

## Cuyama Elementary School

661-766-2642

Welcome to Kindergarten!

Please fill out the following forms and bring them with you to your child's registration. You will need to bring your child as well as his/her birth certificate and vaccination records. Thank you

Please call the Elementary office to schedule an appointment for registration, if you haven't already done so.



Bienvenido a Kindergarten!

Por favor llene todos los siguientes formularios y traigalos a la registracion de su hijo/hija. Por favor, traiga el certificado de nacimiento y los registros de vacunacion, y traigan a su hijo/hija. Gracias.

Por favor llame a la escuela para hacer una cita para la registracion.

**Informacion de Emergencia y La Salud**

Grado \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primero) \_\_\_\_\_

Fecha Natal \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Direccion de correo \_\_\_\_\_

Direccion fisica \_\_\_\_\_

El nombre y la relation de persona(s) con quien vive el nino \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Alternativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Cuando un nino sufra una herida o enfermedad mientras esta en la escuela, primeros auxilios seran ministrados de acuerdo a la poliza escolar local y un esfuerzo continuo e inmediato sera hecho para ponerse en contacto con los padres de nino.**

**Si no se me puede localizar por telefono en caso de una emergencia envolviendo el nino por favor llame:**

**Nobre de medico \_\_\_\_\_ Telefono de medico \_\_\_\_\_**

**Sin embargo yo estoy consciente que en la mayoria de las situaciones el medico y/o la facilidad medica no atenderan a un nino menor de edad sin permiso del padres.**

**Por favor liste los problemas de salud (condicion cardiac, diabetes, epilepsia, alergia severa, tambien problema auditivo, visual o vocal) \_\_\_\_\_**

**Por favor liste cualquier prescripcion medica que su nino toma regularmente: \_\_\_\_\_**

**FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DE LOS PADRES \_\_\_\_\_**

# INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES AL DISTRITO ESCOLAR CUYAMA

GRADO

Apellido del estudiante:

Primer nombre:

ID Permanente:

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo/a a las escuelas públicas de Cuyama?  Sí  No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer nombre legal      Segundo nombre legal      Apellido legal      Otro nombre legal (si aplica)

Hombre     Mujer    Fecha de nacimiento:    Mes    Día    Año

Nombre del padre o tutor      Apellido      Teléfono en casa      Tel. en el trabajo

Nombre de la madre o tutora      Apellido      Teléfono en casa      Tel. en el trabajo

Apartado postal      Apt#      Ciudad      Estado      Zip

Dirección (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra)      Apt #      Ciudad      Estado      Zip  
Apartado Postal

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU ESTUDIANTE? (marque una)  Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)  No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)

La parte de la pregunta que aparece arriba es sobre *etnicidad*, no sobre *raza*. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es su raza.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100)<br>(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica) | <input type="checkbox"/> Laos (206)          | <input type="checkbox"/> Samoa (303)   |
| <input type="checkbox"/> Chino (201)   | <input type="checkbox"/> Camboyano (207)     | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304)   |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202)   | <input type="checkbox"/> Hmong (208)         | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)  |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203)   | <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)   |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204)  | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301)      | <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600)   |
| <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205)   | <input type="checkbox"/> Guamés (302)        | <input type="checkbox"/> Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente) |
|  | <input type="checkbox"/> Mexicano            |  |

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

- No se graduó de (secundaria y preparatoria) (14)
- Se graduó de (sec. y preparatoria) (13)
- Algo de *colegio* (incluye AA degree) (12)
- Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)
- Con licenciatura o con postgrado (10)
- Disminución de Estado (15)

Fecha hijo en que asistió por vez primera a la escuela en EE.UU.

Mes      Día      Año

Fecha hijo en que asistió por vez primera a la escuela en California

Mes      Día      Año

Lugar de nacimiento Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Es ciudadano de EE.UU:    Sí  No

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DE LA FORMA (Rev 2/09)

Apellido del/la estudiante:

Primer nombre:

ID permanente:

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela?  Inglés  Español

Residencia – ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación al NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s

- En una residencia permanente con la familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- En un motel/hotel (09)
- Con más de una familia en una casa o apartamento (11)
- Sin residencia (carro o campamento) (12)
- En un refugio o programa de vivienda en transición (10)
- Otra (15) especifique \_\_\_\_\_

Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – marque todas las que apliquen

- Padre  Madre  Ambos  Padrastro  Madrastra  Encargado  Casa grupal/de cuidado temporal  Otro \_\_\_\_\_

¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante?  Sí  No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (Caregiver Affidavit)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es:  Custodia conjunta

Custodia individual  Encargado

¿Es la persona/s (comprobado) anterior un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas) en servicio activo o en la Guardia Nacional de tiempo completo?  Sí  No

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:**

1.  Padre  Padrastro/Tutor (maque uno)      Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel. de día # ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
2.  Madre  Madrastra/Tutora (marque una)      Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Tel. de día # ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**CORREO DUPLICADO** – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Tel. #: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES:** (Por favor, enliste TODAS las escuelas en las que ha estado su hijo o hija antes. Dénos papeles adicionales si es necesario)

Escuela (empiece con la más reciente)	Dirección/Ciudad/Estado/Zip	Grado/s	Fecha/s

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a?  Sí  No

¿Su hijo o hija ha sido suspendido/a?  Sí  No ¿Alguna vez fue expulsado/a?  Sí  No

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (por favor marque las que apliquen)

Educación especial:  Recursos didácticos (RSP)  Clase especial en el día (SDC)  Habla y lenguaje  504

Otra:  Dotado/a (GATE)  Remedio para matemáticas  Remedio para lectura  Consejería

Desarrollo del lenguaje inglés

Ayuda para mejorar su asistencia / su comportamiento  Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

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

**PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE**

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Entry Reason:	Enroll Date:	Assigned Grade:	Permanent ID:	Blank <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> RC
--	------------------------------------	---	---------------	--------------	-----------------	---------------	---

# SOBRE ANTECEDENTES DE SALUD

FECHA \_\_\_\_\_

Por favor de escribir en letra de molde

1. Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nino \_\_\_\_\_ Nina \_\_\_\_\_  
numero de seguro social \_\_\_\_\_
2. Nombre del dentista \_\_\_\_\_ El telefono del dentista \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen fisico \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_
3. Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ El telefono del doctor \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen fisico \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen de lavista \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen del los oidos \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_
4. Problemas medicos reciente \_\_\_\_\_
5. Antecedentes medicos (Circule las que apliquen)  

Alergias	Viruela	Enfermedades severas
Asthma	Sarampion aleman	Sangre de la nariz
Epilepsia / ataques	Sarampion	Paperas
Diabetis	Fiebre escarlatina	Dolores de oido
Enfermedades del corazon	Tos ferina	Enuresis
Fiebre reumatica	Retrasos del habla	Desarrollo
Sirugias / operacion	Hospitalizaciones	Enfermedad Cronica
6. Si circular, un explicacion \_\_\_\_\_  
Su nino/a esta tomando alguna medicina? Si \_\_\_\_\_ acaso si cual y proque? \_\_\_\_\_
7. Su nino/a esta alergico alguna medicina? Si \_\_\_\_\_ acaso, si cual? \_\_\_\_\_  
Alguna otra alergia? Si \_\_\_\_\_ Que tipo de alergia y cual es la reacion? \_\_\_\_\_
8. Informacion adicional de importancia para nosotros sobre su nino, tal como parto premature, parto dificil, desarrollo lento, etc. \_\_\_\_\_
9. Algunas otras preocupaciones? \_\_\_\_\_
10. Envuelto con alguna agencia: \_\_\_\_\_

## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entreguelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

**PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN**

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle

Ciudad

Zona Postal

Escuela

**PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**

**EXAMEN DE SALUD**

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

**REGISTRO DE INMUNIZACIONES**

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.  
**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
<b>POLIO (OPV o IPV)</b>					
<b>DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferntal]) O (tétano y difteria solamente)</b>					
<b>MMR (sarampión, paperas, rubéola)</b>					
<b>HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)</b>					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA (Viruelas locas)</b>					
OTRA					
OTRA					
OTRA					

**PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)**

**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**  
Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

**PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD**

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián  Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	Fecha  Fecha
Firma del examinador de salud	Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(s) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PH 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(s).*

CHDP website: [www.dhs.ca.gov/chdp](http://www.dhs.ca.gov/chdp)

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

### **Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)**

Primer nombre del niño (a):	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño (a):
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### **Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)**

**NOTA IMPORTANTE:** Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con Caries</u> (Daño visible / amalgamas presentes)  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Daño visible presente:</u>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia del tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
_____ <i>Firma del profesional dental con licencia                                  Número de licencia de California                                  Fecha</i>			

### **Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental**

**Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento**

Por favor excusa a mi hijo (a) de la evaluación dental debido a: (Marca el espacio que mejor describe la razón)

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo (a).  
 El plan de seguro dental de mi hijo es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Otro \_\_\_\_\_     Ninguno
- No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo (a).
- No quiero que mi hijo (a) reciba una evaluación dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo (a) no puede recibir una evaluación dental: \_\_\_\_\_

Si pides una excusa de este requerimiento: \_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor                                  Fecha*

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo (a) no será parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo (a). Si tienes preguntas por favor llama a tu escuela.

**Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo (a).**  
 El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo (a).