DISTRICTO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY

CENTRO DE MATRICULACIÓN
7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020
Tel. 669-205-4000 fax: 408-847-4717
www.gilroyunified.org

SUPERINTENDENTE
Anisha Munshi, Ed.D.

CENTRO DE MATRICULACIÓN
Paul Winslow, Ed.D.,
Superintendente Auxiliar/RR.HH.
Frances Gonzales, Especialista de inscripción
frances.gonzales@gilroyunified.org

Requisitos de Matriculación Escolar

1. Comprobante de nacimiento (uno es requerido)
   - ☐ Acta/partida de nacimiento
   - ☐ Acta de bautismo
   - ☐ Pasaporte
   - ☐ Otro _____
2. Cartilla de vacunas al corriente – Incluyendo los requisitos de la prueba de tuberculosis (PPD)
3. Comprobante de domicilio

Esta hoja le ayudará en el proceso de comprobante de domicilio. Por favor lleve el **original** y una copia de uno de los documentos de la Categoría Uno y los **originales** y copias de dos de los documentos en la Categoría 2 a la escuela primaria de área de asistencia. Si no tiene a la disponibilidad una copiadora nosotros le haremos las copias. **Se le regresarán los documentos originales** el mismo día y las copias serán entregadas junto con la hoja de comprobante de domicilio.

Por favor dirija toda pregunta a la oficina de la escuela de su área de asistencia.

Comprobantes de domicilio de cada una de las siguientes categorías: (se requieren 3 documentos a la fecha en total)

Categoría 1 (Se requiere 1 documento)	Categoría 2 (Se requieren 2 facturas de pago)
☐Estado de cuenta de la hipoteca ☐Impuestos de propiedad ☐ Contrato de compra de propiedad (escrow) ☐Contrato de alquiler de vivienda	☐ Factura de PG&E ☐ Factura del agua de la ciudad de Gilroy ☐ Factura de la basura/reciclaje ☐ Factura de servicio de Internet ☐ Factura del servicio de cable ☐ Contrato de seguro de vivienda/inquilino

DEBE TRAER LOS DOCUMENTOS ORIGINALES PARA COMPROBANTES

Si hay la sospecha que algunos documentos son falsos, estos serán investigados por el Especialista en Verificación de Inscripciones del Distrito Escolar Unificado de Gilroy.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY
INSCRIPCION DE ESTUDIANTES

Doble Inmersión ☐
POR FAVOR COMPLETE LA APLICACION INDEPENDIENTE

Nombre del Estudiante: APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL Domicilio de correspondencia Ciudad Código Postal Domicilio de vivienda Ciudad Código Postal	Fecha de Nacimiento: PROBLEMA MEDICO: ☐ SI ☐ NO INDIQUE EL PROBLEMA: (Adjunte información adicional)	Sexo: Grado para que se está registrando: Año escolar:

Teléfono de Casa:	Información de Emergencia (si los padres no se encuentran) Nombre_____ Dirección_____ Tel._____	¿Desde cuándo vive en esta dirección? Fecha:
¿Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar Unificado de Gilroy anteriormente? ☐ Si ☐ No Escuela: _____ Grado: _____ Año: _____	Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy?: ☐ Si ☐ No Nombre Escuela/Grado _____ _____ _____	¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar? 504 ☐ Si ☐ No Educación Especial* ☐ Si ☐ No * (si es si identifique el servicio) Recursos, Habla, Clase de día Especial

POR FAVOR DE LLENAR LA FORMA DE MOVILIDAD

Escuela(s) previa(s) (Marque el Preescolar si aplica)

Grados Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Pública Si	Pública No	Estado	Ciudad	Condado

Cuestionario sobre el idioma que se habla en casa

Si en las preguntas su respuesta es otro idioma diferente al inglés, su hijo tendrá que tomar un examen de colocación (ESL) (ELD).

1. ¿En qué idioma aprendió a hablar? _____
2. ¿Cuál es el idioma que ***más*** utiliza el estudiante en casa? _____
3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza ***más*** con este estudiante? _____
4. ¿Cuál es el idioma preferido para su correspondencia? _____

Marque al que corresponda
☐ Madre
☐ Padre
☐ Familia Temporal (Foster)
☐ Apoderado Legal
☐ Pariente (Especifique)
_____
Divorciados/Separados Legalmente ☐ Si ☐ No
¿Custodia Compartida?
☐ Si ☐ No
☐ ¿Contacto de emergencia?

Nombre de Guardián: _____
_____
Dirección si es diferente a la del estudiante
Tel. del trabajo: _____ Ext._____
Celular: _____
Correo electrónico_____

Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido:
☐ No graduado de preparatoria ☐ Graduado de Universidad
☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela de Graduados
☐ Algo de Universidad

Marque al que corresponda
☐ Madre
☐ Padre
☐ Familia Temporal (Foster)
☐ Apoderado Legal
☐ Pariente (Especifique)
_____
Divorciados/Separados Legalmente ☐ Si ☐ No
¿Custodia Compartida?
☐ Si ☐ No
☐ ¿Contacto de emergencia?

Nombre de Guardián: _____
_____
Dirección si es diferente a la del estudiante
Tel. del trabajo: _____ Ext._____
Celular: _____
Correo electrónico_____

Nivel de educación, Año Universitario o Título Obtenido:
☐ No graduado de preparatoria ☐ Graduado de Universidad
☐ Graduado de preparatoria ☐ Escuela de Graduados
☐ Algo de Universidad

DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACION LEGAL.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN_____ **FECHA**_____

Para uso de la Oficina Solamente (Office Use Only)

ID	SCH	REG-DATE	ENROLLED by	ETH	IMMUN	SPECIAL ED	HOME-SCH	Next School Code

	Documentation of Birthdate: o Baptismal Record □ Passport o Birth Certificate □ Military ID	Referred to ELD_____ ELD Status_____ Test Date_____	Primary Language_____ TRANSITIONAL KINDER ☐

Rev 11/25 KS

DISTRICTO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY
Centro de Matriculación
7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020
Tel. 669-205-4000 fax: 408-842-1158
www.gilroyunified.org

Forma de Mobilidad

(Confidential)

Información del Estudiante	
Nombre de Estudiante:	Fecha de Nacimiento:

Grupo Etnico/Raza		
¿Cuál es el grupo étnico de su niño/a? **(Marque Uno)**		
☐ Hispano o Latino (Cuba, México, Puerto Rico, América Central o América del Sur o de otro grupo u origen de alguna cultura hispana)		☐ No Hispano or Latino

De que raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)

La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba por favor continue contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cuál es su raza.

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (personas de origen de cualquiera de las razas Originarias de América del Norte, Central o del Sur)	☐ Laosiano (206)	☐ Tahitiano (304)
☐ Chino (201)	☐ Camboyano (207)	☐ De alguna Isla del Pacifico (399)
☐ Japones (202)	☐ Hmong (208)	☐ Filipino/Filipino American (400)
☐ Coreano (203)	☐ Otro grupo Asiático (299)	☐ Afro-Americano/Negro (600)
☐ Vietnamés (204)	☐ Hawaiano (301)	☐ Anglo (700) (personas de origen europeo, del Norte de África, del Medio Oriente)
☐ Indio Asiático (205)	☐ Guameño (302)	
	☐ Samoano (303)	

MOBILIDAD *(Requerido/Obligatorio)*

1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a **TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12**

2. Indique el grado en el que su niño entró cuando ingresó/asistió por primera vez a este distrito.

TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

GUS #127

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY

7810 Arroyo Circle
Gilroy, CA 95020
Teléfono 669-205-4000 / Fax 408-842-1158

Nombre del estudiante _____

Conforme al Código de Educación Sección 48915.1(b) es la responsabilidad de los padres de notificar al distrito escolar que está aceptando a su hijo si este ha sido expulsado de otro distrito escolar. Esta información es estrictamente confidencial excepto como es provista por el Código de Educación 49079: información confidencial para el maestro.

(Marque uno)

____ **Mi hijo nunca ha sido expulsado de un distrito escolar**

____ **Mi hijo fue expulsado en el pasado del distrito escolar** _____, **pero el plazo de expulsión se venció el** _____. **Esta información será verificada por parte del distrito escolar el cual expulso a su hijo.**

____ **Mi hijo al presente esta expulsado del distrito escolar** _____. **El plazo de expulsión se vence el** _____.

____ **Mi hijo está en libertad de prueba.**
Nombre del oficial: _____ _____
#De teléfono

_____ _____
Firma de padre/tutor **Fecha**

REVISED 3/7/2019

REQUISITOS DE VACUNAS PARA MATRICULACIÓN ESCOLAR

Las siguientes vacunas son necesarias para cumplir con el requisito de la Ley de Vacunas Escolares y el Código de Salud y Seguridad de California Secciones 120325-120375:

VACUNA:

POLIO	#1	#2	#3	#4	
DPT/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3	#4	#5
Tdap Booster ((1 dosis a o después de los 7 años)	#1				
MMR (los dos administrados a 1 año de edad o después)	#1	#2			
Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicela	#1	#2			

PRUEBA DE TUBERCULOSIS (estudiante entrando a kindergarten y los estudiantes que vengan de afuera del Condado Santa Clara para entrar a los grados 1 a 12 deben presentar el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela (TB Risk Assessment for School Entry) completado por su médico. Este debe estar completado dentro de doce meses antes de la matriculación escolar o transferencia. Los estudiantes que hayan salido del país por 12 meses o más necesitan un formulario nuevo de examen de tuberculosis (TB Risk Assessment for School Entry) completado en los últimos 12 meses.) El examen de Tuberculosis del Departamento de Salud Pública del Condado Santa Clara para entrar a la escuela es el único formulario de examen aceptable.

Copia de todas las vacunas

NECESITA HACER UNO DE LOS SIGUIENTES INMEDIATAMENTE:

Llevar este formulario a su doctor o departamento de salud local para recibir las vacunas necesarias. Luego traernos la cartilla de vacunas actualizada y o el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela completado por su médico. La cartilla de su hijo debe incluir la fecha de las vacunas y la firma del médico o el sello.

Conforme a la ley del estado, no podemos permitir a su hijo asistir a la escuela /guardería al menos que recibamos evidencia que los requisitos mencionados ya han sido cumplidos.

Si tiene preguntas o requiere de información adicional por favor llame a la oficina de la escuela y hable con la enfermera.

Atentamente,

Servicios de Salud

Rev. 01/2020

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela

CDPH California Department of Public Health

Por favor traiga el registro de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: mydvr.cdph.ca.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

- ☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
  Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después.
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después.
- ☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan.
- ☐ **Hepatitis B—3 dosis**
- ☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**
  Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después.
- ☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

- ☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**
  Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

- ☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la **hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe).** Los preadolescentes y adolescentes también necesitan **las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH)** para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y **las vacunas contra la enfermedad meningocócica**. Obtenga más información sobre las vacunas que su hijo necesita y dónde vacunarse en GetImmunizedCA.org.

Guía de requisitos de vacunación para

grados K–12 (incluyendo kínder de transición)

CDPH California Department of Public Health

Grado	Número de dosis requeridas de cada vacuna [1, 2, 3]				
Admisión a K-12 °	**4 Polio[4]**	**5 DTaP[5]**	**3 Hep B[6]**	**2 MMR[7]**	**2 Varicela**
(7°-12°)[8]	**Dosis para K-12°** +	**1 Tdap**			
Paso a 7° grado [9,10]		**1 Tdap[8]**			

1. Los requisitos para la admisión a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
2. Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
3. Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
4. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan. (Las dosis de la vacuna inactivada contra la polio [IPV] sí cuentan).
5. Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td administradas al cumplir los sietes años de edad o después también cuentan para el requisito de K-12°.
6. Para la admisión a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
7. Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
8. Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tosferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
9. Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o más necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
10. El requisito anterior de dos dosis de la vacuna contra la varicela para el paso al séptimo grado venció el 30 de junio de 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina acelular
Hep B= vacuna contra la hepatitis B
MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

Instrucciones:
Se requiere que las escuelas en California comprueben los registros de vacunación de todos los nuevos alumnos admitidos a kínder de transición (TK)/kindergarten hasta 12º grado y todos los alumnos que pasan a 7º grado antes de ingresar. Consulte shotsforschool.org para obtener más información.

Admita incondicionalmente a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de inmunización
- Una exención médica permanente*

Admita condicionalmente a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de admisión condicional bajo la columna titulada "Excluir si no se ha dado") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas*.

Calendario de admisión condicional para grados K-12

Antes de ser admitido, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

Dosis	Lo más temprano que se puede dar	Excluir si no se ha dado
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4[1]	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3[2]	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualizar la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

En el caso de un alumno trasladado de otra escuela en los Estados Unidos, cuyo registro de vacunación aún no se ha recibido en el momento de admisión, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el registro de vacunación al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

¿Tiene preguntas?

Vea el "California Immunization Handbook" (en inglés) en ShotsForSchool.org

Información sobre Tuberculosis e infección de Tuberculosis Latente

Santa Clara County PUBLIC HEALTH

¿Qué es la tuberculosis?

Tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria que se transmite por medio del aire de una persona a otra. Aunque más a menudo la tuberculosis afecta los pulmones, puede llegar a afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, huesos, riñones y el cerebro. La tuberculosis puede convertirse en una enfermedad muy seria y llegar a ser fatal. Afortunadamente, se puede prevenir, tratar, y curar.

¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?

Los síntomas de la tuberculosis pueden incluir fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos y fatiga. Si la tuberculosis afecta los pulmones, los síntomas pueden incluir una tos que dura más de 2 o 3 semanas, sangre al toser y dolor en el pecho. Si usted tiene alguno de estos síntomas, necesita ver un doctor.

¿Es la tuberculosis un problema en el Condado de Santa Clara?

Sí. Nuestro condado ocupa el cuarto lugar en los casos más altos de la tuberculosis en California después de los condados de Los Ángeles, San Diego, y Orange. La incidencia de tuberculosis en el Condado de Santa Clara es 3 veces mayor que el nivel nacional. Se estima que 8.5% de los residentes de nuestro condado tienen una infección de tuberculosis latente, pero la mayoría no lo sabe.

¿A quiénes afecta la tuberculosis en el Condado de Santa Clara?

La tuberculosis puede infectar a cualquier persona que vive, trabaja o respira cerca de alguien que tiene la enfermedad de la tuberculosis infecciosa, sin importar edad, sexo o nivel socioeconómico. En este condado, más de 90% de los pacientes con la enfermedad de tuberculosis son personas que nacieron fuera de los Estados Unidos, pero la mayor parte han vivido en este país por más de 5 años. En el Condado de Santa Clara, la mayoría de los casos se encuentran en personas nacidas en Vietnam, las Filipinas e India.

¿Cómo se contagia la tuberculosis?

La bacteria que causa tuberculosis se transmite entre personas a través del aire, cuando alguien con tuberculosis en los pulmones o la garganta tose, estornuda o habla. Las personas que estén cerca se pueden infectar al respirar la bacteria, sobre todo si están en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene la enfermedad de la tuberculosis. Cuando alguien está infectado, pero no presenta síntomas o señales de tuberculosis activa, se dice que tiene una infección de tuberculosis latente.

¿Cuál es la diferencia entre la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de la tuberculosis?

Infección de tuberculosis latente es cuando alguien tiene la bacteria que causa la tuberculosis, pero su cuerpo evita que la bacteria se desarrolle, y no tiene síntomas ni señales de la enfermedad de la tuberculosis. A esto se le conoce como tuberculosis latente y no es contagioso hacia otras personas.

Cuando su cuerpo ya no puede evitar que la bacteria se desarrolle, se multiplica y causa que se enferme con la enfermedad de tuberculosis. Personas con infección de tuberculosis latente pueden llegar a sufrir la enfermedad de tuberculosis en semanas o muchos años después de haber sido infectadas. Personas con la enfermedad de tuberculosis en sus pulmones o garganta usualmente están enfermos y pueden contagiar a los demás. El riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis es más alto en personas cuyo sistema inmune está debilitado.

Ud. debe hacerse una prueba para detectar tuberculosis latente si...

• Estuvo en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene tuberculosis en los pulmones o la garganta.
• Nació en un país con un nivel alto de tuberculosis (países que no son EE. UU., Canadá, Australia, Nueva Zelandia, o de Europa Occidental y Europa del Norte).
• Sufre de una enfermedad que le pone en más riesgo de desarrollar tuberculosis, como VIH, diabetes, insuficiencia del riñón en fase terminal; cáncer de cabeza, cuello o pulmones, leucemia, linfoma o silicosis; tiene historial médico de gastrectomía o desviación gástrica; o su peso es muy bajo.
• Usa medicamentos que debilitan su sistema inmune (quimioterapia, medicamentos para evitar rechazo de trasplante, inhibidores TNF alfa, esteroides orales equivalentes a 15mg de prednisona o más por más de un mes.
• Se inyecta drogas ilícitas
• Fuma
• Trabaja o ha permanecido en un asilo, albergues para desamparados, establecimientos correccionales, u otro lugar con un grupo de personas

¿Cómo sé si tengo la infección de tuberculosis latente?

Para saber si usted tiene la bacteria de tuberculosis, hay una prueba de sangre (Quantiferon o T-spot), o una prueba que se aplica en la piel (TST o PPD).

Un resultado positivo indica que es probable que usted tenga la bacteria de la tuberculosis en su cuerpo. La mayoría de las personas cuyas pruebas de tuberculosis (de sangre o en la piel) son positivas tienen la infección de tuberculosis latente. Para confirmar que no tiene la enfermedad de tuberculosis, su doctor lo examinará y ordenará una radiografía de los pulmones. A veces, es necesario hacer otras pruebas para determinar si alguien tiene tuberculosis latente o enfermedad de tuberculosis

¿Y si alguien recibió la vacuna (BCG)?

Nunca se debe ignorar una prueba positiva de tuberculosis en la piel. Las vacunas BCG se administran en países donde la tuberculosis es común. La vacuna contra la tuberculosis (BCG), puede ayudar a prevenir que niños pequeños se enfermen seriamente de tuberculosis. Esta protección se va perdiendo al aumentar de edad. Una persona que ha sido vacunada aún puede llegar a tener tuberculosis latente o la enfermedad de tuberculosis. Alguien que recibió la vacuna BCG puede hacerse la prueba de TB de sangre o en la piel. Si tiene una opción, hacerse la prueba de sangre es mejor porque la vacuna no afecta la prueba de sangre. El resultado solo será positivo si tiene la bacteria de tuberculosis en el cuerpo

¿Cuál es el tratamiento para una infección de tuberculosis latente?

Una infección de tuberculosis latente se puede tratar con medicamento para prevenir la enfermedad de tuberculosis. Las opciones incluyen:

- Isoniazid y Rifapentine una vez a la semana por 12 semanas
- Rifampin diario por 4 meses
- Isoniazid diario por 9 meses

Pregúntele a su doctor cual es el mejor para usted.

¿Por qué debo tomar medicamento si no me siento enfermo?

Si usted tiene una infección de tuberculosis latente, significa que, aunque no esté enfermo, la bacteria está en su cuerpo. Si no toma el tratamiento para la tuberculosis latente, podría desarrollar la enfermedad de la tuberculosis. Es importante que tome el tratamiento completo para que sea efectivo y la bacteria no desarrolle resistencia a la medicina. El tratamiento disminuye el riesgo de sufrir la enfermedad de tuberculosis más del 90%.

Para más información sobre la tuberculosis, vea http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm o acuda al Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara.

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

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:

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: – –
Address:			Apt.:
City:			ZIP Code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten:
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female

Child's Race/Ethnicity:		
	☐ White	☐ Native American
	☐ Black/African American	☐ Multi-racial
	☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander
	☐ Asian	☐ Unknown
	☐ Other (please specify)	

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

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

Assessment Date:	Untreated Decay (Visible Decay Present)	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present)
– –	☐Yes ☐No	☐Yes ☐No

Treatment Urgency:

◯ **No obvious problem found**

◯ **Early dental care recommended** (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)

◯ **Urgent care needed** (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____	_____	– – _____
Licensed Dental Professional Signature	***CA License Number***	***Date***

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	– –
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	– –
Did child receive needed treatment?	◯ **Yes** ◯ **No** (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ◯ **I don't know**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Clear Form

Waiver of Oral Health Assessment Requirement

Please fill out this form if you need to excuse your child the oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: – –
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten:
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ◯ Male ◯ Female

Child's Race/Ethnicity:	◯ White	◯ Native American
	◯ Black/African American	◯ Multi-racial
	◯ Hispanic/Latino	◯ Native Hawaiian/Pacific Islander
	◯ Asian	◯ Unknown
	◯ Other (please specify)	

Continued on Next Page

Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):

☐	I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: ☐ Medi-Cal ☐ Covered California ☐ Healthy Kids ☐ None ☐ Other: _____
☐	I cannot afford an assessment for my child.
☐	I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).
☐	I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
☐	I do not believe my child would benefit from an assessment.
☐	Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child): _____ _____

If asking to be excused from this requirement:

▶ _____ _ _

Signature of parent or guardian ***Date***

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31 of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

State of California—Health and Human Services Agency

Department of Health Services
Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program

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