

K-8 REGISTRATION FOR SONOMA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

| | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| Student's Legal Last Name Apellido del estudiante | Student's First Name Nombre de pila del estudiante | Middle Name Segundo | Grade Grado | Gender (M/F) Género (sexo) |
| Does your child use another first or last name? ¿Usa su hijo(a) algún otro nombre ó apellido? | Name of Previous School El nombre de la escuela anterior | Previous School Address La dirección de esa escuela | | |
| Any Illness School/Staff Should Know About - Información sobre cualquier enfermedad de que debemos saber. | | | | |
| Has your child previously attended Sonoma Valley public kindergarten and/or school before? ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija al Kinder o escuelas públicas del valle de sonoma? Kindergarten? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No Other grade/otro grado <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____ | | | | |
| Mailing Address - La dirección del correo | City - La ciudad | State - Estado | Zip - Código postal | |
| Street Address - La dirección de la casa | City - La ciudad | State - Estado | Zip - Código postal | |
| Home Telephone - Teléfono de la casa | Unlisted? ¿No alistado? <input type="checkbox"/> Yes - Sí <input type="checkbox"/> No - No | | Child Lives With El niño vive con <input type="checkbox"/> Father El Padre <input type="checkbox"/> Mother La Madre <input type="checkbox"/> Guardian Guardián | |
| Father/Guardian Name - Nombres del padre/guardián | Mother/Guardian Name - Nombres la madre/guardián | | | |
| Father's Work Telephone - Teléfono del trabajo del padre/guardián | Mother's Work Phone - Teléfono del trabajo de la madre/guardián | | | |
| Father's Cell Phone - Teléfono celular del padre/guardián | Mother's Cell Phone - Teléfono celular de la madre/guardián | | | |
| Student's Birthdate - Fecha de nacimiento el estudiante | Student's Birthplace - city/state/country El lugar donde nació el estudiante - ciudad/estado/país | | | |
| Student's Social Security Number Número de seguro social del estudiante | For NEW students entering grades 1-8: / Para NUEVOS estudiantes que entran en grados 1-8 Date first attended school in the: / Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en: United States/Estados Unidos _____ California _____ | | | |
| First/Last name of other children in family including ages El apellido y los nombres de los otros niños de la familia y sus edades | | School - La escuela | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| I live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program. Yo vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No | | | | |
| I do not live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program at Flowery. Yo no vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble en Flowery. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No | | | | |
| My child is an English Learner. I am interested in my child receiving instruction in Spanish. - Mi hijo/a es un estudiante aprendiendo inglés. Yo estoy interesado/a en que mi hijo/a reciba instrucción en español. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No | | | | |

Please complete reverse
Por favor complete el reverso

| | | |
|---|---|---|
| I. What is your child's ETHNICITY? ¿Cuál es el origen ÉTNICO de su hijo/a? | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (500) | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino |
| | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino |

| | | | |
|--|---|--|--|
| II. What is your child's RACE? (Please check up to five racial categories): ¿Cuál es la RAZA de su hijo/a? (Por favor marque hasta un máximo de cinco categorías raciales): | | | |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (100) Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chinese/ Chino (201) | <input type="checkbox"/> Japanese/ Japonés (202) | |
| <input type="checkbox"/> African American/Black (600) Afro-Americano/Negro | <input type="checkbox"/> Korean/ Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Vietnamese/ Vietnamita (204) | |
| <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American (400) Filipino/Filipino Americano | <input type="checkbox"/> Asian Indian/ Indio Asiático (205) | <input type="checkbox"/> Laotian/ Laosiano (206) | |
| <input type="checkbox"/> White (700) Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiian/ Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Samoan/ Samoano (303) | |
| | <input type="checkbox"/> Guamanian/ Guamaniano (302) | <input type="checkbox"/> Cambodian/ Camboyano (207) | |
| | <input type="checkbox"/> Tahitian/ Tahitiano (304) | <input type="checkbox"/> Hmong/Hmongo | |
| | <input type="checkbox"/> Other Asian (299) Otro origen Asiático | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (399) Otro de las Islas del Pacífico | |

III. Parent Education Level of most educated parent
Nivel de educación del padre/madre con más educación académica

Father/del padre **Mother/de la madre**
 Guardian/Guardián

Not a high school graduate (14)
No me gradué de la preparatoria

High school graduate (13)
Graduado de la preparatoria

Some college (12)
Algún tiempo en la universidad

College graduate (11)
Graduado de la universidad

Graduate school/post graduate training (10) /Escuela para graduados/ entrenamiento para después de la graduación

Decline to state/ Me niego a declarar (15)

IV. Residence – where is your child/family currently living? (federally mandated by NCLB) Please check:

In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) (200)

Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (120)

In a shelter or transitional housing program (100)

In a motel/hotel (110)

Unsheltered (car/campsite) (130)

Other (please specify) _____

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

En una residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (200)

Con más de una familia en una casa o apartamento (120)

En un refugio o programa de vivienda en transición (100)

En un motel/hotel (110)

Sin residencia (carro o campamento) (130)

Otra (especifique) _____

V. Previous Programs Your Child Was In:

Special Education or 504 Plan

Resource Specialist Program/RSP

Speech/Language

504 Plan

Special Day Class/SDC

English Learner Program

Two-Way Program at Flowery

Other Services

GATE

Programas anteriores en los que estaba su hijo/a:

Programa de Educación Especial o Plan '504'

Programa de Especialista de Recursos/RSP

Habla/Lenguaje

504 Plan

Clases de Día Especiales/SDC

Programa del aprendiz del inglés

Programa de Inmersión Doble en Flowery

Otro Servicios

Superdotado

| | |
|--|--|
| For Office use Only - Sólo por el use de la oficina | |
| Year Student Entered District _____ | Year Student Entered Site _____ |
| Grade Student Entered District _____ | Grade Student Entered Site _____ |
| Year entered US schools (mm/dd/yyyy) _____ | First year entered California schools (mm/dd/yyyy) _____ |
| If RFEP, date reclassified (mm/dd/yyyy) _____ | _____ |

S.V.U.S.D. EMERGENCY INFORMATION CARD/ S.V.U.S.D. Tarjeta de Emergencia
PLEASE PRINT OR TYPE / POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE

Grade/Grado _____
Room/Salón _____

Student Name/Nombre del estudiante _____ Home. Tel./Tel. de casa _____
Last/Apellido _____ First/Nombre _____ Middle/Segundo _____

Parent's E-mail Address/Dirección electrónica de los padres: _____

Child Lives With/El Niño vive con: _____ Child Lives With/El Niño vive con: _____

Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____ Name/Nombre _____ Relationship/Parentesco _____
Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____ Sibling/Hermano/a _____

Social Security # / # de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sex/ Sexo M F Birthdate/ Fecha de Nacimiento _____
(Circle One/ Circule uno)

Home Address/Dirección _____
Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Mailing Address (if different)/Dirección del Correo (si sea diferente) _____
Street/Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Medical Alert/Alerta Médica: Health Problems/Problemas de Salud _____
Allergies/Alergias _____
Medications taken regularly/Las medicinas tomadas regularmente _____

Allergy to bee stings/Alergia a picado de abejas Asthma/Asma Diabetes/Diabetes Heart Condition/Condición cardíaca
 Epilepsy/Epilepsia Other/Otras _____

In the event of a life threatening allergic reaction, I authorize trained school personnel to give emergency treatment (adrenalin via epi-pen) to my child. / en caso de una reacción alérgica que amenaza la vida, autorizo al personal de la escuela entrenados a dar tratamiento de emergencia (adrenalina por medio de epi-pen) a mi hijo/hija.
SVUSD submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any school health services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing Services Company. / El Distrito escolar de Sonoma somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones basicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No le les pedira a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy de Acuerdo que se envíen a las agencias de MEDI-CAL/ ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar informacion relacionada con recibos de pago con las companias de servicios del distrito escolar.

Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____ Date/ Fecha _____

In case of emergency, illness, or accident to the child named above, the school is authorized to release my child as indicated below. Number each item # 1,2,3,4,5 in order of desired action. **PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION.** / En caso de emergencia, enfermedad o accidente del niño nombrado, la escuela está autorizada a dejar salir el niño en la manera notada abajo. Ponga los números 1,2,3,4,5, para indicar en que orden. **COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN**

_____ CONTACT MOTHER/ Llame a la madre Name/Nombre _____

Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ CONTACT FATHER/ Llame al padre Name/Nombre _____

Workplace/Lugar de trabajo _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ BABYSITTER/FRIEND - La Niñera Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FRIEND/RELATIVE/MENTOR- Amigo/Pariente/Mentor Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

_____ FAMILY PHYSICIAN/ Médico Familiar Name/Nombre _____

Address/Dirección _____ Tel. _____ Cell Tel. _____

Special Instructions / Instrucciones Especiales: _____

(If applicable) My child **MAY NOT BE RELEASED** to the following individual(s) [if parent of child, **restraining order must be on file in school office**] / **(Si es aplicable)** Mi niño **NO DEBE SALIR** con las siguientes personas) [Si es un padre/madre, **una orden de restricción debe estar en el archivo de la oficina**]:

1. _____ 2. _____

I certify that all information given is accurate and true. / Certifico que todo la información dado es correcto.

Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Guardián _____

Date/ Fecha _____

Dear Parent/Guardian:

Please complete every line of this temporary emergency card (over).

Emergency cards are very important. They are used for calling parents when your child has an accident at school, gets sick or school emergencies occur. It is very important to keep all phone numbers and addresses current and complete. It is necessary to contact the school to update your child's emergency card whenever the information changes.

You will be asked to complete a new emergency card after school starts. Please complete every annual request for emergency card information promptly and completely throughout your child's education.

Thank you.

Estimado Padre/Guardián:

Haga el favor de completar cada renglón de esta tarjeta de emergencia (a la vuelta).

Las tarjetas de emergencia son muy importantes. Las ocupamos para llamar a los padres en caso que su hijo/a tenga un accidente en la escuela, se enferme o cuando una ocurra emergencia. Es muy importante para mantener todos los números de teléfono y direcciones completas y actualizadas. Es necesario que nos informe cada vez que haya un cambio en esta información.

Vamos a pedir que llene una tarjeta nueva después del comienzo de clases. Haga el favor de completar una tarjeta nueva cada año lo más pronto que le sea posible durante todo el tiempo que su hijo asista a la escuela.

Gracias.

~ OVER / A LA VUELTA ~

Sonoma Valley Unified School District

Home Language Survey

Date

School

Teacher

The California education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher. Thank you for your help.

Name of Student

Last

First

Middle

Grade

Age

1. Which language did your son or daughter learn when he or she first began to talk? _____
2. What language does your son or daughter most frequently use at home? _____
3. What language do you use most frequently to speak to your son or daughter? _____
4. Name the language most often spoken by the adults at home. _____

The school has my permission to test my child for language proficiency and academic ability.

Parent/Guardian Signature

cc: ELL Resource Teacher, Student's Cumulative folder

El Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma

Encuesta del lenguaje usado en el hogar

Fecha _____

Escuela _____

Maestro(a) _____

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el lenguaje hablado en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer una instrucción significativa para todos los estudiantes. Le pedimos su cooperación para ayudarnos a cumplir tan importante requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo(a) devuelva este formulario a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

Nombre del estudiante _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Grado

Edad

¿Qué lenguaje aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____

¿Qué lenguaje usa más frecuentemente su hijo(a), en casa? _____

¿Qué lenguaje usa usted más frecuentemente para hablar con su hijo(a)? _____

Nombre el lenguaje que más usan los adultos en la casa. _____

La escuela tiene mi permiso para evaluar a mi hijo(a) en su habilidad lingüística y habilidad académica.

Firma del padre o guardián.

cc: ELL Resource Teacher, Student's Cumulative folder

SVUSD Kindergarten Registration Survey

Child's Legal Name _____ M or F

Name Child Goes By: _____ Child's Birth date _____

Parents'/Guardians' Name _____

Who does child live with? _____

1. Did your child attend a pre-school? Yes No Name of preschool _____

2. Will your child require daycare during his/her kindergarten year? Yes No
If yes, which daycare? _____ Phone # _____

3. How will your child get to school? I will drive or walk School Bus

4. What will your child do after school? I will pick up School Bus Home
Attend onsite childcare School bus to _____ Other _____

5. Will you be able to volunteer on a regular basis? Yes No

6. Has your child ever been evaluated for academics or behavior or speech? Yes No

If yes, please explain _____

7. Language(s) spoken at home: _____

8. Are you registering your child in another kindergarten program? Yes No

If yes, please indicate which program: Charter Private Other

9. Will you be applying for an intradistrict transfer request? Yes No

If yes, to what school? _____

I have received and read all materials in the Kindergarten Registration packet.

Parent/Guardian Signature _____

Relationship to Child _____ Date _____

Encuesta para la matriculación en el Kinder

Nombre legal del estudiante _____ M o F

Nombre por el cual llaman el niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de los Padres/Tutor Legal _____

¿Con quién vive el estudiante? _____

1. ¿Asistió su hijo(a) a alguna escuela preescolar? Sí No
Nombre de el preescolar al que asistió _____

2. ¿Necesitará su hijo(a) ir a la guardería durante su año en el kinder? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿a cuál guardería? _____

Número de teléfono: _____

3. ¿Cómo llegará el estudiante a la escuela? Yo conduciré o caminaré Autobús

4. ¿Que hará el estudiante después del día escolar? Yo lo recogeré Autobús a casa

Irá a la guardería escolar Autobús a _____ Otro sitio _____

5. ¿Podrá usted ser voluntario regularmente? Sí No

6. ¿Ha sido su hijo evaluado para razones académicas, de conducta, o de lenguaje? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

7. Lenguaje(s) usado en casa: _____

8. ¿Va a inscribir a su hijo/a en algún otro programa del jardín de niños? Sí No

Si la respuesta es sí, indique que programa: Charter Privada Otro

9. ¿Aplicará usted para transferir a su hijo(a) a otra escuela en nuestro distrito? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la otra escuela _____

Yo he recibido y leído todos los materiales en el paquete de matriculación para el Kinder.

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Relación con el/la niño(a) _____ Fecha: _____

Sonoma Valley Unified School District
Bus Transportation Request



TO: New Kindergarten Parents/Guardians
FROM: Vernice Bruno, Dispatcher

To assist us in the transportation of your new Kindergarten student, we are asking you to fill out and return the following form for busing with your Kindergarten Registration. *Please understand that if an Intradistrict Transfer is approved, transportation to approved school will not be provided by the District.*

Name of Student _____

Parents/Guardians _____

Home Address _____

Home Phone _____ Work phone _____

Other emergency phone number _____

Address of where child will be picked up _____

Address of where child will be returned to (i.e., babysitter) _____

Petición para transportación de autobús

Para: Padres/Guardianes de estudiantes nuevos de Kinder
De: Vernice Bruno, Despachadora

Para ayudarnos en el transporte de su estudiante nuevo, les pedimos llenar y devolver con sus papeles de matriculación el formulario siguiente para el autobús. *Yo entiendo que si es aprobada la solicitud de traslado dentro del distrito, el distrito no proveerá el transporte a la escuela aprobada.*

Nombre del estudiante _____

Nombre de los Padres/Guardianes _____

Domicilio _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono en caso de emergencia _____

Dirección donde el estudiante estará antes de la escuela:

Dirección donde el estudiante estará después del día escolar (ejemplo: niñera, nana)

Health History

Date _____ Birthdate _____ Sex _____

Student's Name _____ Phone _____

Father _____ Mother _____

Brothers _____ Sisters _____

Student is living with _____

Has your child had any of the following? Please indicate Yes or No and dates.

| | Yes | No | Date |
|---------------------------|-----|----|------|
| Tuberculosis | | | |
| T.B. in family of contact | | | |
| Other Diseases | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Operations | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Present Medications _____ | | | |

| | Yes | No | Date |
|---------------------------------------|-----|----|------|
| Ear Trouble | | | |
| Tonsillitis | | | |
| Tonsils Removed T & A | | | |
| Frequent Colds | | | |
| Stinging Insect Allergy | | | |
| Asthma | | | |
| Allergies | | | |
| Convulsions, Seizures | | | |
| Heart Disease | | | |
| Diabetes | | | |
| Serious Accidents/Illnesses | | | |
| | | | |
| Behavior/Emotional Difficulties _____ | | | |

If child will need medication dose at school, please contact school for Medication at School Form. No medication, either prescription or OTC will be administered without form completed by a health care provider and parent.

Any Physical Limitations No _____ Yes (please specify) _____

Name of Doctor _____ Date Last Seen _____

Name of Dentist _____ Date Last Seen _____

Name of Eye Specialist _____ Date Last Seen _____

Name of Ear Specialist _____ Date Last Seen _____

Health Plan _____

Parent/Guardian Signature: _____

Historia de Salud

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del estudiante _____ Teléfono _____

Padre _____ Madre _____

Hermanos _____ Hermanas _____

El/la estudiante vive con _____

¿Ha tenido su hijo alguno de lo siguiente? Por favor indique SI o No y las fechas.

| | Sí | No | Fecha |
|----------------------------|----|----|-------|
| Tuberculosis | | | |
| T.B. en familia o contacto | | | |
| Otras enfermedades | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Operaciones | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Medicinas actuales _____ | | | |

| | Sí | No | Fecha |
|--|----|----|-------|
| Problemas con el Oído | | | |
| Amigdalitis | | | |
| Operación de las amígdalas | | | |
| Gripes frecuentes | | | |
| Alergias a las picaduras de insectos | | | |
| Asma | | | |
| Alergias | | | |
| Convulsiones, ataques | | | |
| Enfermedades del corazón | | | |
| Diabetes | | | |
| Accidentes/enfermedades serias | | | |
| | | | |
| Dificultades emocionales/de conducta _____ | | | |

Si el niño va a necesitar tomar medicina en la escuela, por favor contacte a la escuela para obtener un Formulario de Administración de Medicamentos en la Escuela. Ninguna medicina, ya sea recetada o comprada sin receta, será administrada si no se presenta el formulario completado por los padres y el proveedor de salud.

Alguna limitación física No _____ Sí (por favor indique) _____

Nombre del doctor _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del dentista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Oculista _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Nombre del Otorrino (Especialista de oídos) _____

Fecha en que lo vio por última vez _____

Plan de salud (Seguro médico) _____

Firma de los padres/tutor: _____

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

| | | | |
|-----------------------|--|-----------------|---|
| Child's First Name: | Last Name: | Middle Initial: | Child's birth date: |
| Address: | | | Apt.: |
| City: | | | ZIP code: |
| School Name: | Teacher: | Grade: | Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Parent/Guardian Name: | Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown | | |

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

| | | | |
|---|---|--|--|
| Assessment Date: | Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date </div> | | | |

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
 My child's dental insurance plan is:
 - Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Other _____ None
 - I cannot afford a dental check-up for my child.
 - I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian
Date

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than May 31* of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

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: | Experiencia con Caries (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Daño visible presente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Urgencia del tratamiento: <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) |
| Firma del profesional dental con licencia | | | Número de licencia de California |
| | | | Fecha |

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 excuse 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).