



Gracias por su interés en el programa preescolar de las Escuelas de La Mesa-Spring Valley. Asistir al preescolar antes de kindergarten les brinda a los alumnos una gran ventaja. Ofrecemos un programa preescolar equilibrado que apoya a todos los niños para lograr el éxito social, emocional y académico.

Las Escuelas de La Mesa-Spring Valley ofrecen oportunidades preescolares de medio día (8:30 a. m. a 11:30 a. m.) para niños de 3 y 4 años de edad en los programas Preescolar Estatal (familias que califican) y *SmartSteps* (basado en tarifas). Se da prioridad a los residentes de La Mesa-Spring Valley y de acuerdo con las pautas estatales. Si su menor tiene un Plan de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) actual y su familia está por encima de las pautas de ingresos, puede presentar una solicitud. Los niños deben saber ir al baño independientemente.

Preescolar financiado por el estado

El Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley ofrece el preescolar financiado por el estado en las escuelas primarias. El preescolar financiado por el estado es gratuito para las familias que califican. Los niños son inscritos según los ingresos y otros criterios de elegibilidad conforme a la prioridad establecida y supervisada por el estado de California. Los alumnos asisten a clase 5 días a la semana durante 3 horas al día.

Preescolar SmartSteps basado en tarifas

El Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley ofrece el programa SmartSteps, que es un programa preescolar de medio día basado en tarifas para familias que no califican para el programa preescolar financiado por el estado. Los niños pueden asistir dos o tres días a la semana pagando una tarifa en la escuela primaria Fletcher Hills Elementary. Los niños también pueden ser inscritos cinco días a la semana en todas las ubicaciones preescolares estatales. Una cuota de inscripción es requerida y no es reembolsable.

Documentos de inscripción requeridos para el preescolar estatal y SmartSteps

1. Formularios de inscripción estudiantil completados
2. Acta de nacimiento para inscribir al niño
3. Registro de vacunas: se deben realizar todas las vacunas para inscribirse
4. Examen físico: a más tardar tres semanas después del primer día de asistencia

Documentos de inscripción adicionales requeridos para el preescolar estatal

1. Actas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años de la familia
2. Autodeclaración de ingresos de los adultos incluidos en el tamaño de la familia
3. Comprobante reciente de residencia (2) a nombre del padre/tutor legal.
Licencia de conducir de California o tarjeta de identificación personal del Departamento de Vehículos, factura de impuestos sobre la propiedad del condado de San Diego, contrato de alquiler, facturas de servicios públicos: gas/electricidad, agua, basura o alcantarillado, órdenes militares de vivienda, correspondencia de una agencia gubernamental. Si vive en una casa que no es la suya, pídale a la persona con la que vive que le proporcione una carta que indique que su familia actualmente reside en su casa. Pídale que incluya la cantidad que usted pagó de renta recientemente o si no está pagando ninguna renta en este momento. La carta debe incluir la fecha, el nombre y la firma de la persona que escribe la carta. También debe proporcionarle un comprobante del domicilio actual que esté a su nombre conforme a la lista mencionada anteriormente.
4. Comprobante de ingresos actual
Registros de pago del mes actual para cada adulto en el hogar, incluidos los ingresos del seguro social, beneficios de desempleo, CalWorks, CalFresh, comprobante de manutención infantil, si corresponde.

Una vez que la familia haya completado la solicitud de preescolar y tenga toda la documentación necesaria, llame al **619-771-6082** para programar una cita. Las familias serán atendidas sólo con cita previa.

Early Childhood Education Office

4811 Glen Street,
La Mesa, CA 91941



Preferencias de Inscripción de Estudiante

Nombre del Estudiante: _____

La Mesa-Spring Valley ofrece oportunidades preescolares de medio día para niños de 3 y 4 años. Consulte la sección de documentos de inscripción requeridos y complete esta página con las preferencias de inscripción. Los niños deben poder ir al baño de forma independiente en su primer día de clases.

Programa Preescolar Financiado Por El Estado

Ubicación de la escuela / Marque uno	
<input type="checkbox"/> Avondale	<input type="checkbox"/> La Presa
<input type="checkbox"/> Bancroft	<input type="checkbox"/> Maryland Ave
<input type="checkbox"/> Kempton	<input type="checkbox"/> Rancho
<input type="checkbox"/> La Mesa Dale	<input type="checkbox"/> Sweetwater Springs

El preescolar financiado por el estado es gratuito para las familias que califican. Los niños se inscriben según los ingresos y otros criterios de elegibilidad según la prioridad establecida y supervisada por el Estado de California. Los estudiantes asisten a clase 5 días a la semana durante tres horas al día.

Programa Preescolar SmartSteps

Marque uno	Ubicación de la escuela
<input type="checkbox"/> 2 días Martes / Jueves - 8:30-11:30 \$60.00 Por semana	<input type="checkbox"/> Fletcher Hills
<input type="checkbox"/> 3 días Lunes / Miércoles / Viernes - 8:30-11:30 \$80.00 Por semana	
<p>Estoy consciente de que la cuota de inscripción de \$70.00 por niño es obligatoria y no reembolsable.</p> <p>No se garantiza un espacio en el programa hasta que se confirme su tarifa de registro con nuestro departamento de facturación</p> <p>* Los precios están sujetos a cambios.</p>	

Una vez que las familias hayan completado la solicitud de preescolar y tengan toda la documentación necesaria, llame al 619-771-6082 para programar una cita. Las familias serán atendidas solo con cita previa.

Early Childhood Education Office

4811 Glen Street,
La Mesa, CA 91941



La Mesa-Spring Valley Schools

INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL DE PREESCOLAR

Escuela _____

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL		<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Niña	Grado _____	
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
		¿Es el alumno dependiente del sistema militar?		<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						Reside con el alumno <input type="checkbox"/> Sí <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/GED (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						Reside con el alumno <input type="checkbox"/> Sí <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					
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/GED (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	
¿Ha asistido su niño al programa de preescolar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año _____ Escuela _____
¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa de Educación Especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año _____ Escuela _____

HISTORIAL ESTUDIANTIL

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 Escuela de California

mes / día / año

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)

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

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*)

Asiático:

- Chino (2-01)
 Japonés (2-02)
 Coreano (2-03)
 Vietnamita (2-04)
 Indoasiático (2-05)
 Laosiano (2-06)
 Camboyano (2-07)
 Hmong (2-08)
 Otro asiático (2-99)
 Filipino (4)

- Negro o Afroamericano (6)
 Blanco (7)
 Indígenas americanos o Nativos de Alaska (1)

Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico:

- Hawaiano (3-01)
 Guamano (3-02)
 Samoano (3-03)
 Tahitiano (3-04)
 Otros isleños del Pacífico (3-99)

¿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 SUPLEMENTARIA DEL ESTUDIANTE

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.* 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 <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.

NOMBRES DE PERSONAS AUTHORIZADAS PARA LLEVARSE AL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA- No se permitirá que los niños se vayan con ninguna otra persona sin la autorización por escrito de los padres o representante autorizado.

CONTACTO AUTORIZADO #1

Nombre de Pila	Apellido	
Domicilio	Ciudad	Estado
Teléfono de casa	Relación al alumno	
Teléfono de empleo	Celular	

CONTACTO AUTORIZADO #2

Nombre de Pila	Apellido	
Domicilio	Ciudad	Estado
Teléfono de casa	Relación al alumno	
Teléfono de empleo	Celular	

CONTACTO AUTORIZADO #3

Nombre de Pila	Apellido	
Domicilio	Ciudad	Estado
Teléfono de casa	Relación al alumno	
Teléfono de empleo	Celular	

CONTACTO AUTORIZADO #4

Nombre de Pila	Apellido	
Domicilio	Ciudad	Estado
Teléfono de casa	Relación al alumno	
Teléfono de empleo	Celular	

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

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ALUMNO

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"/> SI <input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <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 REGISTRO DE SALUD

Nombre legal del alumno: Apellido _____ Nombre de Pila: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 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](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
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 cardiacos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones/limitaciones de actividades*	<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"/>
Diagnosis 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)		
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

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

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

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA TRANSICIONAL	
Escuela _____ Fecha: _____	
<input type="checkbox"/> Tengo residencia permanente (sáltese hasta la parte inferior y firme y feche este formulario.)	
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)	

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

SCHOOL USE ONLY:	
School Required Actions <input type="checkbox"/> Tagged in Aeries (add special program 191 and start date) <input type="checkbox"/> ORIGINAL emailed or faxed to Liaison in SS @ Fax 668-8398 <input type="checkbox"/> COPY in cum file with other registration materials	Initials _____ _____ _____ Contact person handling affidavit: _____ School _____ Phone _____ Additional needs family mentioned:



ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR PARA PREESCOLAR

Para Uso De Preescolar Solamente

INFORMACION ESTUDIANTIL

Apellido (Legal)

Nombre de Pila (Legal)

Segundo Nombre (Legal)

Fecha de nacimiento _____

Nombre de padre/madre o tutor

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?

2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?

3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?

4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado. Muchas gracias por su cooperación.

(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha)



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar 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

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

Fecha



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar 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

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

Fecha



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar 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?

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

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Para Uso de Oficina Solamente	
Community Resource Information Provided on _____	_____
Date	Initials

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 Suite 110

CIUDAD

San Diego, CA

CÓDIGO POSTAL

92108

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(619) 757-2200

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)

Programa Preescolar La Mesa-Spring Valley Schools

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

4811 Glen St, La Mesa CA 91941

(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 92108

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.

Programa Preescolar La Mesa-Spring Valley

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

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"/> Poliomielitis	
<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

_____/Programa Preescolar-LMSV_____
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE

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

()



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

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 Parte II solamente .				
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>)				
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 (<i>WAIVER OF EXAMINATION</i>)				
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 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"/> No deseo que mi hijo/a reciba un examen médico <input type="checkbox"/> Deseo que mi hijo/a reciba el examen médico, pero me ha sido imposible obtenerlo porque _____				
_____ <i>Firma del padre/la madre/el tutor</i>				_____ <i>Fecha</i>

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

