



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY**

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020  
Tel. 669-205-4000 fax: 408-847-4717  
www.gilroyunified.org

**SUPERINTENDENTE**

Dra. Anisha Munshi, Ed.D.

**MEZA DIRECTIVA**

Melissa Aguirre ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good ♦ Gabriela Kim  
Michelle Nelson ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

**Requisitos de Matriculación Escolar**

**1. Comprobante de nacimiento (uno es requerido)**

- Acta/partida de nacimiento
- Acta de bautismo
- Pasaporte
- Otro \_\_\_\_\_

**2. Cartilla de vacunas al corriente – Incluyendo los requisitos de la prueba de tuberculosis (PPD)**

**3. Comprobante de domicilio**

Esta hoja le ayudará en el proceso de comprobante de domicilio. Por favor lleve el **original** y una copia de uno de los documentos de la Categoría Uno y los **originales** y copias de dos de los documentos en la Categoría 2 a la escuela primaria de área de asistencia. Si no tiene a la disponibilidad una copiadora nosotros le haremos las copias. **Se le regresarán los documentos originales** el mismo día y las copias serán entregadas junto con la hoja de comprobante de domicilio.

Por favor dirija toda pregunta a la oficina de la escuela de su área de asistencia.

Comprobantes de domicilio de cada una de las siguientes categorías: (se requieren 3 documentos a la fecha en total)

**Categoría 1**  
(Se requiere 1 documento)

- Estado de cuenta de la hipoteca
- Impuestos de propiedad
- Contrato de compra de propiedad (escrow)
- Contrato de alquiler de vivienda

**Categoría 2**  
(Se requieren 2 facturas de pago)

- Factura de PG&E
- Factura del agua de la ciudad de Gilroy
- Factura de la basura/reciclaje
- Factura del servicio de teléfono de casa/no celular
- Factura del servicio de cable
- Contrato de seguro de vivienda/inquilino

**DEBE TRAER LOS DOCUMENTOS ORIGINALES PARA COMPROBANTES**

***Si hay la sospecha que algunos documentos son falsos, estos serán investigados por el Especialista de Verificación de Domicilio del Distrito Escolar Unificado de Gilroy.***



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY INSCRIPCION DE ESTUDIANTES

Doble Inmersión   
POR FAVOR COMPLETE LA  
APLICACION INDEPENDIENTE

Nombre del Estudiante :			Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento Estado o País	Sexo	Grado para Que se esta Registrado:	
APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	PROBLEMA MEDICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			AÑO ESCOLAR:	
Domicilio del correspondencia		Ciudad	Código Postal	INDIQUE EL PROBLEMA (INCLUYA INFORMACION ADICIONAL)			
Domicilio de vivienda		Ciudad	Código Postal				
Teléfono de Casa		Información de Emergencia (si los padres no se encuentran) Nombre _____ Dirección _____ Tel. _____			¿Desde cuándo vive en ésta dirección? (fecha)		
Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar Unificado de Gilroy anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar?			<b>POR FAVOR DE LLENAR LA FORMA DE MOVILIDAD</b>
Escuela: _____		Nombre _____ Escuela/Grado _____		GATE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 504 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Educación Especial* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Grado: _____ Año: _____				* (si es si identifique el servicio) Recursos, Habla, Clase de día Especial			
<b>Escuela (s) Previa (s) (Marque El Pre-escolar si Aplica )</b>							
Grado Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Pública SI No	Estado	Ciudad	Condado
<b>Cuestionario sobre el idioma que se habla en casa.</b> Si en las preguntas su respuesta es otro idioma diferente al Inglés, su hijo tendrá que tomar un examen de colocación (ESL) (ELD).							
1. ¿En qué idioma aprendió a hablar? _____				2. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza más con su hijo? _____			
3. ¿Cuál es el idioma que más utiliza en casa? _____				4. ¿Cuál es el idioma preferido para su correspondencia? _____			

Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familia Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)	Nombre de Guardián: _____  Dirección si es Diferente a la de su Hijo _____		
Divorciados/Separados Legalmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Contacto de emergencia?	Teléfono en el trabajo: _____ Ext. _____ Celular: _____  Correo electrónico _____	Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido: <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado / universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados <input type="checkbox"/> Algo de Universidad	
Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familia Temporal (Foster) <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)	Nombre de Guardián: _____  Dirección si es Diferente a la de su Hijo _____		
Divorciados/Separados Legalmente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Contacto de emergencia?	Teléfono en el trabajo: _____ Ext. _____ Celular: _____  Correo electrónico _____	Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido: <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado / universidad <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados <input type="checkbox"/> Algo de Universidad	

**DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACION LEGAL.**

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Para uso de la Oficina Solamente (Office Use Only)**

ID	SCH	REG-DATE	ENROLLED by	ETH	IMMUN	SPECIAL ED	HOME-SCH	Next School Code
Documentation of Birthdate: <input type="checkbox"/> Baptismal Record <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Military ID				Referred to ELD ELD Status _____ Test Date _____			Primary Language _____ TRANSITIONAL KINDER <input type="checkbox"/>	



**GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
HUMAN RESOURCE**

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020  
Tel. 669-205-4012 fax: 408-842-1158  
www.gilroyunified.org

**SUPERINTENDENT**  
Dr. Anisha Munshi, Ed.D.

**BOARD OF EDUCATION**  
Melissa Aguirre Tuyen Fiack Mark Good Gabriela Kim  
Michelle Nelson James E. Pace Linda Piceno

**2023-2024**  
**Mobilidad**  
(Confidencial)

<b>Información del Estudiante</b>			
<b>Nombre de Estudiante:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Grupo Étnico / Raza</b>			
¿Cual es el grupo étnico de su niño/a? ( <i>Marque Uno</i> )			
Hispano o Latino (Cuba, México, Puerto Rico, América Central o América del Sur o de otro grupo u origen de alguna cultura hispana)		No Hispano o Latino	
<b>¿De qué raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)</b>			
<i>La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cual es su raza.</i>			
Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Personas de origen de cualquiera de las razas originarias de América del Norte, Central o del Sur)	Laosiano (206) Camboyano (207) Hmong (208) Otro grupo asiático	Tahitiano (304) De alguna isla del Pacífico Filipino (400) Afro-Americano/Negro (600) Anglo (700) (personas de origen europeo, del Norte de África, o del Medio Oriente)	
Chino (201) Japonés (202) Coreano (203) Vietnamés (204) Indio Asiático (205)	Hawaiano (301) Guameño (302) Samoano (303)		
<b>MOBILIDAD (Requerido/obligatorio)</b>			
1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a		TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
2. Indique el grado en el que su niño entró cuando ingresó/asistió por primera vez a este distrito		TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
3. ¿Cuándo asistió/va a asistir por primavera vez su niño a la escuela en los Estados Unidos? Mes _____ Año _____			

GUS #127



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY

7810 Arroyo Circle

Gilroy, CA 95020

Teléfono 669-205-4000 / Fax 408-842-1158

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Conforme al Código de Educación Sección 48915.1(b) es la responsabilidad de los padres de notificar al distrito escolar que está aceptando a su hijo si este ha sido expulsado de otro distrito escolar. Esta información es estrictamente confidencial excepto como es provista por el Código de Educación 49079: información confidencial para el maestro.

(Marque uno)

\_\_\_\_ Mi hijo nunca ha sido expulsado de un distrito escolar

\_\_\_\_ Mi hijo fue expulsado en el pasado del distrito escolar \_\_\_\_\_, pero el plazo de expulsión se venció el \_\_\_\_\_. Esta información será verificada por parte del distrito escolar el cual expulso a su hijo.

\_\_\_\_ Mi hijo al presente esta expulsado del distrito escolar \_\_\_\_\_. El plazo de expulsión se vence el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ Mi hijo está en libertad de prueba.

Nombre del oficial: \_\_\_\_\_

#De teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## REQUISITOS DE VACUNAS PARA MATRICULACIÓN ESCOLAR

Las siguientes vacunas son necesarias para cumplir con el requisito de la Ley de Vacunas Escolares y el Código de Salud y Seguridad de California Secciones 120325-120375:

### VACUNA:

POLIO	#1	#2	#3	#4	
DPT/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3	#4	#5
Tdap Booster ((1 dosis a o después de los 7 años)	#1				
MMR (los dos administrados a 1 año de edad o después)	#1	#2			
Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicela	#1	#2			

**PRUEBA DE TUBERCULOSIS** (estudiante entrando a kindergarten y los estudiantes que vengan de afuera del Condado Santa Clara para entrar a los grados 1 a 12 deben presentar el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela (TB Risk Assessment for School Entry) completado por su médico. Este debe estar completado dentro de doce meses antes de la matriculación escolar o transferencia. Los estudiantes que hayan salido del país por 12 meses o más necesitan un formulario nuevo de examen de tuberculosis (TB Risk Assessment for School Entry) completado en los últimos 12 meses.) El examen de Tuberculosis del Departamento de Salud Pública del Condado Santa Clara para entrar a la escuela es el único formulario de examen aceptable.

Copia de todas las vacunas

### NECESITA HACER UNO DE LOS SIGUIENTES INMEDIATAMENTE:

Llevar este formulario a su doctor o departamento de salud local para recibir las vacunas necesarias. Luego traernos la cartilla de vacunas actualizada y o el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela completado por su médico. La cartilla de su hijo debe incluir la fecha de las vacunas y la firma del médico o el sello.

**Conforme a la ley del estado, no podemos permitir a su hijo asistir a la escuela /guardería al menos que recibamos evidencia que los requisitos mencionados ya han sido cumplidos.**

Si tiene preguntas o requiere de información adicional por favor llame a la oficina de la escuela y hable con la enfermera.

Atentamente,

Servicios de Salud

# GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA GRADOS K-12

(incluyendo kínder transición)



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA <sup>1, 2, 3</sup>				
Ingreso a K-12 °	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	Dosis para K-12°	+ 1 Tdap			
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>		1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

## INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite [shotsforschool.org](http://shotsforschool.org) para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

**ADMITA INCONDICIONALMENTE** a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente\*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.<sup>†</sup>

**ADMITA CONDICIONALMENTE** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.\*

## CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

**La asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

\* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.



# Información sobre Tuberculosis e infección de Tuberculosis Latente

## ¿Qué es la tuberculosis?

Tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria que se transmite por medio del aire de una persona a otra. Aunque más a menudo la tuberculosis afecta los pulmones, puede llegar a afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, huesos, riñones y el cerebro. La tuberculosis puede convertirse en una enfermedad muy seria y llegar a ser fatal. Afortunadamente, se puede prevenir, tratar, y curar.

## ¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?

Los síntomas de la tuberculosis pueden incluir fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos y fatiga. Si la tuberculosis afecta los pulmones, los síntomas pueden incluir una tos que dura más de 2 o 3 semanas, sangre al toser y dolor en el pecho. Si usted tiene alguno de estos síntomas, necesita ver un doctor.

## ¿Es la tuberculosis un problema en el Condado de Santa Clara?

Sí. Nuestro condado ocupa el cuarto lugar en los casos más altos de la tuberculosis en California después de los condados de Los Ángeles, San Diego, y Orange. La incidencia de tuberculosis en el Condado de Santa Clara es 3 veces mayor que el nivel nacional. Se estima que 8.5% de los residentes de nuestro condado tienen una infección de tuberculosis latente, pero la mayoría no lo sabe.

## ¿A quiénes afecta la tuberculosis en el Condado de Santa Clara?

La tuberculosis puede infectar a cualquier persona que vive, trabaja o respira cerca de alguien que tiene la enfermedad de la tuberculosis infecciosa, sin importar edad, sexo o nivel socioeconómico. En este condado, más de 90% de los pacientes con la enfermedad de tuberculosis son personas que nacieron fuera de los Estados Unidos, pero la mayor parte han vivido en este país por más de 5 años. En el Condado de Santa Clara, la mayoría de los casos se encuentran en personas nacidas en Vietnam, las Filipinas e India.

## ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

La bacteria que causa tuberculosis se transmite entre personas a través del aire, cuando alguien con tuberculosis en los pulmones o la garganta tose, estornuda o habla. Las personas que estén cerca se pueden infectar al respirar la bacteria, sobre todo si están en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene la enfermedad de la tuberculosis. Cuando alguien está infectado, pero no presenta síntomas o señales de tuberculosis activa, se dice que tiene una infección de tuberculosis latente.

## ¿Cuál es la diferencia entre la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de la tuberculosis?

Infección de tuberculosis latente es cuando alguien tiene la bacteria que causa la tuberculosis, pero su cuerpo evita que la bacteria se desarrolle, y no tiene síntomas ni señales de la enfermedad de la tuberculosis. A esto se le conoce como tuberculosis latente y no es contagioso hacia otras personas.

Cuando su cuerpo ya no puede evitar que la bacteria se desarrolle, se multiplica y causa que se enferme con la enfermedad de tuberculosis. Personas con infección de tuberculosis latente pueden llegar a sufrir la enfermedad de tuberculosis en semanas o muchos años después de haber sido infectadas. Personas con la enfermedad de tuberculosis en sus pulmones o garganta usualmente están enfermos y pueden contagiar a los demás. El riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis es más alto en personas cuyo sistema inmune está debilitado.

### Ud. debe hacerse una prueba para detectar tuberculosis latente si...

- Estuvo en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene tuberculosis en los pulmones o la garganta.
- Nació en un país con un nivel alto de tuberculosis (países que no son EE. UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o de Europa Occidental y Europa del Norte).
- Sufre de una enfermedad que le pone en más riesgo de desarrollar tuberculosis, como VIH, diabetes, insuficiencia del riñón en fase terminal; cáncer de cabeza, cuello o pulmones, leucemia, linfoma o silicosis; tiene historial médico de gastrectomía o desviación gástrica; o su peso es muy bajo.
- Usa medicamentos que debilitan su sistema inmune (quimioterapia, medicamentos para evitar rechazo de trasplante, inhibidores TNF alfa, esteroides orales equivalentes a 15mg de prednisona o más por más de un mes.
- Se inyecta drogas ilícitas
- Fuma
- Trabaja o ha permanecido en un asilo, albergues para desamparados, establecimientos correccionales, u otro lugar con un grupo de personas

### ¿Cómo sé si tengo la infección de tuberculosis latente?

Para saber si usted tiene la bacteria de tuberculosis, hay una prueba de sangre (Quantiferon o T-spot), o una prueba que se aplica en la piel (TST o PPD).

Un resultado positivo indica que es probable que usted tenga la bacteria de la tuberculosis en su cuerpo. La mayoría de las personas cuyas pruebas de tuberculosis (de sangre o en la piel) son positivas tienen la infección de tuberculosis latente. Para confirmar que no tiene la enfermedad de tuberculosis, su doctor lo examinará y ordenará una radiografía de los pulmones. A veces, es necesario hacer otras pruebas para determinar si alguien tiene tuberculosis latente o enfermedad de tuberculosis

### ¿Y si alguien recibió la vacuna (BCG)?

Nunca se debe ignorar una prueba positiva de tuberculosis en la piel. Las vacunas BCG se administran en países donde la tuberculosis es común. La vacuna contra la tuberculosis (BCG), puede ayudar a prevenir que niños pequeños se enfermen seriamente de tuberculosis. Esta protección se va perdiendo al aumentar de edad. Una persona que ha sido vacunada aún puede llegar a tener tuberculosis latente o la enfermedad de tuberculosis. Alguien que recibió la vacuna BCG puede hacerse la prueba de TB de sangre o en la piel. Si tiene una opción, hacerse la prueba de sangre es mejor porque la vacuna no afecta la prueba de sangre. El resultado solo será positivo si tiene la bacteria de tuberculosis en el cuerpo

### ¿Cuál es el tratamiento para una infección de tuberculosis latente?

Una infección de tuberculosis latente se puede tratar con medicamento para prevenir la enfermedad de tuberculosis. Las opciones incluyen:

- Isoniazid y Rifampine una vez a la semana por 12 semanas
- Rifampin diario por 4 meses
- Isoniazid diario por 9 meses

Pregúntele a su doctor cual es el mejor para usted.

### ¿Por qué debo tomar medicamento si no me siento enfermo?

Si usted tiene una infección de tuberculosis latente, significa que, aunque no esté enfermo, la bacteria está en su cuerpo. Si no toma el tratamiento para la tuberculosis latente, podría desarrollar la enfermedad de la tuberculosis. Es importante que tome el tratamiento completo para que sea efectivo y la bacteria no desarrolle resistencia a la medicina. El tratamiento disminuye el riesgo de sufrir la enfermedad de tuberculosis más del 90%.

**Para más información sobre la tuberculosis, vea <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm> o acuda al Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara.**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Male/Female School: \_\_\_\_\_  
Last, First month/day/year

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
Street City Zip

### Santa Clara County Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

**This form must be completed by a licensed health professional in the U.S. and returned to the child's school.**

1. Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month) to a country with an elevated rate of TB\*?  Yes  No
2. Has your child been in close contact to anyone with TB disease in their lifetime?  Yes  No
3. Is your child immunosuppressed; current, or planned? (e.g., due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha antagonist or high-dose systemic steroids (e.g., prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks).  Yes  No

\*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e., travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in US or TST performed at age ≥ 6 months in U.S.)

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

**Enter test results for all children with a positive risk assessment:**

Date of (IGRA) _____	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date placed: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Chest X-Ray Date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
LTBI Treatment Start Date: _____ <input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months <input type="checkbox"/> Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks <input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months <input type="checkbox"/> Isoniazid and Rifampin daily - 3 advice months	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ <input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated <input type="checkbox"/> Declined against medical
Please check one of the boxes below and sign: <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test. <input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease. <input type="checkbox"/> Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no symptoms. <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms. Appointment for IGRA/TST scheduled on: _____ <input type="checkbox"/>	
Health Care Provider Signature, Title _____ Date _____	

Name/Title of Health Provider:  
 Facility/Address:  
 Phone number:

# County of Santa Clara

## Public Health Department



Tuberculosis Prevention & Control Program  
976 Lenzen Avenue, Suite 1700  
San José, CA 95126  
408.885.2440

### Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e., QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children  $\geq 2$  years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of  $\geq 10$ mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST  $\geq 5$  mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review. TB screening can be falsely negative within 8 weeks after exposure, so are best obtained 8 weeks after last exposure.

### Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children  $< 5$  years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g., cough for  $> 2-3$  weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid.

### Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
  - Isoniazid
    - 2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
    - $\geq 12$  years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
  - Rifapentine
    - 10.0-14.0 kg: 300 mg
    - 14.1-25.0 kg: 450 mg
    - 25.1-32.0 kg: 600 mg
    - 32.1-50.0 kg: 750 mg
    - $> 50$  kg: 900 mg
  - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).
- Isoniazid and Rifampin daily for 3 months: Children: Isoniazid 10-20 mg/kg (300 mg maximum) Rifampin 15-20 mg/kg; (600 mg maximum)

Board of Supervisors: Mike Wasserman, Cindy Chavez, Otto Lee, Susan Ellenberg, S. Joseph Simitian,  
County Executive: Jeffrey V. Smith

### Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31<sup>st</sup> of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

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

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> <span style="font-size: small;">MM - DD - YYYY</span> </div>
Address:			Apt.:
City:			ZIP Code: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> <span style="font-size: small;"> _ _ _ _ _ _ _ </span> </div>
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> <span style="font-size: small;"> _ _ _ _ </span> </div>
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child's Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Native American</span> <input type="checkbox"/> Black/African American <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Multi-racial</span> <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander</span> <input type="checkbox"/> Asian <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Unknown</span> <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

*Continued on Next Page*

**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:  _ _	Untreated Decay (Visible Decay Present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present)  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Urgency: <input type="radio"/> <b>No obvious problem found</b> <input type="radio"/> <b>Early dental care recommended</b> (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="radio"/> <b>Urgent care needed</b> (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)		
_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i>	_____ <i>CA License Number</i>	_____ <i>Date</i>

\*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings  
 Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

**Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)**

Parent notified that child has urgent dental care need on:	_ _
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	_ _
Did child receive needed treatment? <input type="radio"/> <b>Yes</b> <input type="radio"/> <b>No</b> (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) <input type="radio"/> <b>I don't know</b>	

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 31st of your child's first school year.**

***Original to be kept in child's school record.***

**Waiver of Oral Health Assessment Requirement**

Please fill out this form if you need to excuse your child the oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

**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:	Year child starts kindergarten: 
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:	Child's Gender: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	
Child's Race/Ethnicity:	<input type="radio"/> White <input type="radio"/> Black/African American <input type="radio"/> Hispanic/Latino <input type="radio"/> Asian <input type="radio"/> Other (please specify) <input type="radio"/> Native American <input type="radio"/> Multi-racial <input type="radio"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="radio"/> Unknown		

*Continued on Next Page*

**Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement**

Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):

<input type="checkbox"/>	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is:  <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Covered California <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> None  <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/>	I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).
<input type="checkbox"/>	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____ _____

**If asking to be excused from this requirement:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Signature of parent or guardian</i>	<i>Date</i>

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.***

## 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 entregelo 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)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
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.

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

Fecha

\*de ser indicado

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(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

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

