LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS
Preschool Program

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 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 dia.

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 Maryland Ave por la tarde. 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

LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS
Preschool Program

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 (8:30-11:30 a menos que se indique diferente)	
❑ Avondale ❑ Bancroft ❑ Kempton - 8:15-11:15 ❑ La Mesa Dale	❑ La Presa ❑ Maryland Ave - 8:05-11:05 ❑ Rancho ❑ 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**
❑ 2 días Martes /Jueves $70.00 Por semana	❑ Maryland Ave clase por la tarde 11:30-2:30
❑ 3 días Lunes / Miércoles / Viernes $105.00 Por semana	
Estoy consciente de que la cuota de inscripción de $75.00 por niño es obligatoria y no reembolsable. No se garantiza un espacio en el programa hasta que se confirme su tarifa de registro con nuestro departamento de facturación * Los precios están sujetos a cambios.	

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 ☐ Niño ☐ Niña Grado _____

_____ _____ _____
Apellido (Legal) Nombre de pila (Legal) Segundo nombre (Legal)

_____ ¿Está el alumno en el Sistema de Acogida (Foster Care)? ☐ Sí ☐ No
Apodo (si tiene alguno) ¿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_____

☐ Masculino ☐ Femenino

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_____

☐ Masculino ☐ Femenino

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 Estudiantil

¿Ha asistido su niño al programa de preescolar? ☐ **Sí** ☐ **No** **Año** _____ **Escuela**_____

¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa de Educación Especial? ☐ **Sí** ☐ **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 ☐ 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.				☐ SI ☐ No
2.				☐ SI ☐ No
3.				☐ SI ☐ No
4.				☐ SI ☐ No
5.				☐ SI ☐ No
6.				☐ SI ☐ 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 (inglés) o al 800-300-0213 (español)

Favor de indicar el diagnóstico actual/significante previo historial: _____

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

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

☐ **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?

- ☐ 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)

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	Initials
❑ Tagged in Aeries (add special program 191 and start date)	____
❑ ORIGINAL emailed or faxed to Liaison in SS @ Fax 668-8398	____
❑ COPY in cum file with other registration materials	____

Contact person handling affidavit: _____

School _____ Phone _____

Additional needs family mentioned:

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	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
San Diego, CA	92108	(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)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
Programa Preescolar La Mesa-Spring Valley Schools	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

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 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
( )	( )

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
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de 10 días (*Rubeola*)	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de 3 días (*Rubella*)	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SÍ ☐ 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?* ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*

¿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? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? ☐ SÍ ☐ NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? ☐ SÍ ☐NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? ☐ SÍ ☐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

LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal
Cuestionario de intereses familiares

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

NúmeroTelefónico:_____**CorreoElectrónico:** _____

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

Eyemobile for Children

Nombre _____ Escuela_____

PERMISO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE LA VISION / AUDICION

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

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

Yo deseo que mi hijo/a_____ participe en los estudios de visión y audición.

(Nombre de estudiante)

_____ _____

Firma de padres o tutor Fecha

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

ESCUELAS DE LA MESA-SPRING VALLEY
Programa Preescolar

Autodeclaración de ingresos para el programa preescolar estatal

Nombre del niño		**Fecha de nacimiento**	
Nombre del padre			

Nombre de la empresa de empleo		**Su cargo (puesto)**	
Dirección de la empresa		**Número telefónico**	

Forma de pago	☐ En efectivo	☐ Cheque	☐ Deposito Directo	
Frecuencia de pago	☐ Semanalmente	☐ Dos veces por mes	☐ Cada dos semanas	☐ Mensualmente

Declaración del padre de familia/tutor

Ingresos computables - para toda persona incluida en el número de miembros de familia	**Monto Mensual**
Salario nominal mensual (incluyendo comisiones, tiempo extra, propinas, bono)	$
CalWorks, Cash Aid	$
Indemnización por discapacidad o desempleo	$
Indemnización por accidente laboral	$
Manutención de cónyuge y/o manutención infantil	$
Beneficios de sobreviviente (e.j., SSA, por sus siglas en inglés) o de jubilación	$
Rendimiento de inversión, Ingresos de interés, Patrimonio de herencia/Fideicomiso, Ingresos neto de arrendamiento o regalías	$
Alquiler de una habitación en el domicilio familiar	$
Asistencia económica recibida por el cuidado de un hijo que vive con un progenitor no biológico o adoptivo	$
Pensiones o anualidades	$
Herencia	$
Subsidios de vivienda o automóviles proporcionados como parte de la remuneración	$
Indemnizaciones de seguros o judiciales por salarios perdidos o daños punitivos	$
Otro	$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es veraz y correcta en lo que a mí concierne. Entiendo que la información sobre mis ingresos podrá ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes, u otros, según sea necesario para la administración del programa.

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

ESCUELAS DE LA MESA-SPRING VALLEY
Programa Preescolar

Autodeclaración de ingresos para el programa preescolar estatal

Nombre del niño		**Fecha de nacimiento**	
Nombre del padre			

Nombre de la empresa de empleo		**Su cargo (puesto)**	
Dirección de la empresa		**Número telefónico**	

Forma de pago	☐ En efectivo	☐ Cheque	☐ Deposito Directo	
Frecuencia de pago	☐ Semanalmente	☐ Dos veces por mes	☐ Cada dos semanas	☐ Mensualmente

Declaración del padre de familia/tutor

Ingresos computables - para toda persona incluida en el número de miembros de familia	**Monto Mensual**
Salario nominal mensual (incluyendo comisiones, tiempo extra, propinas, bono)	$
CalWorks, Cash Aid	$
Indemnización por discapacidad o desempleo	$
Indemnización por accidente laboral	$
Manutención de cónyuge y/o manutención infantil	$
Beneficios de sobreviviente (e.j., SSA, por sus siglas en inglés) o de jubilación	$
Rendimiento de inversión, Ingresos de interés, Patrimonio de herencia/Fideicomiso, Ingresos neto de arrendamiento o regalías	$
Alquiler de una habitación en el domicilio familiar	$
Asistencia económica recibida por el cuidado de un hijo que vive con un progenitor no biológico o adoptivo	$
Pensiones o anualidades	$
Herencia	$
Subsidios de vivienda o automóviles proporcionados como parte de la remuneración	$
Indemnizaciones de seguros o judiciales por salarios perdidos o daños punitivos	$
Otro	$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es veraz y correcta en lo que a mí concierne. Entiendo que la información sobre mis ingresos podrá ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes, u otros, según sea necesario para la administración del programa.

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

ESCUELAS DE LA MESA-SPRING VALLEY
Programa Preescolar

Autorización de verificación de ingresos del empleador para el programa preescolar estatal

Nombre del niño		**Fecha de nacimiento**	
Nombre del padre			

Titulo 5 del Código Reglamentario de California (CCR) Sección 17762
Como parte del Programa Preescolar del Estado de California, la documentación para elegibilidad de ingresos se obtendrá de los padres con el fin de determinar si una familia es elegible por ingresos. El progenitor o progenitores deberá aportar la documentación de los ingresos contables totales de todas las personas incluidas en el número de miembros de familia.

Si los padres están empleados, deberán proporcionar:

(A) Una autorización para que el contratista se ponga en contacto con la entidad empleadora o entidades que incluya en la medida en que se conozcan, el nombre, la dirección, el número telefónico y el horario laboral habitual de la entidad empleadora; y

(B) Talones de cheques de nómina, o una carta redactada de forma independiente por la entidad empleadora, u otro registro de salarios emitidos por la entidad empleadora de cualquiera de los dos meses del periodo inmediatamente anterior a la certificación inicial, o a la recertificación de la elegibilidad para los servicios:

Nombre de la empresa		**Título de trabajo**	
Dirección de la empresa			
Contacto designado		**Número telefónico**	

AUTORIZO al Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley a comunicarse con dicha(s) empresa(s) para verificar la información de empleo proporcionada Y para que la empresa para la cual laboro revele la información con respecto a mi empleo al Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley.

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

Esta sección debe ser completada por el personal de la oficina preescolar de La Mesa-Spring Valley

ESCUELAS DE LA MESA-SPRING VALLEY
Programa Preescolar

Autorización de verificación de ingresos del empleador para el programa preescolar estatal

Nombre del niño		**Fecha de nacimiento**	
Nombre del padre			

Titulo 5 del Código Reglamentario de California (CCR) Sección 17762
Como parte del Programa Preescolar del Estado de California, la documentación para elegibilidad de ingresos se obtendrá de los padres con el fin de determinar si una familia es elegible por ingresos. El progenitor o progenitores deberá aportar la documentación de los ingresos contables totales de todas las personas incluidas en el número de miembros de familia.

Si los padres están empleados, deberán proporcionar:

(A) Una autorización para que el contratista se ponga en contacto con la entidad empleadora o entidades que incluya en la medida en que se conozcan, el nombre, la dirección, el número telefónico y el horario laboral habitual de la entidad empleadora; y

(B) Talones de cheques de nómina, o una carta redactada de forma independiente por la entidad empleadora, u otro registro de salarios emitidos por la entidad empleadora de cualquiera de los dos meses del periodo inmediatamente anterior a la certificación inicial, o a la recertificación de la elegibilidad para los servicios:

Nombre de la empresa		**Título de trabajo**	
Dirección de la empresa			
Contacto designado		**Número telefónico**	

AUTORIZO al Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley a comunicarse con dicha(s) empresa(s) para verificar la información de empleo proporcionada Y para que la empresa para la cual laboro revele la información con respecto a mi empleo al Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley.

_____ _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

Esta sección debe ser completada por el personal de la oficina preescolar de La Mesa-Spring Valley

El examen de salud debe realizarse a más tardar 30 días después de la fecha de inicio.

Requisitos para Exámenes de Salud para Ingresar a la Escuela

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

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

619-692-8808

LA PARTE I DEBERA SER LLENADA POR EL PADRE O GUARDIAN *(PARENT OR GUARDIAN)*		
Apellido del niño/a:	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (DD/MM/YYYY)	Escuela	
Domicilio de casa-Número, Calle	Ciudad	Zona Postal

☐ Yo solicito que el proveedor medico complete **la Parte II solamente.**

LA PARTE II EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR *(MEDICAL PROVIDER)*

Tests and Evaluations *(Pruebas y evaluciones)*			**Date of Exam** *(Fecha de Examen)*	**MEDICAL PROVIDER INFORMATION** *(Información de Proveedor Médico)*
Height (Estatura) _____ inches	Weight (Peso) _____ lbs _____ ozs	BMI Percentile (El porcentaje de Índice de Masa Corporal) _____%		
Health/Development History *(Historial Médico/ Historial de Desarrollo)*				Name, Address, and Telephone Number:
Physical Examination *(Examen Físico)*				
Nutritional Evaluation *(Evaluacón de Nutrición)*				
Vision Screening *(Examen de la Vista)*				
Audiometric Screening *(Examen Audiométrico)*				
Blood Test for Anemia *(Análisis de Sangre para Anemia)*				
Oral Health Screening *(Evaluación de salud oral)*				/
Tuberculin (TB) Risk Assessment /Skin Test *(Prueba de Tuberculina)*				Signature of Medical Professional / Date

DOES CHILD HAVE A COMPLETED AND UPDATED YELLOW CALIFORNIA IMMUNIZATION RECORD? ☐ **Yes** ☐ **No**
(¿TIENE EL NIÑO(A) UNA TARJETA AMARILLA ACTUALIZADA DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA COMPLETA?)

LA PARTE III EL PROVEEDOR MÉDICO DEBERA LLENAR *(MEDICAL PROVIDER)*

Otra información de salud (opcional): Para el beinestar 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. *Por favor contacte a la enfermera escolar si el niño/a necesita ayuda con sus medicamentos en la escuela.*

☐ El padre/la madre/el tutor pide que no se llene la parte III.
☐ La examinación no reveló condiciones de importancia para la escuela o la actividad ficisa.
☐ Las condiciones que necesitan una evaluación más profunda o que puede afectar la escuela o actividad física son (por favor explique abajo).

FORMA PARA REHUSAR EL EXAMEN DE SALUD *(WAIVER OF EXAMINATION)*

Nota: Su hijo/a debe recibir las vacunas requeridas por la ley Estatal, aunque no reciba el examen médico.

He sido informado acerca del examen médico recomendado por los profesionales de salud y que es requerido por la ley Estatal. También he sido informado en cómo mi hijo/a puede ser elegible para recibir un examen médico sin costo.

__ **No deseo** que mi hijo/a reciba un examen médico
__ **Si deseo** que mi hijo/a reciba el examen médico, **pero me ha sido imposible obtenerlo porque** _____.

Rehusar el exam de salud para preescolar no es aceptable.

Firma del padre/la madre/el tutor *Fecha*