

____ Matrícula Kindergarten

____ Matrícula Kindergarten
de Transición

**MATRÍCULA PARA KINDER DE TRANSICIÓN (TK) /
KINDERGARTEN 2022-2023**

El 1 de marzo del 2022, el Distrito Escolar de Oak Grove comienza el periodo de matrícula para los niños que entran a kindergarten y kindergarten de transición (TK) en agosto del 2021. Los niños nacidos el 1° de septiembre del 2017 o antes se pueden matricular en nuestro programa de kindergarten. **LOS NIÑOS NACIDOS ENTRE EL 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2017 Y EL 2 DE FEBRERO DEL 2018 PUEDEN MATRICULARSE EN EL PROGRAMA DE KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN DEL DISTRITO DE OAK GROVE.**

LOS PADRES/TUTORES DEBEN PRESENTAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA MATRÍCULA. (Use esta carta como guía a medida que va reuniendo la información)

____ 1. **Verificación de la edad** (una de las pruebas siguientes):

- a. Copia certificada del acta de nacimiento
- b. Declaración del registrador local o registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento
- c. Certificado de bautismo
- d. Pasaporte
- e. Cuando no se puede obtener ninguno de los documentos anteriores, una declaración jurada del padre, madre, tutor o custodio o cualquier otro medio apropiado para comprobar la edad del niño(a).

____ 2. **Verificación del domicilio** (una de las pruebas siguientes):

- a. Factura de servicios públicos (del teléfono de la casa, factura de PG&E, agua, etc.)
- b. Contrato de alquiler, arrendamiento o recibos de pago
- c. Contrato de servicios públicos, estados de cuenta o recibos de pago
- d. Talón de pago de salario
- e. Registro de votantes
- f. Correspondencia de una agencia gubernamental
- g. Declaración de residencia ejecutada por los padres o tutor legal del estudiante.

____ 3. **Verificación del médico del mes y año de las vacunas siguientes:**

- a. **Poliomielitis (4 dosis)** pero 3 dosis son aceptables si la última dosis se administró después de los 4 años.
____ - OPV o IPV
- b. **DPT: (5 dosis)** pero se aceptan 4 dosis si la última se administró después de los 4 años.
____ - Difteria
____ - Tétano
____ - Tos ferina (*pertussis*)
- c. **MMR (2 dosis)** La primera dosis se debe administrar en el primer año de edad o después.
____ - Sarampión
____ - Paperas
____ - Rubéola
- ____ d. **Hepatitis B (3 dosis)**
- ____ e. **Varicela (2 dosis)**

____ 4. **Formulario de evaluación de riesgo de tuberculosis para la Escuela** del Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara completado por el pediatra dentro de los 12 meses antes de matricularse en la escuela.

____ 5. **Revisión médica completa** (efectuada después del 1° de marzo del 2022).

____ 6. **Examen dental** (completado dentro de los 12 meses anteriores al jardín de infantes)

NOTA: LA LEY EXIGE que todos los niños se hagan una revisión médica completa dentro de un plazo de 18 meses antes de comenzar primer grado. Las normas del distrito exigen que su hijo se haga una revisión médica completa en un plazo que no exceda los seis meses anteriores al comienzo de kindergarten (**después del 1° de marzo del 2021**). Hemos incluido un formulario para el informe del médico con los materiales para hacer la matrícula. La mayoría de los médicos prefieren realizar la revisión médica cuando actualizan las vacunas.

El plazo de matrícula para TK/Kindergarten comenzará el 1° de marzo del 2022. Para más información, por favor comunicarse con su escuela local o visite nuestro sitio web en www.ogsd.net

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 entregarlo 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 Audímetro (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.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTpP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (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 concierren 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
Firma del examinador de salud	Fecha

*de ser indicado

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.dhs.ca.gov/serVICES/chdp



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408-225-3548)

Estimados Padres o Tutores:

La ley de California exige que su hijo/a tenga una revisión dental en kindergarten o en primer grado, en su primer año en la escuela. El Distrito Escolar de Oak Grove requiere esta revisión dental *antes* de entrar a kindergarten. Se aceptarán las revisiones dentales del niño/a hasta 12 meses antes de ingresar en la escuela. La ley especifica que este examen dental debe realizarlo un dentista licenciado y otro profesional licenciado o registrado de salud dental.

Lleve la evaluación de salud dental/petición de exención a la consulta del dentista, ya que lo necesitarán para la revisión del niño/a. Si no pueden llevar a su hijo/a a esta revisión obligatoria, por favor indique cuál es la razón en la sección 3 del formulario.

Las entidades enumeradas a continuación le ayudarán a encontrar un dentista para hacer la revisión:

1. Llamando al teléfono gratuito de Medi-Cal/Denti-Cal al **1-800-322-6384** o visitando el sitio web www.denti-cal.ca.gov puede averiguar donde encontrar un dentista que acepte Denti-Cal.
2. Llamando al teléfono gratuito de Healthy Families al **1-800-880-5305** o visitando el sitio web <http://www.benefitscal.com/> puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte seguro dental de Healthy Families.
3. Healthy Kids es otro programa de seguro dental de bajo costo para el quizá reúna los requisitos. Para averiguar si su hijo/a se puede beneficiar de alguno de estos programas o de Healthy Kids, llamen al número gratuito **1-800-821-5437**.

Recuerden que su hijo/a no está sano ni está listo para la escuela si su salud dental no es buena. A continuación les presentamos consejos importantes para preservar la buena salud del niño/a:

- Lleve a su hijo/ al dentista al menos dos veces al año.
- Elija alimentos sanos para toda la familia. Los alimentos frescos suelen ser los más sanos.
- Cepillarse los dientes al menos dos veces al día con pasta dental que contenga flúor.
- Limite el consumo de dulces y bebidas edulcoradas como el ponche o las bebidas gaseosas. Las bebidas edulcoradas y los dulces contienen mucho azúcar, que produce caries y reemplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo/a. Estos alimentos dulces también contribuyen a problemas de sobrepeso, que pueden acabar en diabetes. Cuantos menos dulces y bebidas edulcoradas ¡mejor!

Los dientes de bebé son muy importantes, y no son sólo dientes que se van a caer. Los niños los necesitan para comer bien, hablar, sonreír y sentirse bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener problemas para comer, pueden dejar de sonreír y pueden tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela. La caries es una infección que no se cura y que puede ser dolorosa si no se trata. Los niños se pueden poner enfermos, necesitar tratamiento urgente y sus dientes permanentes pueden quedar dañados.

Hay muchos factores que contribuyen al progreso y al éxito de los niños en la escuela, incluyendo la salud. Los niños deben de estar sanos para poder aprender, y si tienen caries no lo están. La caries se puede prevenir, pero afecta a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene alguna pregunta sobre este requisito de salud dental, por favor contacte a la enferma del distrito al 408-227-8300, ext. 100278.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) tenga un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional de salud dental licenciado por el estado de California y operando dentro del alcance de su práctica debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si su hijo(a) ha tenido un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerle el examen dental, llene la Sección 3.

Sección 1: Información del Estudiante (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Unidad:
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(a) Niño(a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional) (Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)

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

Assessment Date: (fecha de evaluación)	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) (caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	Visible Decay Present: (caries visibles presentes) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	Treatment Urgency (urgencia de tratamiento): <input type="checkbox"/> No obvious problem found (no se encuentra ningún problema obvio) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) (se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) (se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)
Licensed Dental Professional Signature (Firma del Profesional de Salud Dental)			CA License Number (Número de Licencia de California)
			Date (Fecha)

Sección 3: Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Dental

A ser completado por el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito

Por favor excuse a mi hijo(a) de tener el examen dental ya que: (Marque el encasillado que mejor describa la razón)

- No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).
 El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
 - No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).
 - No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.
- Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental: _____

Si quiere ser excusado de éste requisito: ► _____
Firma del padre o tutor *Fecha*

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún reporte hecho a consecuencia de dicha ley. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo(a).
 El original será guardado en el registro escolar del estudiante.

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 ≥ 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 ≥ 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.

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 (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).

For additional information: www.sccphd.org/tb or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.

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 tuberculosis (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 (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.).

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:

Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	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"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ <input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated <input type="checkbox"/> Declined against medical advice	
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"/>	
_____ Health Care Provider Signature, Title Date	

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



OAK GROVE
SCHOOL DISTRICT

6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119 408-227-8300 Fax 408-227-2719

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo/a necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese el formulario a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento

Limitaciones físicas _____
 Equipo especializado necesario en casa
 Equipo especializado necesario en la escuela

Otras condiciones _____

Diabetes Tipo I Tipo II

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo/a actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____

Fecha _____

For Office Use Only:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Orders for School* indicating parent review

Original to Cum Faxed to District Nurse 408-225-3752 Health Assistant Teacher



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

Student's Name _____ Teacher _____

EMERGENCY INFORMATION (This will be used if the Emergency Card is not available)

If I cannot be reached, I authorize the school to contact the person listed below. I further authorize the school to release the student to the person listed below.

Name: _____ Phone: _____

I also give my consent for emergency medical or dental treatment, including transportation to the nearest emergency aid facility, if I or the person listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

INFORMACION DE EMERGENCIA (Esta información será usada si la Tarjeta de Emergencia no está disponible.)

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo que la escuela se comunique con la persona cuyo nombre aparece abajo. Además, autorizo a la escuela a entregar al/a estudiante a la persona anotada abajo.

Nombre _____ Teléfono _____

También doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico o dental incluyendo transportación al lugar médico más cercano si no se pueden poner en contacto conmigo o con la persona cuyo nombre aparece anotado arriba.

Firma del padre/Tutor legal _____ Fecha _____

CHI TIẾT VỀ SỰ KHẨN CẤP LIÊN QUAN ĐẾN EM HỌC SINH (Chi tiết này sẽ được dùng nếu không có Thẻ Khẩn Cấp)

Trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với chúng tôi, chúng tôi cho phép nhà trường liên lạc với người có tên dưới đây. Ngoài ra, chúng tôi cũng cho phép nhà trường được quyền trao con em tôi cho người có tên dưới đây.

Tên _____ Điện thoại _____

Chúng tôi cũng đồng ý cho nhà trường mang con em tôi đến phòng cấp cứu gần nhất để chữa bệnh hay chữa răng nếu nhà trường không liên lạc được với người có tên nêu trên.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày _____

Attachment to forms 2339, 2347, 2348

Our mission . . . "to ensure that every child's potential is achieved."