

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Escuela _____

USO EXCLUSIVO DE OFICINA

Fecha de Entrada:

Identificación del estudiante:

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido legal _____ Nombre legal _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____ ☐ / ☐ / ☐
Masculino / Femenino/ No binario

Grado de entrada _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Alias/Apodo _____ Correo electrónico del estudiante (opcional) _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA (calle y n° de apt) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ (_____) _____
Celular del estudiante (opcional)

LA LEY FEDERAL EXIGE LAS DOS PREGUNTAS SIGUIENTES

El estudiante, ¿es hispano o latino? ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, no hispano o latino ☐ Se niega a declarar

¿Cuál es la raza del estudiante? Puede seleccionar hasta cinco.

- | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska | ☐ Camboyano | ☐ Hmong | ☐ Nativo de Hawaii/ Isleño del Pacífico | ☐ Otros asiáticos |
| ☐ Armenio | ☐ Chino | ☐ Japonés | ☐ Samoano | ☐ Vietnamita |
| ☐ Indio asiático | ☐ Filipino | ☐ Coreano | ☐ Tahitiano | ☐ Blanco |
| ☐ Negro o afroamericano | ☐ Guameño | ☐ Laosiano | | ☐ Se niega a declarar |

HISTORIAL ACADÉMICO

¿Ha asistido este alumno anteriormente a un centro de educación preescolar (a partir de los 3 años) en Estados Unidos?

☐ Sí, fecha de inicio de la inscripción: (mm/dd/aaaa) _____ ☐ No

¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna escuela de los grados de jardín de infancia de transición a duodécimo en los Estados Unidos?

☐ Sí, fecha de inicio de la inscripción: (mm/dd/aaaa) _____

¿Ha asistido este estudiante anteriormente a alguna escuela en California? ☐ Sí, fecha de inicio de la inscripción: (mm/dd/aaaa) _____ ☐ No

¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna escuela del Distrito Escolar Unificado de Pasadena (incluyendo preescolar o escuela de verano)?

☐ Sí, la escuela: _____ ☐ No

INSCRIPCIONES EN OTROS DISTRITOS - INCLUYA TODAS LAS ESCUELAS ANTERIORES

Nombre de la escuela /Distrito _____	Grado escolar de entrada _____	Grado escolar de salida _____
Ciudad/Estado _____	(_____) _____ Teléfono	Fecha de entrada (dd/mm/aaaa) _____ Fecha de salida (dd/mm/aaaa) _____

Nombre de la escuela /Distrito _____	Grado escolar de entrada _____	Grado escolar de salida _____
Ciudad/Estado _____	(_____) _____ Teléfono	Fecha de entrada (dd/mm/aaaa) _____ Fecha de salida (dd/mm/aaaa) _____

Nombre de la escuela /Distrito _____	Grado escolar de entrada _____	Grado escolar de salida _____
Ciudad/Estado _____	(_____) _____ Teléfono	Fecha de entrada (dd/mm/aaaa) _____ Fecha de salida (dd/mm/aaaa) _____

¿Fue expulsado este estudiante? [La revelación de información es OBLIGATORIA según el Código de Educación de California 48915.1(b)]: ☐ Sí ☐ No

SERVICIOS EDUCATIVOS ESPECIALIZADOS

¿Recibe el alumno servicios educativos especializados? (Proporcione una copia de los planes educativos del alumno, si corresponde):

☐ Plan 504 ☐ Educación especial/IEP ☐ Educación para superdotados y talentosos (GATE, por sus siglas en inglés) ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Nombre del padre/madre/tutor legal #1 _____	Relación con el estudiante _____
Apellido, Nombre	
¿Vive con él/ella? ☐ Sí ☐ No ¿Contacto principal? ☐ Sí ☐ No ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones de la escuela? _____	
Número de teléfono principal (_____) _____	Número de teléfono secundario (_____) _____
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro
Dirección de correo electrónico: _____	
Nivel de estudios del padre/madre/tutor #1 (Obligatorio: marque sólo el nivel de estudios MÁS ALTO que haya completado.)	
☐ Escuela de posgrado ☐ Graduado universitario ☐ Algunos estudios universitarios (incluye el título AA) ☐ Graduado de la escuela preparatoria (HS)	
☐ No graduado de la escuela preparatoria (HS) ☐ Se niega a declarar	
Dirección postal <i>si es diferente de la del estudiante</i> (Calle y n° de apt) _____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿Debe enviarse una segunda copia del correo a esta dirección? ☐ Sí ☐ No	

Nombre del padre/madre/tutor legal #2: _____	Relación con el estudiante _____
Apellido, Nombre	
¿Vive con él/ella? ☐ Sí ☐ No ¿Contacto principal? ☐ Sí ☐ No ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones de la escuela?? _____	
Número de teléfono principal (_____) _____	Número de teléfono secundario (_____) _____
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro
Dirección de correo electrónico: _____	
Nivel de estudios del padre/madre/tutor #2 (Obligatorio: marque sólo el nivel de estudios MÁS ALTO que haya completado.)	
☐ Escuela de posgrado ☐ Graduado universitario ☐ Algunos estudios universitarios (incluye el título AA) ☐ Graduado de la escuela preparatoria (HS)	
☐ No graduado de la escuela preparatoria (HS) ☐ Se niega a declarar	
Dirección postal <i>si es diferente de la del estudiante</i> (Calle y n° de apt) _____	Estado _____ Código postal _____
¿Debe enviarse una segunda copia del correo a esta dirección? ☐ Sí ☐ No	

SITUACIÓN MILITAR DEL PADRE/TUTOR

¿Están uno o más de los padres/tutores del estudiante activos en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (*Army, Navy, Marine Corps, Coast Guard*)? ☐ Sí ☐ No

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

¿Hay alguna persona que tenga restringido el contacto con este estudiante por decreto judicial? ☐ Sí ☐ No
¿Existe una orden judicial referente a la tutela o al titular de los derechos educativos de este menor? ☐ Sí ☐ No
¿El niño recibe visitas de un trabajador social o un trabajador social lo colocó en el hogar? ☐ Sí ☐ No

ENCUESTA SOBRE LA LENGUA MATERNA

¿Qué idioma aprendió el/la niño/a cuando empezó a hablar? _____
¿Qué idioma habla el/la niño/a con más frecuencia en casa? _____
¿Qué idioma utiliza con más frecuencia el padre/madre/tutor para hablar con el niño? _____
¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en casa? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO LOCAL

Nombre del médico (Apellido, Nombre) _____ Nombre del centro médico _____ (_____) _____
Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____
Dirección del centro médico (calle y número de sala) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Apellido, Nombre _____ (_____) _____ (_____) _____
Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____

Domicilio (calle y nº de apt) _____ Ciudad, Estado _____ Relación con el estudiante _____

Apellido, Nombre _____ (_____) _____ (_____) _____
Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____

Domicilio (calle y nº de apt) _____ Ciudad, Estado _____ Relación con el estudiante _____

Apellido, Nombre _____ (_____) _____ (_____) _____
Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro Teléfono ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____

Domicilio (calle y nº de apt) _____ Ciudad, Estado _____ Relación con el estudiante _____

Los estudiantes sólo serán entregados a las personas nombradas en este formulario. No se proporcionará ningún tratamiento sin contactar a los padres/tutores salvo en caso de emergencia grave. Mi firma certifica que toda la información es correcta. Con el fin de mantener a mi hijo seguro, comunicaré cualquier cambio de domicilio, teléfono o información de emergencia a la escuela dentro de un plazo de cinco días.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS DE ESTUDIANTE - AUTORIZACIÓN DE DATAS CONFIDENCIALES FERPA

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Pasadena para que de información al proveedor de la LEA con propósitos de facturación por los servicios de salud prestados por la escuela a mi niño para el fin de recibir un reembolso federal. Este reembolso ayuda a cubrir el costo de la prestación de dichos servicios.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre) _____ N° de ID _____

CUESTIONARIO SOBRE ALOJAMIENTO PARA ESTUDIANTES

La información proporcionada a continuación ayudará al distrito a determinar los servicios a los que usted y/o su hijo podrían tener derecho. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I/ Parte A y/o la Ley Federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar.

Actualmente, ¿vive usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones?

- Refugios temporales: Alojarse en un refugio (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés).
- Hoteles/Moteles: Vivir temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural o motivo similar.
- Vivienda Temporal Compartida: Compartir vivienda con otra(s) persona(s) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural, falta de vivienda adecuada o razones similares.
- Sin alojamiento: Vivir en un carro, un parque, un campamento, un edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (por ejemplo, falta de agua, electricidad o calefacción).
- Joven no acompañado: Estudiante menor de 18 años que vive separado de sus padres/tutores.
- Vivienda Unifamiliar Permanente: Vivir en una residencia de un solo hogar que sea permanente.

Los estudiantes que carezcan de una residencia permanente por la noche, fija, regular y adecuada pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local cercana al lugar donde se encuentra actualmente, aunque no disponga de todos los documentos que normalmente se exigen en el momento de la inscripción.
- Seguir asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y en el mejor interés del alumno.
- Recibir transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si los necesitan, que se ofrecen a los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y los servicios del Título I.
- Recibir transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si los necesitan, que se ofrecen a los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y los servicios del Título I.

OTROS NIÑOS QUE VIVAN EN EL HOGAR

Apellido, Nombre, Segundo nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Grado escolar
Apellido, Nombre, Segundo nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Grado escolar
Apellido, Nombre, Segundo nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Grado escolar
Apellido, Nombre, Segundo nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Escuela actual	Grado escolar

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, póngase en contacto con Familias en Transición (FIT, por sus siglas en inglés), el programa de educación para personas sin hogar del Distrito Escolar Unificado de Pasadena:

Oficina de Familias en Transición, (626) 396-5782

Documentos requeridos para la inscripción de estudiantes nuevos y estudiantes que regresan

- ☐ **Identificación con foto del padre de familia/tutor (elija 1)**
 - ☐ Licencia de conductor o tarjeta de identificación de CA
 - ☐ Documento de identidad emitido por el gobierno con fotografía
 - ☐ Cartilla militar
 - ☐ Pasaporte
 - ☐ Tarjeta de identificación bancaria o de empleado con foto
- ☐ **Verificación de domicilio (elija 1; debe estar fechada dentro de los 60 días siguientes a la presentación y mostrar el nombre y la dirección del padre/madre/tutor)**
 - ☐ Factura del impuesto sobre bienes inmuebles
 - ☐ Contrato de alquiler/arrendamiento actual
 - ☐ Contrato, extracto o recibo de servicios públicos (gas, electricidad, agua)
 - ☐ Correo/Carta de una agencia gubernamental
 - ☐ Extracto mensual de la hipoteca o documentos de depósito en garantía
- ☐ **Verificación de la fecha de nacimiento del estudiante (elija 1)**
 - ☐ Partida de nacimiento
 - ☐ Récord escolar
 - ☐ Registro hospitalario de nacimiento
 - ☐ Pasaporte
 - ☐ Documentos de adopción
 - ☐ Certificado de bautismo
- ☐ **Cartilla de vacunación del estudiante (actualizada con las vacunas exigidas por el estado).**
 - ☐ [Requisitos de vacunación de California para estudiantes de TK a 12° grado](#)
- ☐ **Formularios de salud (entréguelos a la enfermera/secretaria de sanidad de la escuela una vez cumplimentados)**
 - ☐ [Cuestionario de evaluación del riesgo de tuberculosis](#) (todos)
 - ☐ [Formulario de historial médico](#) (todos)
 - ☐ Sólomente jardín de infancia:
 - ☐ [Formulario de evaluación de la salud bucodental](#)
 - ☐ [Formulario de evaluación de la salud bucodental Español](#)
 - ☐ Sólomente jardín de infancia/primer grado: [Informe del examen de salud para el ingreso en la escuela](#)
- ☐ **Documentos adicionales importantes (si corresponde)**
 - ☐ Documentos de educación especial - Copia del Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) más reciente; Póngase en contacto con el departamento de educación especial si su hijo es nuevo en el PUSD: 626-396-3600 Ext. 88600, sped@pusd.us.
 - ☐ Documentos legales - Colocación en hogares de acogida, documentos judiciales y/u órdenes de alejamiento
 - ☐ Permisos para asistir a una escuela distinta de la escuela de residencia del estudiante- Oferta de lotería escolar, permiso intradistrital y/o permiso interdistrital
 - ☐ Expedientes académicos o boletín de notas más reciente de los estudiantes matriculados anteriormente en los grados TK-12 en una escuela que no pertenezca al PUSD
 - ☐ [Solicitud de Acceso al Portal para Padres](#)
 - ☐ [Iniciativa TechEquity de Llevar Dispositivos a Casa](#)

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el Kinder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre Kinder de Transición/Kinder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a Kinder de Transición/Kinder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.



FORMA DE HISTORIA DE SALUD (para que la completen los padres)

SECCIÓN 1: INFORMACION DE ALUMNO/A

Nombre del alumno/a: _____

Grado: _____

Género:
femenino ☐
masculino ☐
no binario ☐

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Teléfono alternativo: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Domicilio: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN 2: ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES Y ENFERMEDADES

Si su alumno/a regresa a PUSD y no tiene cambios en su salud, proceda a la SECCIÓN 3. Marque con una X cualquier condición de salud que haya tenido el estudiante.

Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sin problemas de salud	Depresión	Dolor de garganta frecuente	Consumo de alcohol	Otro/a:
Problemas de la vista	Fiebre Reumatismo	Diagnóstico de salud mental	Tabaquismo	
Problema audiencias	Tuberculosis	Presión arterial alta	Abuso de sustancias	
Cáncer	Neumonía	Mononucleosis	Asma	
Enfermedad del Corazón	Resfriados frecuentes	Problemas de vejiga/riñón	Anemia	
? srgq k m	C l a c d _ j g r g q	N p m ` j c k _ q m p r m n ĉ b g a m q	Celúla falciforme	
B g _ ` c r c q	F c k m d g j g _	B m j m p c q b c a _ ` c x _ d p c a s c l r c q - k g e p _ ě _	Ansiedad	
? B F B	K c l g l e g r g c q	G l d c a a g Ě l b c m ĩ b m d p c a s c l r c	Convulsiones	

Si marcó otro, explique: _____

¿Tiene su estudiante alergias estacionales y/o alergias a medicamentos, abejas y/o alimentos? _____

En caso afirmativo, explíquelo: _____

Si su estudiante tuvo una reacción, describa la reacción a la sustancia: _____

¿Su estudiante toma medicamento diario? En caso afirmativo, indique la ruta, la dosis y la frecuencia.

¿Su estudiante requiere algún procedimiento especializado relacionado con la salud? En caso afirmativo, explíquelo.

SECCIÓN 3: HISTORIA FAMILIAR

Si su estudiante regresa a PUSD y no hay cambios en el historial familiar de condiciones de salud, proceda a la SECCIÓN 4. Marque con una X las condiciones que cualquier miembro de la familia haya tenido.

Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diabetes	Ictericia	Fiebre reumática	Alcoholismo	Ansiedad
Epilepsia	Sífilis	Trastorno hemorrágico	De fumar	Depresión
Cáncer	Tuberculosis	Hipertensión	Anemia	Obesidad
Enfermedad cardíaca	Abuso de sustancias	Defectos congénitos	Nefropatía	Otra:
Asma	Alergias			

Si marcó otro, explique: _____

SECCIÓN 4: SALUD VISIONAL Por favor marque una de las siguientes:

El estudiante usa anteojos para distancias.	☐	El estudiante usa anteojos para ver de cerca y de lejos.	☐
El estudiante usa anteojos para ver de cerca.	☐	No estoy seguro si el estudiante necesita anteojos.	Otra: ☐
El estudiante no necesita anteojos.	☐	Fecha del último examen formal de la vista:	_____

SECCIÓN 5: SEGURO

¿Su estudiante tiene seguro médico? Por favor marque uno de los siguientes:

Seguro privado ☐

Medi-Cal ☐

Sin seguro ☐

Indique el nombre y número de teléfono del proveedor de atención médica actual (médico primario) de su estudiante:

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Algo más que le gustaría que supiera la enfermera de la escuela? _____



California Pediatric Tuberculosis Risk Assessment



- Use this tool to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.
- **Do not repeat testing** unless there are **new risk factors** since the last test.
If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded:
For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease, evaluate for active TB disease with a chest x-ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing. A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.

LTBI testing is recommended if any of the boxes below are checked.

- ☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month
- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
 - If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
 - Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-U.S.-born persons ≥ 2 years old
- ☐ **Immunosuppression**, current or planned
- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥ 2 mg/kg/day, or ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks) or other immunosuppressive medication
- ☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease during lifetime

Treat for LTBI if LTBI test result is positive and active TB disease is ruled out.

- ☐ **None**; no TB testing is indicated at this time.

Provider Name: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

See the California Pediatric TB Risk Assessment User Guide for more information about using this tool. To ensure you have the most current version, go to the [TB RISK ASSESSMENT page](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/TB-Risk-Assessment.aspx) (<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/TB-Risk-Assessment.aspx>)





California TB Pediatric Risk Assessment User Guide



Avoid testing persons at low risk

Routine testing of persons without risk factors is not recommended and may result in unnecessary evaluations and treatment because of falsely positive test results.

Local recommendations, mandated testing and other risk factors

Several risk factors for TB that have been used to select children for TB screening historically or in mandated programs are not included among the 3 components of this risk assessment. This is purposeful in order to focus testing on children at highest risk. However, certain populations may be mandated for testing by statute, regulation, or policy. This risk assessment does not supersede any mandated testing. Testing can also be considered in children with frequent exposure to adults at high risk of TB infection, such as those with extensive foreign travel in areas with high TB rates. Local recommendations should also be considered in testing decisions. Local TB control programs and clinics can customize this risk assessment according to local recommendations. **Providers should check with local TB control programs for local recommendations.** A directory of TB Control Programs is available on the [CTCA website](https://www.ctca.org/locations.html). (<https://www.ctca.org/locations.html>)

Most patients with LTBI should be treated

Persons with risk factors who test positive for LTBI should generally be treated once active TB disease has been ruled out with a physical exam, chest radiograph and, if indicated, sputum smears, cultures, and nucleic acid amplification testing (NAAT). However, clinicians should not feel compelled to treat persons who have no risk factors but have a positive test for LTBI.

When to repeat a risk assessment and testing

Risk assessments should be completed for new patients, patients thought to have new potential exposures to TB since last assessment, and during routine pediatric well-child visits. Repeat risk assessments should be based on the activities and risk factors specific to the child. Children who volunteer or work in health care settings might require annual testing and should be considered separately. Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last

assessment (unless they were <6 months of age at the time of testing). In general, new risk factors would include new close contact with an infectious TB case or new immunosuppression, but could also include foreign travel.

Immunosuppression

The exact level of immunosuppression that predisposes to increased risk for TB progression is unknown. The threshold of steroid dose and duration used in the Pediatric TB Risk Assessment are based on data in adults and in accordance with ACIP recommendations for live vaccines in children receiving immunosuppression.

Foreign travel or residence

Travel or residence in countries with an elevated TB rate may be a risk for TB exposure in certain circumstances (e.g., extended duration, likely contact with persons with infectious TB, high prevalence of TB in travel location, non-tourist travel). The duration of at least 1 consecutive month to trigger testing is intended to identify travel most likely to involve TB exposure. TB screening tests can be falsely negative within the 8 weeks after exposure, so are best obtained 8 weeks after a child's return.

IGRA preference in non-U.S.-born children ≥2 years old

Because IGRA has increased specificity for TB infection in children vaccinated with BCG, IGRA is preferred over the tuberculin skin test for non-U.S.-born children ≥2 years of age. IGRAs can be used in children <2 years of age, however, there is an overall lack of data in this age group, which complicates interpretation of test results. In BCG vaccinated immunocompetent children with a positive TST, it may be appropriate to confirm a positive TST with an IGRA. If IGRA is not done the TST result should be considered the definitive result.

Negative test for LTBI does not rule out active TB

It is important to remember that a negative TST or IGRA result does not rule out active TB disease. A negative TST or IGRA in a patient with active TB disease can be a sign of extensive disease. Any suspicion for active TB disease or extensive exposure to TB should prompt an evaluation for active TB disease, including physical exam, symptom review, and 2-view chest x-ray.



Emphasis on short course for treatment of LTBI

Shorter regimens for treating latent TB infection have been shown to be as effective as 9 months of isoniazid, and are more likely to be completed. Use of these shorter regimens is preferred in most patients, although the 12 week regimen is not recommended for children <2 years of age or children on antiretroviral medications. It is under study in pregnancy. Drug- drug interactions and contact to drug resistant TB are other contra-indications for shorter regimens.

Shorter duration LTBI treatment regimens

Medication	Frequency	Duration
Rifampin	Daily	4 months
Isoniazid + rifapentine	Weekly	12 weeks*

* 11-12 doses in 16 weeks required for completion.

Refusal of recommended LTBI treatment

Refusal should be documented. Recommendations for treatment should be made at future encounters with medical services. If treatment is later accepted, TB disease should be excluded and chest x-ray repeated if it has been more than 6 months from the initial evaluation for children 5 years or older and 3 months for children less than 5 years of age.

Symptoms that should trigger evaluation for active TB

Patients with any of the following symptoms that are otherwise unexplained should be evaluated for active TB disease: cough for more than 2-3 weeks, fevers, night sweats, weight loss, lymphadenopathy, hemoptysis or excessive fatigue.

Resources

Fact Sheets for LTBI Regimens, Isoniazid+Rifapentine, Rifampin, and Isoniazid are available on the [TBCB LTBI Treatment page](http://www.cdph.ca.gov/LTBITreatment). (www.cdph.ca.gov/LTBITreatment)

American Academy of Pediatrics, Red Book Online, Tuberculosis is available on the [Red Book Online website](https://redbook.solutions.aap.org/chapter.aspx?sectionid=189640207&bookid=2205). (https://redbook.solutions.aap.org/chapter.aspx?sectionid=189640207&bookid=2205)

Abbreviations

AFB= acid-fast bacilli BCG= Bacillus Calmette-Guérin
CXR= chest x-ray DOT= directly observed therapy
IGRA=interferon gamma release assay LTBI= latent TB infection
MDR =multiple drug resistant NAAT= nucleic acid amplification testing
SAT= self-administered therapy TST= tuberculin skin test





PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT EDUCATION CENTER • HEALTH PROGRAMS

Estimado padre(s) o proveedor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la ley de California, Sección 49452.8 del Código de Educación, exige que su hijo se someta a una evaluación de salud bucal (chequeo dental) antes del 31 de mayo, ya sea en jardín de infantes o en primer grado, cualquiera que sea su primer año en escuela pública. Las evaluaciones que se realizaron dentro de los 12 meses anteriores a que su hijo ingrese a la escuela también cumplen con este requisito. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un dentista autorizado u otro profesional de salud dental autorizado.

Lleve la Evaluación de Salud Bucal adjunta o acuda al consultorio dental, ya que será necesaria para el chequeo de su hijo. Si no puede llevar a su hijo a esta evaluación requerida, complete la Exención de evaluación de salud bucal requerida e indique el motivo en el formulario. Puede obtener más copias del formulario necesario en la escuela de su hijo o en línea en el Departamento de Educación de California en <https://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/oralhealth.asp>. La ley de California exige que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los estudiantes. La identidad de su hijo no se asociará con ningún informe elaborado debido a este requisito.

Los siguientes recursos lo ayudarán a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. Medi-Cal/Denti-Cal puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>.
Para obtener ayuda para inscribir a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con Young & Healthy al 626-795-5166 o con el Departamento de Salud Pública de Pasadena al 626-744-6086.
2. Para obtener recursos adicionales que puedan resultar útiles, comuníquese con:
Departamento de Salud Pública de Pasadena
1845 N. Fair Oaks Avenue
Pasadena, CA 91103
Teléfono: 626-744-6000
Sitio web: <https://www.cityofpasadena.net/public-health/>

¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! Estos son algunos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse sano:

- Lleve a su hijo al dentista cada seis meses.
- Elija alimentos y bebidas saludables para toda la familia, como frutas y vegetales frescos, agua y leche.
- Ayude a su hijo a cepillarse los dientes al menos 2 veces al día con una pasta dental que contenga flúor durante 2 minutos y use hilo dental todos los días.
- Limite el consumo de golosinas y bebidas dulces, como jugos o refrescos. Las bebidas dulces y las golosinas contienen mucha azúcar, lo que causa caries y reducirá las probabilidades de que su hijo consuma alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y las golosinas también pueden causar problemas de peso, lo que puede causar otras enfermedades, como la diabetes.



PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT EDUCATION CENTER • HEALTH PROGRAMS

Los dientes de leche son muy importantes, aunque se caigan. Los niños necesitan unos dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos. Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y poner atención y aprender en la escuela. La caries es una infección que no cura y puede ser dolorosa si no se trata. Si las caries no se tratan, los niños pueden enfermarse lo suficiente como para requerir tratamiento en la sala de emergencia y sus dientes permanentes pueden sufrir daños permanentes.

Muchas cosas influyen en el progreso y el éxito de un niño en la escuela, incluida la salud. Los niños deben estar sanos para aprender y los niños con caries no están sanos. Las caries se pueden prevenir, pero afectan a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con el Departamento de Programas de Salud del PUSD al 626-396-3600 ext. 88240.

Atentamente,

Ana María Apodaca
Directora, Programas de Salud

APROBADO:

Helen Hill, Ed.D.
Acting Chief Academic Officer

Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación).** Debe ser entregado a la escuela **al comienzo del año escolar.** Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

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

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA
Dirección:			Depto.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños: A A A A
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza/origen étnico del menor:	☐ Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Negro/Afroestadounidense ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ Otro (especifique)		

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

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

Fecha de la evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (deterioro visible presente) ☐ Sí ☐ No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) ☐ Sí ☐ No
Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontró ningún problema obvio ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional). ☐ Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)		
MM – DD – AAAA Firma de profesional dental autorizado Número de licencia de CA Fecha		

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries sin tratar o empastes.
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries sin tratar y no hay empastes.

Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)

El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el:	MM – DD – AAAA
Se programó una cita de seguimiento para este menor para el:	MM – DD – AAAA
¿El menor recibió el tratamiento necesario? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) ☐ No lo sé	

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela *antes del fin* del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.

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.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (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 (optional)**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)

*de ser indicado

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

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: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

INFORMACIÓN ADICIONAL

La información proporcionada a continuación ayudará al distrito a determinar si su estudiante es elegible para servicios adicionales. Las respuestas a estas preguntas no afectan la elegibilidad de inscripción.

Ciudad de nacimiento

Estado/Provincia

País de nacimiento del niño/a

Si nació fuera de Estados Unidos, ¿en qué fecha entró por primera vez en los Estados Unidos? (mm/aaaa) _____



Distrito Escolar Unificado de Pasadena

Solicitud de Acceso al Portal para Padres

El Portal para Padres está diseñado para permitir que los padres puedan tener acceso a la información de sus alumnos. El acceso al Portal para Padres les da la oportunidad a los padres y/o tutores de ver los datos e información de los alumnos a través del internet. Los datos de los alumnos pueden incluir, pero no se limitan a: calificaciones, asistencia, información médica, estadísticas y disciplina del sistema de información de alumnos Aeries del distrito. Solo si se tiene el número de identificación, número de teléfono y código de verificación (VPC) se podrá tener acceso a esta información. Al establecer una cuenta y/o ingresar al Portal para Padres, usted está aceptando regirse por las reglas y medidas del Distrito Escolar Unificado de Pasadena (PUSD). **El uso de este sistema y sus servicios están estrictamente limitados a usuarios con cuentas autorizadas. Todos los usuarios serán responsables de los códigos de información y contraseñas de sus alumnos. PUSD solo proporcionará información de inicio de sesión a los padres o tutores.** Los usuarios acuerdan no proporcionar sus contraseñas, códigos de verificación o cualquier otra información personal a otras personas. El PUSD no se hará responsable por algún acceso no autorizado, el cual sea por descuido del manejo de información de parte del usuario. Algunas maneras para proteger su información incluyen, pero no se limitan a: No proporcionar a nadie su contraseña, no escribir su contraseña en ninguna parte, cerrar el navegador cuando haya terminado. Si desea continuar usando el internet, abra una nueva ventana. No elija una contraseña que sea fácil de adivinar por otras personas, como por ejemplo: el nombre de su esposo/a, hijos/as, nietos/as o el nombre de su mascota, fechas de nacimiento, fechas de aniversario, domicilio, número de seguro social, etc. Se recomienda incluir combinaciones de letras, números, letras mayúsculas y minúsculas para crear una contraseña.

Los padres podrán tener acceso a la siguiente información de su niño/a:

- | | | |
|--|---|------------------------|
| • Asistencia | • Demografía | • Historial de Grados |
| • Calificaciones/Libro de calificaciones | • Información medica | • Detalles de Pruebas |
| • Clases | • Contactos | • Status de Graduación |
| • Boleta de Calificaciones | • Correo electrónico de maestros/consejero | • Expediente escolar |

Los padres necesitan la siguiente información para crear una cuenta y tener acceso al Portal para Padres:

1. Visitar la escuela y presenta un formulario para acceso al Portal para Padres firmado. El personal de la escuela debe verificar el padre/tutor que tendrá acceso al Portal para Padres.
2. Número de identificación del estudiante
3. Código de verificación (Verification Pass Code)(VPC)
4. El número de teléfono que se encuentra en los registros de la escuela de su alumno

Innovative Technology Services
Solicitud De Acceso Al Portal Para Padres

Por favor use letra de molde

Escuela: _____

Nombre del alumno: (Primero) _____ (Inicial) _____ (Apellido) _____

Numero permanente de identificación del alumno: _____

Nombre de padre/tutor: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono principal: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

***PUSD solo proporcionará información de inicio de sesión a los padres o tutores. Cualquier otra persona que solicite acceso a una cuenta del Portal para padres debe obtener la información directamente del padre / tutor del estudiante.**

***PUSD will only provide log in information to student's parents/legal guardians. Any other individual requesting access to a Parent Portal account must get the information directly from the student's parent/legal guardian.**

For School Office Use Only:

Authorized staff below confirms identification of the parent/guardian was verified

DATE: _____

VERIFIED BY: (PRINT NAME) _____

PARENT/GUARDIAN VERIFIED BY: (CHECK ONE)

☐ CA ID / DRIVERS LICENSE

☐ OTHER ID (please specify): _____

FORM TO BE FILED IN STUDENTS CUM FOLDER



Iniciativa TechEquity de Llevar Dispositivos a Casa

Estimado Padre/ Tutor de PUSD,

En nuestros continuos esfuerzos por brindar la mejor educación y oportunidades para todos nuestros estudiantes, el Distrito se complace en anunciar la iniciativa de TechEquity. Esta iniciativa incluye un programa de llevar a casa un dispositivo para los estudiantes en los grados K-12. A cada estudiante se le asignará un Chromebook que se usará tanto en el hogar como en la escuela para apoyar y mejorar el aprendizaje y el rendimiento del estudiante.

El Propósito

El propósito de esta iniciativa es proporcionarles a todos los estudiantes programas en línea, recursos de aprendizaje y acceso equitativo a las herramientas del siglo XXI. Con estas herramientas educativas esperamos brindar oportunidades infinitas para todos los estudiantes dentro de PUSD, lo que permite la innovación creativa y el aprendizaje independiente.

Implementación

Para apoyar y sostener esta iniciativa, hemos implementado oportunidades de aprendizaje para estudiantes, padres, maestros y administradores. Nuestro programa de ciudadanía digital equipa a todos los participantes con recursos y consejos para prácticas seguras en línea. Aunque nuestro enfoque es brindar una educación rica del siglo XXI, nuestra principal prioridad es mantener a nuestros estudiantes seguros en línea, por lo que los estudiantes no pueden traer ni usar sus propios dispositivos en el campus. Todos los dispositivos emitidos por PUSD incluyen filtrado de contenido.

Todos los estudiantes recibirán un nuevo dispositivo este año para garantizar tecnología actualizada. Los dispositivos están asegurados por uso y desgaste normal, reparaciones básicas y son reemplazables en caso de robo, siempre que se presente un informe policial y se entregue al distrito.

Nos complace ofrecer esta oportunidad educativa a todos nuestros estudiantes. Gracias por su colaboración y apoyo continuos. Al firmar a continuación, reconoce que su estudiante está recibiendo un dispositivo administrado por el distrito.

Para recibir un nuevo dispositivo, su estudiante debe devolver este formulario y devolver cualquier Chromebook existente que tuviera anteriormente.

Nos complace ofrecer esta oportunidad educativa para todos nuestros estudiantes. Gracias por su continua colaboración y apoyo.

Nombre del Maestro/a _____

#ID del Estudiante: _____ Nombre Completo del Estudiante: _____

Nombre Completo del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____