

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 \geq 15 mg/day for \geq 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 \geq 2 years in US or TST performed at age \geq 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)	Induration _____ mm
Date placed: _____ Date read: _____	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 ≥ 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. 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)
 - ≥ 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)

County of Santa Clara
Public Health Department



Administration
976 Lenzen Avenue, 2nd 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.

Teeb Al-Samarrai, MD
Supervisor del Control de la Tuberculosis

**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 Kinder 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 www.shotsforschool.org o contacte a su departamento de salud pública local o la oficina de educación de su condado.

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

Atentamente,

Departamento de Salud Pública 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, pídale 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 GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Zona Postal	Escuela
Primer Nombre	Ciudad	

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.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (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 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
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.dhcs.ca.gov/services/chdp



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:

- ✓ 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
- ✓ 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
- ✓ Prueba de residencia (Ver lista de verificación adjunta) y Cuestionario / Declaración jurada de residencia del estudiante
- ✓ 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
- ✓ 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 recuentos diarios 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.

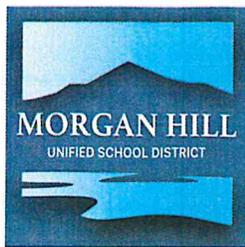
5. Todos los registros de los niños que aún asisten a su escuela de desborde al final del año escolar se transferirán a su escuela de residencia en junio. Los padres pueden optar por hacer de su escuela de desborde su escuela de residencia. El Centro de inscripciones se comunicará con todas las familias 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: _____ Fecha: _____



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; <http://www.denti-cal.ca.gov>. 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 reemplaza 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 caries 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 caries 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.



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)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

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

Fecha de la evaluación:	Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
Firma del profesional de salud dental matriculado		Número de matrícula de CA	Fecha

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

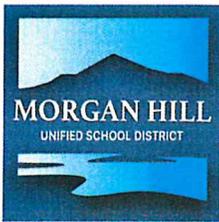
- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
El plan de seguro dental de mi hijo es:
 Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno
 - No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
 - No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental:

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

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

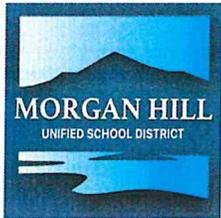
If you qualify for the Migrant Program you may be eligible for:
 *Preschool Services *Health Services *Free food and transportation
 *Academic Resources-PASS Program-credit recovery *Summer School Programs

Student's Name: _____ School Name: _____
 Parent's Name: _____ Phone Number: _____
 Today's Date: _____

- Has your family moved in or out of the Morgan Hill area within the last 3 years?
 (Circle) **Yes** **No**
- When you moved within the last 3 years, did you or a member of your family seek or obtain seasonal employment in one or more of the following? (Circle) **Yes** **No**

- () Agriculture () Food Packaging
 () Dairy () Fishing Industries
 () Plant Nursery

**Please fill out completely and return to your child's school.



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

Si califican para el programa migrante puede ser elegible para:
 *Servicios pre-escolares *Comida y transporte gratis
 *Servicios de salud *Recursos académicos-Recuperación de créditos PASS *Programa de escuela de verano

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
 Nombre de padres: _____ Teléfono: _____
 Fecha: _____

- ¿Se ha mudado su familia fuera o dentro de la ciudad de Morgan Hill-San Martín durante los últimos 3 años?
 (Circule) **Sí** **No**
- Cuando se mudaron en los últimos 3 años, ¿usted o algún miembro de su familia buscó u obtuvo trabajo temporal en uno o más de lo siguiente? (Circule) **Sí** **No**

- () En el campo () Empacadoras
 () Lechería () Pesca
 () Viveros

**Favor de llenar completamente y regresar a la escuela de su hijo (a)