

# MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT CENTER

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037 PHONE: 408-201-6030 | enrollment@mhusd.org

# Lista de verificación de registro

1401	Mpre de Estudiante:	Segundo Nom	bre
Esc	uela de residencia: Grado:		
El P	aquete Completo de Inscripción de Estudiantes incluye:	Escuelas Indican	Padres Indican
l.	Confirmación de inscripción en línea (impresa)		
	<ul> <li>a. Certificado de nacimiento o pasaporte (u otra prueba de edad, incluida la declaración jurada de edad)</li> </ul>	+	
	<ul> <li>b. Prueba de vacunas</li> <li>Prueba de TB (PPD) (si proviene de fuera del Condado de Santa Clara)</li> <li>* debe estar firmado / sellado por un médico</li> </ul>		
	<ul> <li>c. Físico de salud completado dentro de los 6 meses posteriores al primer día de clases para Kindergarten o dentro de los 18 meses posteriores al primer día de clases para el primer (grado)</li> <li>* debe estar firmado / sellado por un médico</li> </ul>		
	<ul> <li>d. Verificación de residencia</li> <li>Factura de servicios públicos</li> <li>Copia de su contrato de arrendamiento / alquiler / papeleo de depositó en garantía</li> <li>Recibo de pago de impuesto predial</li> <li>Talón de pago</li> <li>Registro de votantes o correspondencia de una agencia gubernamental</li> <li>Declaración jurada de residencia</li> </ul>		
II.	Memorando de entendimiento firmado	**************************************	
III. IV.	Forma de solicitud de evaluación de Salud Oral * debe estar firmado / sellado por un médico a menos que los padres lo renuncien Identificación con foto del padre / tutor		
V.	Encuesta de Migrantes		
۷I.	IEP (si el estudiante tiene uno)		-
	For Office Use Only	• • • • • • • •	••••••
		Vento: Yes	/No (circle)
	Medical Considerations:		( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( (
	Docs Scanned: Entered into Aeries:  (Date) (Date)	e)	r.
	Signature of Admin/Registrar:	(C.A.	

Last,         First         month/day/year           Address         Ph           Street         City         Zip	ione:					
	one.					
arreer city Zin		Gı	rade:			
One Only Zip						
Santa Clara County Public Healt	th Depart	ment				
Tuberculosis (TB) Risk Assessment fo	-					
This form must be completed by a licensed health professional in the	U.S. and re	turned to the	e child's school			
Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month)		turned to the				
country with an elevated rate of TB*?	io a	☐ Yes	□ No			
2. Has your child been in close contact to anyone with tuberculosis (TB) d their lifetime?	lisease in	☐ Yes	□ No			
3. Is your child immunosuppressed; current, or planned? (e.g., due to HIV organ transplant, treatment with TNF-alpha antagonist or high-dose syste steroids (e.g. prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks).	' infection, mic	☐ Yes	□ No			
*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a This does not include tourist travel for <1 month (i.e., travel that does not in significant contact with the local population).	a country in v avolve visiting	western or no g family or fri	rthern Europe. ends, or involve			
If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥6 months in the U.S.).						
(CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommend documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptonormal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent Enter test results for all children with a positive risk assessment:	r latent TB in toms or sign:	nfection, or Bo is of TB disea	CG-vaccinated se and the CXR is			
Interferon Gamma Release Assay (IGRA)						
Date: Result: ☐ Neg	ative 🛚 P	ositive 🛚 In	determinate			
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Induration	mm					
Date placed: Date read: Result: ☐ Neg	ative 🗅 P	ositive				
Chest X-Ray Date: Impression: ☐ Normal ☐ Abnor	mal					
LTBI Treatment Start Date: ☐ Prior TB/LT☐ Rifampin daily - 4 months	Bi treatmen	ıt (Rx & durati	on):			
☐ Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks ☐ Treatment	medically co	ntraindicated				
☐ Isoniazid daily - 9 months ☐ Other: ☐ Declined ac	gainst medic	al advice				
Please check one of the boxes below and sign:  Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no	re a TB test. TB disease					
Health Care Provider Signa	ature. Title		Date			
Name/Title of Health Provider: License Number: Facility/Address: Phone number:			5410			

## County of Santa Clara Public Health Department

Administration 976 Lenzen Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor San José, CA 95126



15 de abril de 2014

Estimados padres y tutores.

El Condado de Santa Clara continúa teniendo uno de los más altos índices de tuberculosis en los Estados Unidos. La tuberculosis es una infección de bacteria que se transmite a través del aire y puede afectar los pulmones, el cerebro, los huesos, o cualquier parte del cuerpo. Los niños se pueden infectar cuando viajan, o cuando otras personas en la casa, familiares o visitantes tienen la infección. Los niños que son expuestos a una persona con tuberculosis tienen un alto riesgo de resultar con tuberculosis activa. Si se diagnostica a tiempo, la tuberculosis se puede tratar, y prevenir su contagio.

En el Condado de Santa Clara, es obligatorio que a los estudiantes que se inscriben para la escuela les hagan la prueba de la tuberculosis. Sin embargo, partir del 1 de junio de 2014, se requerirá que SÓLO se hagan la prueba los estudiantes cuyo pediatra identifique algún factor de riesgo que indique exposición a la tuberculosis. Antes de inscribirse en la escuela, se requerirá que el pediatra complete el formulario "Santa Clara County Public Health Department Risk Assessment for School Entry", que aquí se incluye. Lleven este formulario para que lo complete el pediatra de su niño, y ya lleno entréguenlo a la escuela. Este requisito es tanto para estudiantes que asisten a escuelas públicas como privadas en el Condado de Santa Clara, y se basa en la autoridad otorgada por el Oficial de Salud del Condado de Santa Clara, de acuerdo al Código de Salud y Seguridad de California, Sección 121515.

Este nuevo reglamento disminuye el número de pruebas innecesarias, y permite que los pediatras se aseguren que los niños con la infección de tuberculosis sean evaluados y tratados a tiempo.

Gracias por ayudarnos a proteger la salud de sus niños.

Atentamente.

Teèb Al-Samarrai, MD

Supervisor del Control de la Tuberculosis

Board of Supervisors: Mike Wasserman, Cindy Chavez, Dave Cortese, Ken Yeager, S. Joseph Simitian County Executive: Jeffrey V. Smith

# 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 ≥ 2 years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of ≥10mm 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 ≥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.</li>
- 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 (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) 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) ≥ 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).

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

# County of Santa Clara Public Health Department

Immunization Education and Planning Program 1993 McKee Road, Bldg.B San José, CA 95116 Phone: 408.937.2271 Fax: 408.937.2272



December 1, 2015

Estimado padre de familia o tutor:

Re: Nuevos requisitos de inmunización en 2016

Bajo una nueva ley conocida como SB 277, empezando el 1 de enero de 2016, las exenciones basadas en creencias personales, incluyendo las creencias religiosas, ya no serán una opción para las vacunas que actualmente se requieren para entrar al cuidado infantil o la escuela en California. Esta nueva ley no afectará a la mayoría de las familias, ya que sus hijos han recibido todas las vacunas requeridas.

Las exenciones personales en el registro de un niño que ya está asistiendo al cuidado infantil o la escuela permanecerán válidas hasta el momento que el niño llegue al siguiente punto de verificación de inmunización al entrar Kindergarten (o Kínder de transición) o el 7° grado.

Para más información acerca de SB 277, por favor lea las Preguntas Frecuentes disponibles en: http://bit.do/SB277espanol.

Para más información acerca de los requisitos de vacunación y otros recursos, por favor visite el sitio web del Departamento de Salud Pública de California en <u>www.shotsforschool.org</u> o contacte a su <u>departamento de salud pública local</u> o la <u>oficina de educación de su condado</u>.

Gracias por ayudar a mantener sanos a nuestros niños y comunidad.

Atentamente,

Departamento de Salud Publica del Condado de Santa Clara

# 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, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL G	MADRE O EL GUAR	UARDIÁN						
NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre		Segundo Nombre		<u>u</u>	CHA DE NACIN	FECHA DE NACIMIENTOMes/Día/Año	ia/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad		Zona Postal	Escuela				
PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD	OOR DE SALUD							
EXAMEN DE SALUD	REGIST	REGISTRO DE INMUNIZACIONES						
AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad		<b>Aviso al Examinador:</b> Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.	é a la familia, una vez co	mpletado, o a l	a fecha, el R	egistro de Inn	nunización de	California en
de 4 anos y 3 meses.		<b>Aviso a la Escuela:</b> Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.	nte las fechas de inmuniz	zación sobre el	Registro de	Inmunización	de la escuela	de California
PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS FECHA(mm/dd/aa)	(Jaa)			H	CHA EN QUI	E CADA DOS	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA	
Historia de Salud		VACUNA		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
Examen Físico / /	Polio	POLIO (OPV o IPV)		######################################				
Evaluación de Dientes	DTaP/ID	aP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis	y [acellular] pertusis					
Evaluación de Nutrición	tos feri	[tos ferina]) O (tétano y differia solamente)	amente)					
Evaluación del Desarrollo	MMR (s	MMR (sarampión, paperas, rubéola)	(a)					
Pruebas Visuales / /	HIB WE	HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B)	B)					
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	(Kedue)	(Requerida para centros de cuidac preescolares solamente)	to para ninos y centros					
Evaluacion de Riesgo y prueba Tuberculosis* / /	HEDATITIS	A SILI						
Análisis de Sangre (para anemia)								
Análisis de Orina	VARICE	VARICELLA (Viruelas locas)						
Análisis de Sangre para el plomo	OTRA	OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)	licado)					
Otra / /	OTRA	75000						
PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)	DE SALUD (optional)	X	PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD	N DIVULGAR (I	<b>JISTRIBUIR</b>	EL INFORM	E DE SALUD	
RESULTADOS Y RECOMENDACIONES Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado	nado el consentimiento para divulgar		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	de salud para	que comparta	a con la escu	ela la informac	ión adicional
(distribuir) la información de salud de su niño/niña.			To Day found morning acts agis of 114 as deep and a serminador lland to Days III	o cocop ou bi	:: or or or or or	I of oad!	III otro	
El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades escolares.		de los programas	avol manque cota caja or c	od. no desea q		ממסו וופנופ ומ		
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)	una evaluación posterio explique)	r que son de						
		Firma	Firma del padre/madre o guardián				Fecha	
*de ser indicado		Firma	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 Jovenes (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: <a href="www.dhcs.ca.gov/services/chdp">www.dhcs.ca.gov/services/chdp</a>
CHDP website: <a href="www.dhcs.ca.gov/services/chdp">www.dhcs.ca.gov/services/chdp</a>



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MORGAN HILL DEPARTAMENTO DE INSCRIPCIÓN

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037

PHONE: 408-201-6030 | EMAIL: enrollment@mhusd.org

# Memorando de Entendimiento

(Proceso de inscripción para nuevos estudiantes de TK-5 y TK-8)

Los padres que deseen inscribir a sus hijos en cualquiera de las escuelas primarias del Distrito Escolar Unificado de Morgan Hill pueden presentar una solicitud en línea visitando la página web del distrito: mhusd.org y haciendo clic en el botón Inscribirse. La inscripción debe completarse para cada estudiante individual.

1.Los requisitos para inscribirse en una escuela primaria incluyen lo siguiente:

- V Prueba de edad (certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte o declaración jurada de prueba de edad si no hay otro documento disponible)
- √ Prueba de inmunizaciones
- V Prueba de tuberculosis (TB) o formulario de exención de tuberculosis
- √ Examen físico de salud: se requiere un examen físico para ingresar al Kinder y al primer grado
- ν Prueba de residencia (Ver lista de verificación adjunta) y Cuestionario / Declaración jurada de residencia del estudiante
- v Formulario de confirmación de inscripción firmado (que se imprimirá al completar la inscripción en línea) para los grados TK-5 o TK-8
- √ Memorando de entendimiento firmado
- V Formulario de solicitud de exención / evaluación de salud oral completo
- √ Informe completo del examen de salud para el ingreso a la escuela
- √ Encuesta migratoria completa
- √ Identificación con foto del padre o tutor legal

Todos los documentos deben completarse antes de que su hijo sea considerado registrado. Una vez que se haya completado la inscripción en línea, todos los documentos requeridos deben enviarse a la escuela de residencia del estudiante. La escuela finalizará la inscripción y el sistema marcará la fecha y la hora en el registro de inscripción.

- 2.Al comienzo del año, todos los estudiantes son colocados tentativamente en su escuela de origen hasta que se hayan establecido los números finales de inscripción. Se realizan recuentas diarias en cada escuela durante los primeros 15 a 20 días. Los directores y administradores de la oficina del distrito luego determinan qué escuelas están inscritas por encima y por debajo en un esfuerzo por cumplir con nuestros requisitos de reducción del tamaño de las clases, así como con el lenguaje del contrato de la Federación de Maestros de Morgan Hill. Si ocurre un exceso en un nivel de grado en particular dentro de una escuela, los estudiantes con la última fecha y hora serán "desbordados" (trasladados) a otra escuela dentro del distrito. Este movimiento puede ocurrir hasta un mes después de que haya comenzado el año escolar.
- 3.Si los estudiantes se van a desbordar de una escuela, el director primero pedirá voluntarios a todos los padres. Si no hay voluntarios y se van a producir desbordamientos, se le indicará al personal de las escuelas que mueva a los estudiantes según la fecha y la hora, es decir, los estudiantes que se inscribieron en último lugar serán los primeros en cambiar. El director o el Centro de inscripción llamará a todos los padres de los niños para que se desborden y les informará sobre su nueva asignación escolar dos a cinco días antes de la mudanza. Los hermanos también pueden ser trasladados si el padre lo solicita y si hay espacio en la escuela adicional. El Centro de Inscripción supervisará los números de inscripción y determinará si los estudiantes pueden regresar a su escuela de residencia en caso de que haya espacio disponible.
- 4.Los estudiantes son llamados a regresar a sus escuelas de residencia conforme haya espacios vacantes. Los padres pueden elegir si sus hijos regresarán o no a su escuela de residencia durante el año. Si el padre decide esperar hasta el próximo año para regresar a su escuela de residencia, todos los registros, tanto electrónicos como en papel, serán devueltos a la escuela de residencia en junio en preparación para el próximo año escolar. Si un padre decide trasladar a su hijo a su escuela de residencia durante el año, el traslado se lleva a cabo dentro de dos a cinco días. El distrito dejará de llamar a los estudiantes a su escuela de residencia a partir del 20 de diciembre de cualquier año escolar en un esfuerzo por minimizar la interrupción de su programa educativo.
- 5. Todos los registros de los niños que aún asisten a su escuela de desborde al final del año escolar se transferirán a su escuela de residencia en junio. Los padres pueden optar por hacer de su escuela de desborde su escuela de residencia. El Centro de inscripciones se comunicará con todas las familias de más de estudiantes en la primavera para determinar la ubicación para el año siguiente.
- 6. No se proporciona transporte para los estudiantes que son movidos a otras escuelas.

7.Si un estudiante se inscribe en la escuela después de que las clases se hayan equilibrado en septiembre, la escuela de residencia verifica la disponibilidad de un cupo disponible. Si no hay un asiento disponible en la escuela de residencia de un estudiante, el Centro de inscripción intentará encontrar un asiento para el estudiante en una escuela cercana. Se hacen esfuerzos para colocar a todos los hermanos en la misma escuela. En algunos casos, varios niños de una familia son movidos a diferentes escuelas en el espacio en el evento que no está disponible.

He revisado el proceso de inscripción de nuevos estudiantes TK-5 / TK-8 para el Distrito Escolar Unificado de Morgan Hill y entiendo que el personal del Centro de Inscripción del Distrito y / o el personal de la escuela no podrán brindarme garantías en cuanto a la asignación escolar permanente de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor Legal:	Eachas
Tima ac Taure, rater Ecgan	Fecha:



# MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT CENTER

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037 PHONE: 408-201-6030 | EMAIL: enrollment@mhusd.org

## Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

	del menor:	Apellido:		Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:					Dpto.:
Ciudad:					Código postal:
Nombre de la esc	cuela:	Maestro:		Grado:	Sexo del menor:
Nombre del padr	ro/madro/tutor	Paza/origen ét	tetra dal manage		□ Femenino
Nombre del padi	'e/friadre/ tutor:	□ Blanco □ I	tnico del menor: Negro/Afroamericano □ Hispan americano □ Multirracial □ □ awaii/islas del Pacífico □ Descon	Otro	
ección 2. Infor	mación de salud dental: de	ebe ser completad:	a por un profesional de la sa	lud dental matricu	lado de California
	NTE: Considere cada casilla				ideo de come
	OTE: Consider each box se				
Fecha de la	Incidencia de caries	Caries visibles	Urgencia de tratamiento:		
valuación: (Caries visibles y/o presentes: Ningún problema obvio					
	□ Sí	□ Sí	□ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se		
□ No □ No beneficiará del sellador den				de una evaluación adi	icional
				dolor, infección, inflan	nación o lesiones del tejido blando
	Table				80°
		700 (100)	Número de matrícu	ıla de CA	Fecha
Firma del profe	esional de salud dental matric	rulado	Numero de matrici		
ección 3. Exenció ebe ser completa olicito que mi hijo D No pu El pl	ón del requisito de evaluación ado por el padre, la madre o o sea eximido de este chequed uedo encontrar un consultorio lan de seguro dental de mi hij	i de salud dental el tutor que solicita q o dental porque: (mar dental que acepte el o es:	que su hijo/a sea eximido de est rque la casilla que describa el mi I plan de seguro dental de mi hijo Kids □ Otro	otivo)	
ección 3. Exenció ebe ser completa olicito que mi hijo □ No pu El pl □ M	ón del requisito de evaluación ado por el padre, la madre o o sea eximido de este chequed uedo encontrar un consultorio lan de seguro dental de mi hij	i de salud dental el tutor que solicita q o dental porque: (mar dental que acepte el o es: Families 🗆 Healthy	que su hijo/a sea eximido de est rque la casilla que describa el mi I plan de seguro dental de mi hijo	otivo)	
ección 3. Exenció ebe ser completa olicito que mi hijo olicito que mi hijo olicito que mi El pl olicito olicit	ón del requisito de evaluación del requisito de evaluación de o o o sea eximido de este chequedudo encontrar un consultorio lan de seguro dental de mi hijuledical/Denti-Cal    Healthy	i de salud dental el tutor que solicita q o dental porque: (mar dental que acepte el o es: Families □ Healthy de mi hijo.	que su hijo/a sea eximido de est rque la casilla que describa el mi I plan de seguro dental de mi hijo	otivo)	
ección 3. Exenció ebe ser completa olicito que mi hijo De No pu El pl De Mo pu	ón del requisito de evaluación ado por el padre, la madre o o o sea eximido de este chequeo dedo encontrar un consultorio lan de seguro dental de mi hijuledi-Cal/Denti-Cal    Dedo pagar el chequeo dental de mi de o pagar el chequeo dental de o pagar el chequeo dental de o o o o o o o o o o o o o o o o o o	i de salud dental el tutor que solicita q o dental porque: (mar i dental que acepte el o es: Families □ Healthy de mi hijo. un chequeo dental.	que su hijo/a sea eximido de est rque la casilla que describa el mi I plan de seguro dental de mi hijo Kids	otivo)	
ección 3. Exenció ebe ser completa olicito que mi hijo olicito que mi hijo olicito que mi hijo olicito que olicito que olicito na cue olicito na cue olicito na cue olicito na cue olicito na cue olicito que mi hijo olicito que	ón del requisito de evaluación ado por el padre, la madre o o o sea eximido de este chequed de encontrar un consultorio lan de seguro dental de mi hijuledi-Cal/Denti-Cal    Healthy uedo pagar el chequeo dental de ni pagar el chequeo dental de mi hijuledo pagar el chequeo dental de mi hijo se le haga un pagar el chequeo dental de ni pagar el chequeo de ni pagar el chequeo dental de ni pagar el chequeo de ni pagar el ni pagar el chequeo de ni pagar el ni pagar el chequeo de ni pagar el ni pa	i de salud dental el tutor que solicita q o dental porque: (mar i dental que acepte el o es: Families □ Healthy de mi hijo. un chequeo dental.	que su hijo/a sea eximido de est rque la casilla que describa el mi I plan de seguro dental de mi hijo Kids	otivo) o. 🗆 Ninguno	

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.



# MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT ENROLLMENT CENTER

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037 PHONE: 408-201-6030 | EMAIL: enrollment@mhusd.org

## Forma del Examen de Salud Oral

Para asegurar que su hijo esté listo para la escuela, la ley del Estado de California, *Código Educativo*, Sección 49452.8, ahora requiere que su hijo tenga una evaluación de salud oral (examen dental) antes del 31 de mayo en Kínder o el primer grado, cualquiera sea su primer año en la escuela pública. Las evaluaciones que se hayan realizado dentro de los 12 meses antes que su hijo entre a la escuela también cumplen con este requisito. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista con licencia u otro profesional de salud dental registrado o con licencia.

Por favor, tome la forma de Evaluación/Renuncia de Solicitud de Salud Oral adjunta a la oficina dental, ya que será necesario para el chequeo dental de su hijo. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de la forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo o en línea en el sitio web del Departamento de Educación de California en http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Los siguientes recursos le ayudaran a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

- El sitio web o número gratuito puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384;
   <a href="http://www.denti-cal.ca.gov">http://www.denti-cal.ca.gov</a>. Para ayuda en inscribir a su hijo para Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con su agencia local de servicios sociales en http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/Countylisting1.htm.)
- El número de teléfono gratuito o página web de Healthy Families' puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para saber si puede inscribirse a su hijo en el programa: 1-800-880-5305 o http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp.
- Para obtener recursos adicionales que pueden ser de ayuda, póngase en contacto con el departamento local de salud pública al http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/Countylisting1.htm)

¡Recuerde que su hijo no está saludable y listo para la escuela si él o ella tienen mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse saludable:

- Lleve a su hijo al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los alimentos más saludables.
- Cepillarse los dientes a lo menos dos veces al día con pasta dental que contenga fluoruro.
- Limite los dulces y las bebidas dulces, como el ponche o soda. Sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y remplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo. Sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, lo que puede conducir a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No son solo los dientes que se caerán. Los niños necesitan sus dientes para comer adecuadamente, hablar, sonreír y sentirse bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener dificultad para comer, dejan de sonreír, y tienen problemas para prestar atención y aprender en la escuela. La caries dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si los caires no son atendidos, los niños pueden enfermarse hasta el punto de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que incluyen en el progreso y el éxito de un niño en la escuela, incluyendo la salud. Los niños deben estar saludables para aprender, y los niños con caires no son saludables. Las caries son prevenibles, pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Gracias por su cooperación con este nuevo requisito estatal. Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental, por favor póngase en contacto con una enfermera escolar al 408-201-6040.

Enrollment Center MHUSD



# MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT MIGRANT CENTER

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037 PHONE: 408-201-6030 | EMAIL: enrollment@mhusd.org

If you qualify for the Migrant Program you may be eligible for:
\*Preschool Services \*Health Services \*Free food and
transportation \*Academic Resources-PASS Program-credit
recovery \*Summer School Programs

Student's Name:		_ School Name:			
Parent's Name:		Phone Number: Today's Date:			
(Circle) <b>Yes</b> 2. When you move w	Has your family moved in or out of the Morgan Hill area within the last 3 years?  (Circle) Yes No  When you move within the last 3 years, did you or a member of your family seek or obtain sease employment in one or more of the following? (Circle) Yes No				
( ) Agriculture ( ) Dairy ( ) Plant Nursery	( ) Food Packaging ( ) Fishing Industries	**Please fill out co to your child's sc	mpletely and return hool.		
MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT	Pi	MORGAN HILL UNIFIE 15600 CONCORD CIRCLE, HONE: 408-201-6030   EMAIL	MIGRANT CENTER MORGAN HILL, CA 95037		
*Se *Se	alifican para el programa migra ervicios pre-escolares *Comid ervicios de salud *Recursos ac ditos PASS *Programa de escu	a y transporte gratis cadémicos-Recuperación de			
Nombre de padres:		Teléfono: Fecha:			
3 años?	familia fuera o dentro de la ciu	(Circule) Sí No			
	n en los últimos 3 años, ¿usted n uno o más de lo siguiente?	o algún miembro de su fan (Circule) <b>Sí No</b>			
( ) En el campo ( ) Lechería ( ) Viveros	( ) Empacadoras ( ) Pesca	**Favor de llenar c regresar a la escu			