



Distrito Escolar de Roseland

Inscripción para NUEVOS Alumnos

AVISO PARA PADRES: Colocación del estudiante se basa en el sitio con el espacio disponible en cada nivel de grado. Existe la posibilidad que la escuela usted prefiere o en la cual inscribió a su hijo/a, no será la escuela en donde será colocado.

Por favor seleccione su sitio de preferencia

- ☐ Roseland Creek Elementary (707) 543-2800
 ☐ Sheppard Accelerated Elementary (707) 546-7050
 ☐ Roseland Elementary: A Leadership Academy (707) 545-0100

Solicite un paquete de inscripción de Roseland Charter School para el programa de escuela en el hogar Roseland Charter Tk-6.º

Para las inscripciones de kínder transicional & kínder se necesita lo siguiente:

1. ☐ **Acta de nacimiento**
Kínder: 5 años el 1.º de septiembre de 2026 o antes
Kínder transicional: 4 el 1.º de septiembre de 2026 o antes
2. ☐ **Comprobante de domicilio:** (Factura reciente de los últimos 30 días: luz, agua, basura, etc.)
3. ☐ **Solicitud Para permiso de Asistencia Inter distrital** (si pertenece a otro distrito)
4. ☐ **Boleta de vacunas:** DTP 5, Polio 4, Hepatitis B 3, MMR 2, Varicela 2)
5. ☐ **Examen físico** (Recomendado)
6. ☐ **Examen dental** (Recomendado)
7. ☐ **Formulario de salud del estudiante completado**
8. ☐ **Encuesta para padres/tutores de kínder transicional & kínder completado**
9. ☐ **Información de servicios de educación especial** (Copia del IEP)

Inscripciones para 1.º - 6.º grado deben incluir lo siguiente:

1. ☐ **Acta de nacimiento**
2. ☐ **Comprobante de domicilio:** (Factura reciente de los últimos 30 días: luz, agua, basura, etc.)
3. ☐ **Solicitud Para permiso de Asistencia Inter distrital** (si pertenece a otro distrito)
4. ☐ **Boleta de vacunas:** DTP 5, Polio 4, Hepatitis B 3, MMR 2, Varicela 2
5. ☐ **Formulario de salud del estudiante completado**
6. ☐ **Información de servicios de educación especial** (Copia del IEP)

Office Use Only

Intake Site: _____

Intake Person: _____

Date and Time Received _____

Name _____ Grade _____ DOB _____

Address _____

Parent Name _____ Phone Number _____

Siblings _____

☐ In District ☐ Out of District District of Residence _____ Approved: ☐ Yes ☐ No

Student receives Special Services: ☐ Yes ☐ No If Yes, what are the services: _____

Notes _____ Student ID No. _____

This form must remain in the student's file



LAST ENROLLED & LATE ENROLLMENT

Dear Roseland District Families

Welcome to our school district! We have been experiencing much growth in our schools. Our goal is to enroll your child in the school of your choice. However, there are times when our classes fill to capacity and changes in initial student placements are necessary.

Please note that it is possible that your child may be assigned to a different classroom, and potentially a school different than where you initially registered. This is dependent upon the availability of space in grade levels at each of our schools.

By signing this notification, you acknowledge that you are aware of the possibility that your student may be placed in a different class or school than where you initially registered.

Print First, Last Name

Sign

Date

ULTIMAS INSCRIPCIONES E INSCRIPCIONES TARDES

Estimados Familias del distrito de Roseland

¡Bienvenidos a nuestro distrito! Estamos en un gran crecimiento en nuestras escuelas. Nuestra meta es inscribir a su niño/a en la escuela de su elección. Sin embargo, hay ocasiones en que nuestras clases se llenan a capacidad y los cambios en las asignaciones iniciales de estudiantes son necesarios.

Por favor tenga en cuenta que es posible que su niño/a pueda ser asignado a una clase diferente y, potencialmente, una escuela diferente a la que se registró inicialmente. Esto es dependiente de la disponibilidad de espacio en los diferentes grados en cada una de nuestras escuelas.

Al firmar esta notificación, usted reconoce que usted es consciente de la posibilidad de que el estudiante puede ser colocado en una clase o escuela diferente en la que se registró inicialmente.

Imprimir Nombre, Apellido

Firma

Fecha

December 9, 2025



Roseland Public Schools

Family Information Sheet

Do you have other children/siblings enrolled in the Roseland District? Yes____ No____
(If yes please provide information below)

Child's Name	School Attending	Grade
Child's Name	School Attending	Grade
Child's Name	School Attending	Grade
Child's Name	School Attending	Grade
Child's Name	School Attending	Grade
Child's Name	School Attending	Grade

Hoja de información familiar

¿Tiene otros hijo/a(s) que asisten al Distrito Escolar de Roseland? Si____ No____
(Si indico que si, por favor provee la información abajo)

Nombre	Escuela que asiste	Grado
Nombre	Escuela que asiste	Grado
Nombre	Escuela que asiste	Grado
Nombre	Escuela que asiste	Grado
Nombre	Escuela que asiste	Grado
Nombre	Escuela que asiste	Grado

December 9, 2025

**Por favor, complete este formulario
para escuelas públicas de California (TK-12).**

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre del estudiante: _____,
(Apellido) (Primer Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que dirigen a las escuelas a evaluar el dominio del idioma inglés de los estudiantes. El proceso comienza con la determinación de los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta sobre el idioma del hogar ayudarán a determinar si se debe evaluar la competencia del estudiante en inglés. Esta información es esencial para que la escuela proporcione programas y servicios educativos adecuados.

Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con estos requisitos. Responda a cada una de las cuatro preguntas que se enumeran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre (s) del idioma (s) que corresponda en el espacio provisto. Por favor, no deje ninguna pregunta sin respuesta. Si se comete un error al completar esta encuesta sobre el idioma del hogar, puede solicitar una corrección antes de evaluar el dominio del inglés de su estudiante.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) con más frecuencia en casa? _____
3. ¿En qué idioma (los padres y tutores con más frecuencia utilizar al hablar con su hijo(a)? _____
4. ¿Qué idioma hablan con más frecuencia los adultos en el hogar? _____
(padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

Por favor firme y feche este formulario en los espacios provistos a continuación, luego devuélvase al maestro de su hijo(a). Gracias por su cooperación.

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a las escuelas de Roseland?

☐ Sí ☐ No

USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido legal	Otro nombre legal (si aplica)
☐ Masculino ☐ Femenina ☐ No binario		Fecha de nacimiento:	Mes Día Año
		()	()
Nombre del padre 1 o tutor	Apellido	Teléfono en casa	Tel. en el trabajo
		()	()
Nombre del padre 2 o tutor	Apellido	Teléfono en casa	Tel. en el trabajo
Correo Electrónico del padre 1 o tutor		Correo Electrónico del padre 2 o tutor	
Dirección postal	Apt#	Ciudad	Estado Zip
Dirección (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra) (P.O Box o # de casa y nombre de la calle)	Apt #	Ciudad	Estado Zip

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre 1.

☐ Con licenciatura o con postgrado (10)
☐ Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)
☐ Algo de *colegio* (incluye AA título) (12)
☐ Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)
☐ No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)

EDUCACIÓN DE LOS PADRES – Marque la respuesta que describa el nivel del padre 2.

☐ Con licenciatura o con postgrado (10)
☐ Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)
☐ Algo de *colegio* (incluye AA título) (12)
☐ Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)
☐ No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA? (marque una) ☐ **Hispano o Latino** (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza) ☐ **No Hispano o Latino**

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor no marque más de cinco opciones)

Independientemente de la opción que elija arriba sobre etnicidad de su hijo/a, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadritos, para indicar la que considera que es la raza de su hijo/a.

☐ Indígena americano o nativo de Alaska (100)
(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Sur o Centroamérica)
☐ Chino (201)
☐ Japonés (202)
☐ Coreano (203)
☐ Vietnamita (204)
☐ Indio de Asia (205)

☐ Laos (206)
☐ Camboyano (207)
☐ Hmong (208)
☐ Otro asiático (299)
☐ Hawaiano (301)
☐ Guamés (302)

☐ Samoa (303)
☐ Tahitiano (304)
☐ Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)
☐ Filipino/Filipino Americano (400)
☐ Afroestadunidense o negro (600)
☐ Blanco (700) (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente)

Comunicación Escolar:

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela? ☐ Inglés ☐ Español

Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – (marque todas las que apliquen)

☐ Padre 1 ☐ Padre 2 ☐ Ambos ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Encargado ☐ Casa grupal/de cuidado temporal ☐ Otro _____

¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante? ☐ Sí ☐ No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (*Caregiver Affidavit*)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es: ☐ Custodia conjunta

☐ Custodia individual ☐ Encargado

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:

1. ☐ Padre 1 ☐ Padrastro/Tutor (maque uno) **Nombre completo:** _____

Empleador: _____ **Ciudad:** _____ **Tel. de día # (____)** _____

2. ☐ Padre 2 ☐ Madrastra/Tutora (marque una) **Nombre completo:** _____

Empleador: _____ **Ciudad :** _____ **Tel. de día # (____)** _____

CORREO DUPLICADO – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

Nombre completo: _____ **Tel. #: (____)** _____

Dirección postal: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Zip Code:** _____

ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES:

Escuela (la más reciente)	Dirección/Ciudad/Estado/Zip	Grado/s	Fecha/s

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija? ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez fue expulsado/a? ☐ Sí ☐ No

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (por favor marque las que apliquen)

Educación especial: ☐ Recursos didácticos (RSP) ☐ Clase especial en el día (SDC) ☐ Habla y lenguaje ☐ 504

Otra: ☐ Prevención/apoyo matemático ☐ Prevención/apoyo de lectura ☐ Consejería

☐ Ayuda para mejorar la asistencia ☐ Ayuda para mejorar el comportamiento ☐ Otra (especifique) _____

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

BELOW FOR SCHOOL USE ONLY

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date:	Assigned Grade:	Permanent ID:	Blank ET RC
--	--	---	--------------	-----------------	---------------	-------------------

ACUERDO DE TRANSFERENCIA INTERDISTRITAL DEL CONDADO DE SONOMA

PASO 1: Para ser completado por los padres/tutor (letra imprenta)



Transferencia solicitada para: ☐ Estudiante nuevo ☐ Año escolar actual ☐ Año escolar actual ☐ Próximo año escolar		Grado actual: _____	20____ - 20____	Fecha de solicitud
Nombre del estudiante (apellido, nombre)		Fecha de nac		
Actual o última escuela de asistencia		Actual o último distrito de asistencia		
Escuela de residencia		Distrito de residencia		
Escuela solicitada		Distrito solicitado		
Nombre del padre/tutor		Número de contacto ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Celular		
Dirección de correo electrónico		Número de contacto ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Celular		
Dirección		Ciudad/Cód. postal		
¿Está el estudiante actualmente pendiente de acción disciplinaria o bajo una orden de expulsión? ☐ Sí ☐ No				
¿Recibe este estudiante actualmente educación especial u otros servicios especiales, como la sección 504? (Adjunte el IEP actual o el plan 504)				
☐ Sí, Sección 504 ☐ Sí, educación especial ☐ Sí, habla/RSP ☐ No, no corresponde ☐ Otro: _____				
¿Cuáles son los motivos de la solicitud? Proporcione documentación/evidencia por escrito. (Marque todos los que correspondan)				
☐ Acoso (prioridad dada) ☐ Completar el último año en la escuela actual ☐ Salud y seguridad ☐ Programa especializado ☐ Inscripción continua ☐ Recomendado por SARB ☐ Propuesta de cambio de residencia ☐ Cambio en el entorno social ☐ Cuidado infantil: (dirección/teléfono del proveedor de cuidado infantil) _____ ☐ Hermanos: (nombres/grados de los hermanos) _____ ☐ Otro: _____				

Declaro bajo pena de juramento falso de acuerdo con la legislación de California que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Entiendo que esta información puede ser verificada y que la información incorrecta o falsa puede hacer que mi solicitud sea denegada o revocada. Entiendo que soy responsable del transporte de mi estudiante. Además, entiendo que, para mantener este permiso, mi estudiante debe cumplir con los términos y condiciones del acuerdo de asistencia del distrito, si corresponde, que incluye, entre otros, los términos y condiciones establecidos a continuación y el comportamiento académico y requisitos de la política de asistencia del distrito de asistencia deseada. **Entiendo que el permiso de asistencia entre distritos debe renovarse anualmente**, si los distritos mencionados anteriormente tienen un acuerdo de asistencia que lo estipule. Además, entiendo que ninguno de los distritos puede rescindir un permiso existente para un estudiante que ingresa a los grados 11 o 12 en el siguiente año escolar.

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

PASO 2: Distrito de residencia

Fecha de recepción: _____

Distrito: _____

Decisión: ☐ Aprobado ☐ Rechazado

Comentarios: _____

Por: _____

Título: _____ Fecha: _____

Firma autorizada: _____

PASO 3: Distrito de asistencia propuesto

Fecha de recepción: _____

Distrito: _____

Decisión: ☐ Aprobado ☐ Rechazado

Comentarios: _____

Por: _____

Título: _____ Fecha: _____

Firma autorizada: _____

IMPORTANTE: Las solicitudes se considerarán según las políticas locales de la junta. El Distrito de Residencia enviará la solicitud aprobada al Distrito Solicitado. El Distrito Solicitado enviará por correo al padre/tutor el formulario aprobado.

Todas las solicitudes deben incluir una copia del analítico/libreta de calificaciones más reciente. Las solicitudes se considerarán según las políticas locales de la junta.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES

Como padres o tutor legal, tienen derecho a:

- Solicitar un acuerdo de asistencia entre distritos desde su distrito de residencia. Si uno o ambos padres o tutores legales están empleados dentro de los límites de un distrito escolar que no es su distrito de residencia, pueden ser elegibles para la residencia en el distrito en el que se encuentra su lugar de trabajo, de conformidad con la "Ley Allen", en el Código de Educación, sección 48204 (b). Este formulario no debe usarse para cumplir con los requisitos de residencia bajo la Ley Allen. Además, este formulario no debe usarse para inscribirse en una escuela autónoma.
- Recibir una copia escrita de la política de la junta escolar local relacionada con las solicitudes de acuerdo de asistencia entre distritos tanto del distrito de residencia como del distrito al que desea asistir. Estas políticas estipulan las políticas de los consejos escolares con respecto a la concesión, denegación y revocación de permisos de asistencia entre distritos.
- Recibir una copia por escrito del Acuerdo de Asistencia de los Distritos, si corresponde, que estipule el acuerdo escrito entre los distritos con respecto a los permisos de asistencia entre distritos.
- Hablar sobre su situación con el superintendente del distrito local o la persona designada.
- Si corresponde, apelar una decisión adversa ante la junta escolar denegando la solicitud de permiso, de conformidad con las políticas de esa junta escolar, y recibir un aviso por escrito de la acción de la junta local dentro de un período de tiempo especificado por la política de la junta
- Apelar la decisión de un distrito escolar con respecto a una solicitud de transferencia entre distritos ante la Junta de Educación del Condado de Sonoma. Dicha apelación debe presentarse dentro de los 30 días calendario de la fecha de la denegación final del distrito escolar. Consulte la política de la junta directiva para obtener más información.
- Los estudiantes con discapacidades no pueden ser discriminados en el proceso de transferencia entre distritos. La información recopilada relacionada con la discapacidad de un estudiante debe usarse solo para determinar la capacidad en programas de educación especial o si un distrito escolar necesitaría crear un nuevo programa para servir a un estudiante.

Le recomendamos que revise las políticas de la junta directiva de los distritos escolares pertinentes para obtener más información y cualquier derecho adicional.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

- Este permiso de asistencia entre distritos es válido solo para el año escolar otorgado. Este permiso vence al final de la duración otorgada por ambos distritos y debe renovarse antes de su vencimiento. Un distrito no puede requerir renovación para un estudiante que ingresa a los grados 11 y 12.
- Este permiso puede ser revocado en cualquier momento por el distrito de asistencia de conformidad con sus políticas y regulaciones.
- Si el estudiante participa en algún programa deportivo regido por la Federación Interscholástica de California (CIF), es posible que no sea elegible para participar en la nueva escuela. Los padres/tutor deben conocer las reglas CIF antes de presentar este acuerdo.
- Los padres/tutor son responsables de proporcionar transporte hacia y desde la escuela de asistencia.

Cada distrito escolar en el condado de Sonoma tiene una política y criterios locales para aceptar o denegar solicitudes de permisos de asistencia entre distritos, que pueden o no incluir los motivos mencionados en la página anterior. Después de revisar las políticas de su distrito de residencia y el distrito de asistencia deseada, complete el permiso de asistencia interdistrital en su totalidad.
--



Distrito escolar de Roseland
Oficina del Distrito
1691 Burbank Ave.
Santa Rosa, CA. 95407
707-545-0102

**DECLARACIÓN JURADA DE LA FAMILIA DEL ESTUDIANTE
QUE VIVIÓ CON UN AMIGO O PARIENTE**

Yo _____ estoy verificando que
el Propietario

Nombre(s) del(de los) Estudiante(s)

y su familia _____
Nombre(s) de los Padre(s)

que viven conmigo en la siguiente dirección:

Número y calle

Ciudad

Código postal

Mi número de teléfono es: (____) _____

Se debe adjuntar una copia de la factura de servicios públicos o del contrato de alquiler.

Entiendo que todas las comunicaciones entre la escuela y los estudiantes que viven conmigo se realizarán a través del arriba dirección y número de teléfono.

ADVERTENCIA: No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta, o
estará cometiendo un delito punible con una multa, prisión o ambas.

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que
lo anterior es verdadero y correcto.**

Firma

Fecha

Distrito Escolar de Roseland
Historia de Salud Infantil

Fecha: ____/____/____ Escuela: _____
Nombre del Estudiante: _____
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Padre/Tutor: _____
Telefono: Casa (____) _____ Celular (____) _____
Domicilio: _____
Street Apt. City Zip

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Varicela | ☐ Tuberculosis | ☐ Diabetes |
| ☐ Asma | ☐ Alergias | ☐ Alergia a piquetes de insectos |
| ☐ Problemas del corazón | ☐ Problemas de conducta | ☐ Convulsiones |
| ☐ Resfriados frecuentes | ☐ Infecciones de oído recurrentes | ☐ Problemas de los ojos |
| ☐ Limitación de movimiento | | |
| ☐ Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía u otras condiciones físicas que limitan la actividad física de su hijo en la escuela. | | |

Proporcione información adicional para cualquiera de las condiciones anteriores marcadas:

Todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el recipiente de prescripción con la fecha actual.

¿Su hijo/a necesita medicamentos mientras está en la escuela? ☐ Sí ☐ No

Si usted dijo Sí, complete la forma "Autorización para la administración de medicamentos" (obtenga el formulario en la oficina de la escuela)

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____
Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Fecha del último examen físico: ____/____/____ Doctor: _____

Fecha del último examen dental: ____/____/____ Dentista: _____

¿Su hijo/a usa anteojos? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica que pueda requerir cuidados mientras está en la escuela o que restrinja su actividad física, como deportes de contacto? (Por favor describa)

La información obtenida de este historial médico puede incluirse en una lista confidencial de condiciones de salud, si corresponde. Para obtener más información / inquietudes, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma del padre/tutor

Fecha

Encuesta para padres y tutores de kindergarten transicional/kindergarten

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Nombre del padre/tutor _____ Número de teléfono _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a conocer más sobre su hijo para que podamos satisfacer mejor sus necesidades.

1. ¿Su hijo asistió a preescolar? De ser así, ¿dónde y cuándo? _____

2. Para los estudiantes que ingresan al kínder, ¿su hijo asistió al kínder transicional? De ser así, ¿dónde?

3. Por favor, háganos saber si su hijo puede realizar las siguientes actividades de autocuidado. *(marque una de las siguientes opciones para cada categoría):*

A. Use el baño:

☐ Es independiente ☐ Necesita algo de ayuda ☐ Necesita ayuda total/usa pañales

B. Pueden vestirse solos (por ejemplo, ponerse una chaqueta, abrocharse los botones, subir la cremallera, etc.):

☐ Es independiente ☐ Necesita algo de ayuda ☐ Necesita ayuda total

C. Puede administrar comidas/refrigerios (abrir recipientes, usar utensilios, alimentarse por sí solo):

☐ Es independiente ☐ Necesita algo de ayuda ☐ Necesita ayuda total

4. ¿Se siente cómodo su hijo estando lejos de sus padres/cuidadores? Si no es así, ¿qué estrategias le ayudan a sentirse mejor?

5. ¿Existen comportamientos o rutinas que el personal del aula debe conocer?

6. ¿Hay algo más que le gustaría compartir con el maestro/personal de la escuela de su hijo para que podamos apoyar mejor a su hijo y a su familia?

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 ☐ No Binario
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Nativo de Hawai/islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California [Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla. [IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present) ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] ☐ Ningún problema obvio [No obvious problem found] ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature] Número de matrícula de CA CA License Number Fecha Date]			

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: X _____

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.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

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

Community Immunization Clinics and Clinical Services in Sonoma County ***Clínicas de Inmunización de la Comunidad y Servicios Clínicos en el Condado de Sonoma***

The following family clinics offer medical care and immunizations to established patients. Those with a * offer limited immunization services to the public but encourage establishing care as well.

*Las siguientes clínicas ofrecen cuidado médico e inmunizaciones a pacientes establecidos. Aquellos con una * ofrecen servicios limitados al público, pero también anima a que se establezca cuidado médico.*

Healdsburg:

Alliance Medical Center*

1381 University Ave., Healdsburg

1st Friday (El primer viernes del mes): 8-10am

VFC Eligible children only. Adults call for appointment. (Solamente niños elegibles para VFC.

Adultos llame para una cita)

(707) 433-5494 www.alliancemed.org

Petaluma:

Petaluma Health Center*

1179 N. McDowell Blvd., Petaluma

Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 559-7500 www.phealthcenter.org

Rohnert Park:

Concentra Medical Center* (walk in care M-F 8-5)

6174 State Farm Dr., Rohnert Park

TB Testing: Monday-Wednesday/Friday Adult immunizations: Monday-Friday (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes

Inmunizaciones para adultos lunes a viernes)

(707) 586-4320

Rohnert Park Health Center*

5900 State Farm Dr., 2nd Floor, Rohnert Park Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 559-7500 www.phealthcenter.org

Santa Rosa:

Caritas Campus*

301 6th St., Ste. 214, Santa Rosa

TB Testing: Monday-Wednesday/Friday 8:30am-5:30pm (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes 8:30am-5:30pm)

Walk-ins with check-in at 8:15am & 1:15pm (Sin cita con registro a las 8:15am y 1:15pm)

(707) 583-8700 www.srhealth.org

Concentra Medical Center* (walk in care M-F 8-5)

1221 North Dutton Ave., Santa Rosa TB Testing: Monday-Wednesday/Friday Adult immunizations: Monday-

Friday (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes. Inmunizaciones para adultos: lunes a viernes.)

(707) 543-8360

Dutton Campus

1300 N. Dutton Ave., Santa Rosa

Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 396-5151 www.srhealth.org

Elsie Allen Campus*

599 Bellevue Ave., G-17, Santa Rosa

For teens 12-19 only. Call for appointment.

(Solamente para adolescentes 12 a 19. Llame para una cita.)

(707) 583-8777 www.srhealth.org

Jewish Community Free Clinic*

50 Montgomery Dr., Santa Rosa Appointments available (Citas disponible):

Monday (Lunes) 1-5, Tuesday (Martes) 10-1, Thursday (Jueves) 10-1 & 3-7—call for available vaccines (llame para vacunas disponibles). TB Tests: Monday/Tuesday. Free to anyone without insurance (Pruebas de TB Lunes/Martes. Gratis para cualquier persona sin seguro médico). Also offering Physicals, Mental Health, Acupuncture, and Women's Health by appointment.

(707) 585-7780 www.jewishfreeclinic.org

Lombardi Campus

751 Lombardi Ct., Ste. B, Santa Rosa Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 547-2222 www.srhealth.org

Pediatric Campus*

711 Stony Point Rd., Ste. 17, Santa Rosa Children 0-18 only (Solamente niños 0 a 18 años) Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 578-2005 www.srhealth.org

Sonoma County Indian Health Project, Inc.

144 Stony Point Rd., Santa Rosa
Established patients only (Solamente pacientes establecidos)
(707) 521-4500 www.scihp.org

Vista Campus*

3569 Round Barn Cir., Santa Rosa
Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 303-3600 www.srhealth.org Sonoma:

Sonoma Valley Community Health Center*

19270 Sonoma Highway, Sonoma
Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 939-6070 www.svchc.org West County:

Gravenstein Community Health Center

652 Petaluma Ave., Ste. H, Sebastopol Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 823-3166 www.wchealth.org

Occidental Area Health Center

3802 Main St., Occidental
Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 874-2444 www.wchealth.org

Russian River Health Center

16387 First St., Guerneville
Call for appointment (Llame para una cita)
(707) 869-2849 www.wchealth.org Windsor:

Alliance Medical Center*

8465 Old Redwood Hwy, Ste. 320, Windsor 1st Friday (el primer viernes del mes): 8-10am VFC eligible children only. Adults call for appt. (Solamente niños elegibles para VFC. Adultos llame para una cita)
(707) 433-5494 www.alliancedmed.org Various Locations:

Providence Mobile Health Clinic*

Clinics throughout Sonoma County. Call for day/time. (Ofrecen clínicas en varios lugares. Llame para el horario)
(707) 547-4612 www.providence.org

The following are services available from Sonoma County Public Health:

Los siguientes son servicios disponibles a través de Salud Pública del Condado de Sonoma:

- **Childhood Lead Poisoning Prevention 1-800-427-8982**
- **Laboratory Services (707) 565-4711** 3313 Chanate Rd., Santa Rosa Monday-Friday 8 am – 5 pm
Testing available to the public. Ticks: (707) 565-4715
- **Maternal, Child & Adolescent Health Toll-free Line 1-800-427-8982**
For help finding family planning, prenatal care, and affordable health care in Sonoma County.
- **Tobacco Prevention (707) 565-6680**
- **Travel Immunization Information** <https://sonomacounty.ca.gov/immunizations> www.cdc.gov/travel
- **Tuberculosis (TB) Control Program (707) 565-4567** Examination and treatment for suspect and active TB. By appointment only.
- **TB Skin Testing** available at all community health centers, call clinics for details. TB skin tests are also available at other locations in Sonoma County, visit: <https://sonomacounty.ca.gov/tb>