967	\$119,598
10	\$10,179	\$122,143
11	\$10,391	\$124,687
12	\$10,603	\$127,232

### **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 de 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. Las familias serán atendidas sólo con cita previa. 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**     Género no binario     Masculino     Femenino    Grado \_\_\_\_\_

Apellido (Legal) \_\_\_\_\_ Nombre de pila (Legal) \_\_\_\_\_ Segundo nombre (Legal) \_\_\_\_\_

Apodo (si tiene alguno) \_\_\_\_\_    ¿Está el alumno en el Sistema de Acogida (Foster Care)?  Sí  No  
 ¿Es el alumno dependiente del sistema militar?  Sí  No

Domicilio (Residencia) \_\_\_\_\_ # de Depto./Unidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad Natal \_\_\_\_\_ Estado Natal/País \_\_\_\_\_ Número telefónico principal \_\_\_\_\_  Privado

**Residencia Principal del Padre de Familia/Tutor Legal** Reside con el alumno  
 Sí  No

Padre de familia     Padrastro     Tutor legal     Padre de Acogida     Otro \_\_\_\_\_

1.) \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de Pila \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor Legal Nivel de Educación**

No graduado de preparatoria (14)     Graduado de preparatoria/GED (13)     Algo de universidad (12)     Graduado universitario (11)     Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)     No Responde (15)

**Residencia Principal de Madre de Familia/Tutor Legal** Reside con el alumno  
 Sí  No

Padre de familia     Padrastro     Tutor legal     Padre de Acogida     Otro \_\_\_\_\_

2.) \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de Pila \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Madre/Tutor Legal Nivel de Educación**

No graduado de preparatoria (14)     Graduado de preparatoria/GED (13)     Algo de universidad (12)     Graduado universitario (11)     Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)     No Responde (15)

**Programa/Disciplina/Asistencia Estudiantil**

¿Ha asistido su niño al programa de Temprana Admisión a Kindergarten (EAK)?  Sí  No Año \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha asistido su niño a Programa de Kindergarten Transicional (TK)?  Sí  No Año \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa de Educación Especial?  Sí  No Año \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa PACE?  Sí  No Año \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Ha sido el alumno referido a una Audiencia de Expulsión?  Sí  No Año \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

No aplica para preescolar

**Servicios de Transporte Estudiantil de Antes/Después de Clase**

¿Toma el autobús?  Sí  No    ¿Extensión de Servicios Escolares (ESS)?  Sí  No    ¿Papás lo recogen?  Sí  No

This section is to be filled in by the school: Includes	Perm ID #	Teacher/Counselor	Enter Date	Inter (Dist)	Intra (Sch)
<input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Shots <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> 2 proofs address <input type="checkbox"/> IEP Y/N? <input type="checkbox"/> Lang Assess Y/N?					

<b>HISTORIAL ESTUDIANTIL</b>		Escuela _____ Grado _____
Apellido (Legal) _____	Nombre de Pila (Legal) _____	Segundo Nombre (Legal) _____
Fecha de nacimiento del alumno _____	Nombre de papá o mamá _____	

<b>ESCUELAS QUE HA ASISTIDO EL ALUMNO</b>						
Última escuela que asistió	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono	
¿Cuándo fue su niño inscrito en una escuela de <b>EE.UU. y/o de California</b> ?						
Escuela de EUA _____	Escuela de California _____					
mes / día / año	mes / día / año					
¿Cuál fue la última escuela de <b>California</b> donde asistió su niño? _____						
<small>Escuela y/o Distrito</small>						
¿Ha asistido su niño a una escuela de La Mesa-Spring Valley previamente? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> _____						
<small>escuela(s)                      año(s)                      grado(s)</small>						

<b>School Use Only-</b> FAX this Student History page if the answer to <u>any</u> of the 4 questions on the New Home Language Survey, (Separate Document) is not English, to the LAD (619-668-6671) Date faxed _____	ID# _____
---	-----------

**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA (documento aparte) :**  
 Si es nuevo a las escuelas de La Mesa-Spring Valley, favor de llenar la encuesta de idiomas.

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

**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](http://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> <input type="checkbox"/> Chino (2-01) <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (6) <input type="checkbox"/> Japonés (2-02) <input type="checkbox"/> Blanco (7) <input type="checkbox"/> Coreano (2-03) <input type="checkbox"/> Indígenas americanos o <input type="checkbox"/> Vietnamita (2-04)                    Nativos de Alaska (1) <input type="checkbox"/> Indoasiático (2-05) <input type="checkbox"/> Laosiano (2-06) <input type="checkbox"/> Camboyano (2-07) <input type="checkbox"/> Hmong (2-08) <input type="checkbox"/> Otro asiático (2-99) <input type="checkbox"/> Filipino (4) <p>Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico:</p> <input type="checkbox"/> Hawaiano (3-01) <input type="checkbox"/> Guamano (3-02) <input type="checkbox"/> Samoano (3-03) <input type="checkbox"/> Tahitiano (3-04) <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (3-99)	<p>¿Cuáles son las definiciones federales de las categorías de raza?</p> <p><b>“Nativoamericano o nativo de Alaska:</b> 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.</p> <p><b>Asiático:</b> 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.</p> <p><b>Negro o Afroamericano:</b> Una persona con orígenes de cualquier grupo de raza negra de África.</p> <p><b>Nativo de Hawái o Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico:</b> Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Hawái, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico.</p> <p><b>Blanco:</b> Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Europa, el Medio Este o África del Norte.”</p> <p>–De: <a href="http://www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp">www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp</a></p>
---	---

**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**

<b>INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA DEL ESTUDIANTE</b>		Escuela _____ Grado _____
Apellido (Legal)	Nombre de Pila (Legal)	Segundo Nombre (Legal)

**SEGUNDA RESIDENCIA Y/O DIRECCIÓN POSTAL PARA EL ALUMNO**  
*Llene esta sección si es necesario enviar calificaciones adicionales, etc.*

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 <input type="checkbox"/> 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><b>CONTACTO DE EMERGENCIA #1</b></p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p><b>CONTACTO DE EMERGENCIA #2</b></p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>
<p><b>CONTACTO DE EMERGENCY #3</b></p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p><b>CONTACTO DE EMERGENCIA #4</b></p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</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.**

<b>PARTE I—Verificación de Residencia</b>			
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 conmigo:			
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.			

<b>PARTE II—Declaración jurada de residencia y responsabilidad</b>				
Complete esta sección si no tiene verificación de residencia y si no alquila ni es dueño de su lugar de residencia.				
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.				

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

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
<b>Residence Verification</b> —In order to verify school area/residence, parents or guardians must provide <b>two</b> 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"> <li><input type="checkbox"/> a. Parent/guardian/s valid California Driver's License.</li> <li><input type="checkbox"/> b. Parent/guardian's Department of Motor Vehicles Personal Identification Card.</li> <li><input type="checkbox"/> c. Deed to a home or closing escrow papers.</li> <li><input type="checkbox"/> d. Copy of receipt of current San Diego County property tax bill.</li> <li><input type="checkbox"/> e. Rental agreement including registered owner and renter's signatures.</li> <li><input type="checkbox"/> f. Copies of current month's bills or installation receipts for gas, electric, cable TV, water/sewer, trash, and/or telephone.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> g. Receipt from moving company for moving household goods or receipt showing delivery of newly purchased major appliance or furniture.</li> <li><input type="checkbox"/> h. Military housing orders.</li> <li><input type="checkbox"/> i. Paystub with address.</li> <li><input type="checkbox"/> j. Voter registration.</li> <li><input type="checkbox"/> k. Correspondence from a government agency.</li> </ul>
Signature of verifying party _____	Date _____

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)

<b>INFORMACIÓN ESTUDIANTIL</b> 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?

- En un refugio
- Vivimos con otra persona o familia por pérdida de vivienda, etc.
- Vivimos en un hotel/motel
- Vivimos en: coche, RV, parque, campamento, edificio abandonado, u otra vivienda inadecuada
- Hogar de acogida
- Vive(n) solo(s) como alumno(s) menor(menores) sin ningún adulto (joven desamparado)

**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	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 \_\_\_\_\_

**SCHOOL USE ONLY:**

<p><u>School Required Actions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> COPY to site CN Lead + Fax to Child Nutrition Dept @ 668-5859</li> <li><input type="checkbox"/> Tagged in Aeries (add special program 191 and start date)</li> <li><input type="checkbox"/> ORIGINAL emailed or faxed to Liaison in SS @ Fax 668-8398</li> <li><input type="checkbox"/> COPY in cum file with other registration materials</li> </ul>	<p><u>Initials</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Contact person handling affidavit: _____</p> <p>School _____ Phone _____</p> <p><b>Additional needs family mentioned:</b></p>
---	--	--

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 estudiante no ha participado en ningún programa de educación especial.
- Mi estudiante participó en uno o más programas de educación especial o servicios en  
**Escuela(s)** \_\_\_\_\_  
**Distrito(s) Escolar** \_\_\_\_\_

**PROGRAM SERVICE RECEIVED AT OTHER SCHOOL DISTRICTS**

	<b>Año/Grado</b>	<b>Nombre de Maestro</b>	<b>Tipo de clase/Servicio</b>
<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)

<b>Información adicional</b>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
------------------------------	---

\_\_\_\_\_  
 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](http://www.coveredca.com) o llame al [800-300-1506](tel:800-300-1506) (inglés) o al [800-300-0213](tel:800-300-0213) (español)

Favor de indicar el diagnóstico actual/significante previo historial:

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

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

Diagnosis por la 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 cacahuete 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**



# LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

## HOME LANGUAGE SURVEY/ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Only to be completed for students **new** to La Mesa-Spring Valley Schools  
Sólo se llena para los alumnos que son **nuevos** en las escuelas de La Mesa-Spring Valley

### STUDENT INFORMATION/INFORMACION ESTUDIANTIL

Last Name (Legal) <i>Apellido (Legal)</i>	First Name (Legal) <i>Nombre de Pila (Legal)</i>	Middle Name (Legal) <i>Segundo Nombre (Legal)</i>
Date of Birth _____ <i>Fecha de nacimiento del alumno</i>	Grade _____ <i>Grado</i>	School _____ <i>Escuela</i>

#### **Please Read: Directions for Parents and Guardians:**

The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

#### **Favor de Leer: 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.*

- Which language did your child learn when he/she first began to talk? \_\_\_\_\_  
*¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?*
- Which language does your child **most frequently** speak at home? \_\_\_\_\_  
*¿Qué idioma habla su hijo en casa con **más frecuencia**?*
- Which language do you (the parents or guardians) **most frequently** use when speaking with your child?  
*¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con **más frecuencia** cuando hablan con su hijo?*
- Which language is **most often spoken** by adults in the home (parents, guardians, grandparents, or any other adults)?  
*¿Qué idioma se habla con **más frecuencia** entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?*

Please sign and date this form in the spaces provided below. Thank you for your cooperation.  
*Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado. Muchas gracias por su cooperación.*

Signature of Parent or Guardian/ <i>Firma del padre/madre o tutor</i>	Date / <i>Fecha</i>
---	---------------------

#### FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY (SÓLO USO DE OFICINA)

SCHOOL \_\_\_\_\_ LMSVS STUDENT ID \_\_\_\_\_ DATE FAXED \_\_\_\_\_

If the answer to **any** of the 4 questions on the Home Language Survey is **not English**, FAX this page along with the **Student History** page to the Language Assessment Department (LAD)/Learning Support (619-668-6671)

## 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](http://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](http://www.meganslaw.ca.gov)**

## HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE 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*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
_____ MESES	_____ MESES	_____ MESES

**ENFERMEDADES PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:**

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días ( <i>Rubeola</i> )	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días ( <i>Rubella</i> )	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

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

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA 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	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

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

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

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

---

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

---

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

---

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

---

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

---

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

---

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	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

\_\_\_\_\_ / State Preschool Program \_\_\_\_\_ 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

## **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? \_\_\_\_\_



**Preescolar Estatal  
Cuestionario de intereses familiares**

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_ Nombre de padres/tutores: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

	Vivienda		Ropa
	Asistencia con Energía		Cuidado de sus hijos
	Asistencia Legal		Comida
	Salud Medica ( ) Niño ( ) Adulto		Salud Dental ( ) Niño ( ) Adulto
	Salud mental/preocupaciones familiares ( ) Niño ( ) Adulto		Preocupaciones de nutrición ( ) Niño ( ) Adulto
	Empleo ( ) Búsqueda de empleo ( ) Empleo ( ) Avanzar en su carrera		Educación ( ) GED ( ) Vacacional Training ( ) Clases de ingles ( ) Clases de colegio
	Información para padres		Información de recreación
	Recursos familiares		Información de grupos de apoyo
	Información acerca de la comunidad:		
	Áreas de interés para presentaciones en las juntas de padres de familia:		
	Otra información:		

\_\_\_\_\_  
**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 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



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 utilizarán 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 realizará 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



# 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 \$ \_\_\_\_\_

Me pagan este sueldo por medio de \_\_\_\_\_. El tipo de trabajo que realizo es: \_\_\_\_\_  
(año)

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 ( <i>PARENT OR GUARDIAN</i> )				
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 <b>Parte II solamente</b> .				
LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR ( <i>MEDICAL PROVIDER</i> )				
Tests and Evaluations ( <i>Pruebas y evaluaciones</i> )			Date of Exam ( <i>Fecha de Examen</i> )	MEDICAL PROVIDER INFORMATION ( <i>Información de Proveedor Médico</i> )
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____ %		
Health/Development History ( <i>Historial Médico/ Historial de Desarrollo</i> )			Name, Address, and Telephone Number:	
Physical Examination ( <i>Examen Físico</i> )				
Nutritional Evaluation ( <i>Evaluación de Nutrición</i> )				
Vision Screening ( <i>Examen de la Vista</i> )				
Audiometric Screening ( <i>Examen Audiométrico</i> )				
Blood Test for Anemia ( <i>Análisis de Sangre para Anemia</i> )				
Oral Health Screening ( <i>Evaluación de salud oral</i> )				
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test ( <i>Prueba de Tuberculina</i> )			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 ( <i>MEDICAL PROVIDER</i> )				
<b>Otra información de salud (opcional):</b> 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 ( <i>WAIVER OF EXAMINATION</i> )				
<b>Nota:</b> 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 requerido por la ley estatal de salud 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"/> <b>No deseo</b> que mi hijo/a reciba un examen médico <input type="checkbox"/> <b>Quisiera</b> que mi hijo/a recibiera 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



# 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://cclid.ca.gov/contact.htm>