MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT / ENROLLMENT CENTER

15600 CONCORD CIRCLE, MORGAN HILL, CA 95037, (408) 201-6030 / enrollment@mhusd.org

Lista de verificación de inscripción en primaria - Español

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____

Escuela de residencia: _____

El Paquete Completo de Inscripción de Estudiantes incluye:

☐ **Prueba de edad:** copia certificada del acta de nacimiento, es decir: pasaporte, acta de nacimiento, acta de bautismo o declaración jurada de edad (notariada)

☐ **Prueba de Residencia: Se requieren un total de 3 formularios, 1 de la Categoría #1 y 2 de la Categoría #2:**

Categoría 1 (se requiere 1 formulario)	**Categoría 2 (se requieren 2 formularios;** ***Debe tener fecha dentro de los últimos 30 días)***
☐ Estado de cuenta de la hipoteca ☐ Papeles de depósito en garantía ☐ Contrato de alquiler o arrendamiento ☐ Pago de impuesto a la propiedad	☐ Factura de servicios públicos (PG&E) ☐ Factura de agua ☐ Factura de basura/reciclaje ☐ Factura de cable o Internet ☐ Declaraciones de seguro de propietarios/inquilinos ☐ Licencia de conducir *(*sin requisito de fecha)*

Si no se puede proporcionar nada de lo anterior, el propietario debe completar y firmar una Declaración Jurada de Residencia, incluida una copia de su identificación con fotografía y 2 pruebas de residencia.

****Si los documentos anteriores están falsificados, se requerirá una nueva prueba de residencia dentro de los 10 días y el estudiante estará sujeto a ser transferido de regreso a la escuela de residencia si asiste a una escuela con una transferencia aprobada.***

☐ **Identificación con foto del padre/tutor** (licencia de conducir, pasaporte)

☐ **Memo de entendimiento** (firmado)

☐ **IEP** (si corresponde)

☐ **Encuesta de Migrantes** (obligatoria; completada)

☐ **504** (si corresponde)

☐ **Vacunas**

☐ **Formulario de evaluación del riesgo de tuberculosis o prueba de tuberculosis (PPD)**

- Se requiere un formulario de evaluación del riesgo de tuberculosis si ingresa por primera vez al grado TK-12
- Se requiere un formulario de evaluación del riesgo de tuberculosis si ingresa desde fuera del condado de Santa Clara
- Prueba de TB (PPD) requerida si ingresa desde otro país * ***Fecha de administración, lectura y resultados***
- Tanto los resultados de la evaluación del riesgo de tuberculosis como los de la prueba de tuberculosis (PPD) ***deben ser completados/firmados/sellados por un médico.***

☐ **Examen de salud para el ingreso a la escuela** (completado dentro de los 6 meses posteriores al primer día de clases para TK y Kindergarten o dentro de los 18 meses posteriores al primer día de clases para 1er grado)

- ***Debe ser completado / firmado / sellado por el médico***

☐ **Evaluación de la salud bucal** (para TK, Kindergarten o 1er grado, cualquiera que sea el primer año del estudiante en la escuela pública)

- ***Debe ser completado/firmado/sellado por un médico o puede ser renunciado por los padres en el formulario.***

Elementary Registration Checklist - English ***For Office Use Only***

Assigned School: _____ Aeries ID #: _____ Previous School: _____ Leave Date: _____

McKinney Vento: Yes / No Entered into Aeries/Uploaded Docs by: _____ Date: _____

Medical Considerations: _____

MORGAN HILL UNIFIED SCHOOL DISTRICT
ENROLLMENT CENTER
15600 Concord Circle, Morgan Hill, CA 95037
(408) 201-6030; enrollment@mhusd.org

Memorando de Entendimiento
(Proceso de Matriculación de 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 solicitar la inscripción en línea visitando el sitio web del distrito: mhusd.org y haciendo clic en el botón "Inscribirse ahora". La inscripción debe completarse para cada estudiante individualmente.

Los requisitos para la inscripción en una escuela primaria incluyen lo siguiente:

- ✔ Comprobante de edad (ver lista de verificación)
- ✔ Comprobante de domicilio (ver lista de verificación)
- ✔ Identificación con foto del padre, madre o tutor legal
- ✔ Memorándum de entendimiento (firmado)
- ✔ Encuesta para migrantes (completada)
- ✔ Comprobante de vacunación
- ✔ Formulario de evaluación de riesgo de tuberculosis
- ✔ Informe del examen médico para el ingreso a la escuela: Se requiere un examen físico para el ingreso a TK, Kínder y 1.er grado (si es la primera vez que asiste a la escuela); el formulario debe ser completado y firmado por un médico.
- ✔ Formulario de evaluación de salud bucal (completado y firmado; solo para TK, Kínder y 1.er grado, si es la primera vez que asiste a la escuela)

Todos los documentos deben completarse antes de que su hijo/a sea considerado/a inscrito/a. Los documentos requeridos pueden cargarse durante el proceso de inscripción en línea o entregarse directamente a la escuela de su residencia. La escuela finalizará la inscripción y el sistema sellará la fecha y la hora en el registro. Tenga en cuenta que es posible que no se garantice la inscripción en su escuela de residencia para el año escolar en curso; si solicita plaza en una escuela que podría verse afectada, la inscripción podría estar restringida.

En caso de que el nivel de grado o el programa especial esté completo en su escuela de residencia, su hijo/a será asignado/a a otra escuela del MHUSD (escuela de desbordamiento) por el resto del año escolar o hasta que haya una vacante en su escuela de residencia. El desbordamiento se determina de acuerdo con las prácticas y políticas del distrito. Los hermanos también pueden ser trasladados si los padres lo solicitan y si hay cupo en la escuela de desbordamiento. El Centro de Inscripción monitoreará el número de inscripciones durante el año escolar y determinará si los estudiantes pueden regresar a su escuela de residencia si hay cupo disponible. Si hay cupo disponible, los padres tendrán la opción de que sus hijos regresen a su escuela de residencia durante el año o permanezcan en la escuela de desbordamiento hasta que se matriculen al siguiente nivel de grado. No se proporciona transporte a los estudiantes que son desviados a otras escuelas.

He revisado el proceso de inscripción de nuevos estudiantes de TK-5/TK-8 para el Distrito Escolar Unificado de Morgan Hill y comprendo 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.

_____ _____

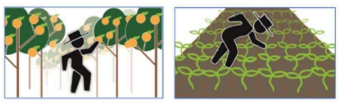
Firma del padre / tutor Fecha

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

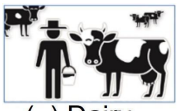
If you qualify for the Migrant Program you may be eligible for:
*Preschool Services *Health Services *Free food and transportation *Academic Resources
* PASS Program-credit recovery *Summer School Programs

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

1. Has your family moved in or out of the Morgan Hill area within the last 3 years?
   (Circle) **Yes** **No**
2. 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 Industry


( ) Plant Nursery


( ) Lumber Industries

**Please complete it and return it 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: _____

1. ¿Se ha mudado su familia fuera o dentro de la ciudad de Morgan Hill-San Martín durante los últimos 3 años?
   (Circule) **Sí** **No**
2. 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**


( ) Agricultura


( )Empacado Alimentos


( ) Industria Lechera


( ) Industria Pesquera


( ) Viveros


( ) Industria Maderera

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

SCC Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____
Last, First Month/Day/Year

Address: _____ Phone: _____ School /Grade: _____
Street, City, Zip Code

This form must be completed by a licensed health professional in the U.S. Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last assessment

1. Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month) to a country with an elevated rate of TB? 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).
2. Has your child been in close contact to anyone with TB disease in their lifetime?
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 ≥ 15mg/day for ≥ 2 weeks).

Does your child have any of the above risk factors? ☐ Yes ☐ No

If YES, to any of the above questions (new TB risk factor since last screening), the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test or a tuberculin skin test (TST) unless there is a documented prior positive IGRA or TST. All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR) (posterior-anterior and lateral for children <5 years old). If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for (LTBI) to prevent progression to TB disease. If a child has documentation of previous treatment for LTBI or TB disease and has no symptoms, they should not undergo skin or blood testing and do not need a new chest X-ray.

If child's X-ray is not normal and there are symptoms that suggest TB, call SCC TB Program (408)792-1381

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

Date of IGRA: _____ Results: ☐ Negative ☐ Positive ☐ Indeterminate

Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD)
Date placed: _____ Date Read: _____
Induration: _____ mm
Results: ☐ Negative ☐ Positive

Chest X-ray Date: _____ Impression: ☐ Normal ☐ Abnormal

☐ LTBI Treatment Start Date: _____
- ☐ Rifampin daily - 4 months
- ☐ Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks
- ☐ Isoniazid and Rifampin daily - 3 months
- ☐ Isoniazid daily - 9 months

☐ Prior TB/LTBI Treatment (Rx/duration):
_____
_____
☐ Treatment Medically Contraindicated
☐ Declines Against Medical Advise

Please check one of the boxes below and sign:

☐ Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test
☐ Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.
☐ Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no symptoms.
☐ Child has no TB symptoms. Appointment for RA/TB test/chest x-ray scheduled on:

_____ _____
Health Care Provider Signature, Title Date

Name/Title of Health Care Provider:
Facility/Address:
Phone Number:

County of Santa Clara
Public Health Department

Public Health Administration
150 W. Tasman Drive, 2nd Floor
San José, CA 95134
408.792.5040

TB Testing Methods - Children

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e., QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT) or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk of TB exposure or disease-based on a standardized risk assessment tool. An IGRA can now be used in children of all ages and is especially preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of ≥10mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease, or the child is immunosuppressed, then a TST of ≥5 mm is considered positive.

Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a new positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a symptom review, focused physical exam and CXR (frontal and lateral are recommended for children, especially those <5 years old). Since a positive TST may sometimes be caused by infection with nontuberculous mycobacteria or occasionally by BCG vaccination, some providers and parents prefer to verify a positive TST with an IGRA blood test. A CXR / symptom review and physical exam are still required to rule out TB disease before performing a second test as the TB tests may be falsely negative in the setting of TB disease. In this case, if the IGRA is negative, there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child is considered free of TB infection.
- A child with a previous positive IGRA test should not undergo repeat testing as it may be positive for life. If the child received well-documented treatment for TB infection or disease in the past and has no symptoms to suggest TB disease, no further testing or imaging is required.
- For children with TB symptoms (e.g., cough for >2-3 weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, poor weight gain/weight loss, night sweats, etc.) or an abnormal CXR concerning active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one working day. The child will need to be fully evaluated for TB disease and treatment depending on the results. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with an abnormal CXR or symptoms or signs of TB disease. A symptomatic child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If the IGRA/TST is positive, there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI), ideally through the medical home. 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 with 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

For more details: See AAP Red Book 33rd edition; LTBI Clinical Recommendations (tbcontrollers.org); TB-LTBI-Treatment (ca.gov)

- Rifampin daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen
- Isoniazid and Rifampin daily for 3 months
- Not recommended: Isoniazid daily for 9 months

Board of Supervisors: Sylvia Arenas, Cindy Chavez, Otto Lee, Susan Ellenberg, S. Joseph Simitian
County Executive: James R. Williams

County of Santa Clara
Public Health Department

Public Health Administration
150 W. Tasman Drive, 2nd Floor
San José, CA 95134
408.792.5040

September 10, 2024

Dear Parent/Guardian,

Santa Clara County has one of the highest numbers of tuberculosis (TB) in the United States. TB is a bacterial infection spread through the air and can affect the lungs, brain, bones, or any part of the body. Anyone can get TB, but children who were born or travel to countries where TB is common or who have spent time with someone with TB are more likely to get TB. TB is treatable and preventable if found early. Santa Clara County requires TB screening for students enrolling in school.

School entry screening is a good time to find a regular clinic if your family doesn't already have one. There are lots of benefits to having a regular clinic including having a place to get vaccines. Children enrolling in a Santa Clara County school for the first time need to have their healthcare provider fill out the TB screening form which is attached.

Take this form to your clinic or provider to complete and return to your child's school. Treatment can help protect you from getting sick with TB disease. People who have TB usually have cough that keeps going on. They may have fever or weight loss without another good reason. They often are more tired and may even cough up blood and were often born in a part of the world where there is a lot of TB: Asia, Africa, Latin America or Eastern Europe. Talk to your clinic or provider about testing your whole family if you have been around someone who might have TB.

Thank you for helping us protect the health of your children by asking your clinic team to review the questions on this form and testing for TB if they have a risk for TB infection.

Sincerely,

Sara H. Cody, MD
Health Officer

Ann M. Loeffler, MD
Tuberculosis Controller

Board of Supervisors: Sylvia Arenas, Cindy Chavez, Otto Lee, Susan Ellenberg, S. Joseph Simitian
County Executive: James R. Williams

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

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

County of Santa Clara
Public Health Department

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

December 1, 2015

Estimado padre de familia o tutor:

Re: Nuevos requisitos de inmunización en 2016

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

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

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

Para más información acerca de los requisitos de vacunación y otros recursos, por favor visite el sitio web del Departamento de Salud Pública de California en 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 Publica del Condado de Santa Clara

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL 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)	___/___/___
Evaluacion 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 [acellular] 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)* y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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**

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

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 remplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo. Sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, lo que puede conducir a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

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

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

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

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

Formulario de evaluación de la salud bucal

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

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

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: □ Masculino □ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: □ Blanco □ Negro/Afroamericano □ Hispano/Latino □ Asiático □ Indio nativo americano □ Multirracial □ Otro_____ □ Nativo de Hawaii/islas del Pacífico □ 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) □ Sí □ No	Caries visibles presentes: □ Sí □ No	Urgencia de tratamiento: □ Ningún problema obvio □ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional □ 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.