LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Educational Services
Student Services Department

Dear Parents/Guardians:

Welcome to Lynwood Unified School District! In order to ensure that the District has the most accurate and up-to-date information about your child, we have included the following information regarding the registration process.

Instructions to Register a Student in the Lynwood Unified School District:

1. Parent/Guardian must print and complete one (1) registration packet per student. Packets can be obtained from the school website at www.lynwood.k12.ca.us or any school building in the District.
   Please complete packet(s) BEFORE attending registration appointment

2. Parent/Guardian must bring completed registration packet(s) AND the following documentation to registration appointment:

   - Proof of Age: Legal Birth Certificate, Baptismal Certificate, or Passport, Affidavit of parent, guardian, or custodian, local registrar or county recorder statement
   - Custody paperwork or proof of guardianship (if applicable)
   - Immunization records
   - Proof of physical exam for school entry
   - Previous school records (grades, attendance, behavior)
   - Proof of residency: (two of the following is required) -- Mortgage Statement, Property Tax Bill or Escrow Papers; Property Title or Deed; Rental Contract, Lease, or Payment Receipts; Pay Stubs; Voter Registration; Government Agency Correspondence; Declaration of Residency

   OR

   - ✓ 2 Pieces of Business Mail or Utilities Services Bills or Contract (such as gas, water, electric. No cell phone or cable bills)

   OR

   - ✓ Living with a homeowner or renter of the District – Statement of Residency Affidavit must be obtained from homeowner and parent/guardian of enrolling student. This document affirms that you and the child(ren) reside at such address, along with proof of residency listed above.

If you have any questions or concerns, please call the Student Services Department at (310) 886-1600 ext. 8151

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Division de Servicios Educativos
Departamento de Servicios Estudiantiles

Estimado Padre(es) / Tutor(es) Legal(es):

El Distrito Escolar Unificado le da la bienvenida a Lynwood! Para aseguar de que el distrito obtenga la información más precisa y actualizada acerca de su hijo, hemos incluido la siguiente información sobre el proceso de registro.

Instrucciones para registrar un estudiante en el Distrito Escolar Unificado de Lynwood.

1. El padre o tutor debe imprimir y llenar un (1) paquete de matrícula por estudiante. Los paquetes pueden obtenerse en el sitio Web de la escuela en www.lynwood.k12.ca.us o una escuela del distrito. **Es importante que el paquete este completo antes de asistir a la cita de registro!**

2. El Padre o tutor debe traer paquetes de inscripción y la documentación siguiente a la cita de registro:

   - Comprobante de edad: Certificado de nacimiento legal, certificado de bautismo, o pasaporte, declaración jurada de padre, tutor o regristrador local o extracto del registrador del Condado.
   - Trámites de custodia o prueba de tutela (si procede)
   - Carta de Vacunas
   - Prueba de un examen físico para la entrada de la escuela
   - Registros/ traslado anteriores (grados, asistencia, comportamiento)
   - Prueba de residencia: (dos de los siguientes se requiere)--Propietarios de vivienda pueden proporcionar, declaración de hipoteca, factura de impuestos original o título de propiedad o documentos de garantía, escritura, contrato de alquiler, reibos arrendamiento de pago, talones de pago, registro de votante, coreespondencia de agencia gubernamental, declaración de recidencia.

     O

     - ✓ 2 piezas de correo de negocio o utilidades o contrato (como gas, agua, electricidad. No celular o biles de cable.

     O

     - ✓ Viviendo con un propietario o arrendatario del distrito, residente del distrito debe proporcionar una carta indicando que usted y los hijos residen en esa dirección, junto con el justificante de residencia mencionado.

Si tiene más preguntas o dudas, por favor llame al Departamento de servicios Estudiantiles al (310) 886-1600 ext. 8151

Student Enrollment Form 2026-2027

(To be completed by the parent or guardian)

Office Use Only
Permanent ID _____
SSID _____
Start Date _____
Home School _____

Student's LEGAL Name /*Nombre LEGAL del Estudiante*

Last Name/*Apellido* **First Name/*Primer Nombre*** **Middle Name/*Segundo Nombre***

Birth Date/*Fecha de nacimiento* **Gender/*Género*** **Grado/*Grado***

Residence Address/*Dirección de Residencia* **City/*Ciudad*** **State/*Estado*** **Zip/*Código Postal***

Has child ever attended a Lynwood Unified School District School? Yes □ No □

If Yes: School _____ **Date** _____

¿Ha asistido su hijo/a antes al Distrito Escolar Unificado de Lynwood? *Sí* □ *No*□

Si respondió Sí: Escuela _____ ***Fecha*** _____

Last School Attended:

La última escuela donde asistió: _____

Name of School/*Nombre de la Escuela* City/*Ciudad* State/*Estado* Phone No. / *No. Teléfono*

Proof of Age/Prueba de edad: Please check appropriate box/Por favor, seleccione la casilla apropiada:

Birth Certificate/*Acta de Nacimiento* □ Affidavit/*Declaración Jurada* □ School Records/*Archivos Escolares* □

What special services has your child received? (Please check all boxes that apply)
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (Por favor marque todas las casillas que apliquen)

Special Education: □ Resource (RSP) □ Special Day Class (SDC) □ Speech/Language □ 504 Accommodation Plan
Educación Especial: Recursos (RSP) *Clase Especial De Día (SDC)* *Habla/Lenguaje* *Plan de Adaptación 504*
Other/*Otra* □ Gifted (GATE) □ Remedial Math □ Remedial Reading □ Counseling
Dotado (GATE) *Matemáticas (Clase de refuerzo)* *Lectura (clase de refuerzo)* *Consejería*
□ English Language Development □ Deaf/Hard of Hearing □ Visually Handicap
Desarrollo del Idioma Inglés *Sordo/Problemas de Audición* *Discapacitado Visual* □ Other/Otro _____

Has student been expelled or is the student in the process of being expelled from any school? YES □ NO □ if yes, date _____
¿Ha sido el estudiante expulsado o está el estudiante en el proceso de expulsión de la escuela? SÍ □ NO □ en caso afirmativo, fecha _____

Mother's Name: Cell/Work#: Lives With ☐ Yes/*Sí* ☐ No
Nombre de la Madre: *Celular/Trabajo#:* *Vive con el estudiante*

Father's Name: Cell/Work#: Lives With ☐ Yes/*Sí* ☐ No
Nombre del Padre: *Celular/Trabajo#:* *Vive con el estudiante*

Legal Guardian/Other Cell/Work#: Lives With ☐ Yes/Sí ☐ No
Tutor *Legal/Otro*: *Celular/Trabajo#:* *Vive con el estudiante*

Nearby Relative, Neighbor or Day Care person that can care for child if neither parent can be located.
Pariente Cercano, Vecino o persona encargada del cuidado *de niños, que puede cuidar a su hijo/a en caso que ninguno de sus padres pueda ser localizado.*

Name/*Nombre* Address/*Dirección* Telephone/*Teléfono*

By court order, this child may not be legally released to:
Por orden judicial, este niño/a no puede ser entregado/a a: _____

Student's Name _____ **DOB** _____ **Grade/*Grado*** _____
Nombre del Estudiante ***Fecha de nacimiento***

Name of other siblings in the home/*Nombre de otros hermanos en casa:*

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

What is your child's ethnicity? (Please check only one):
¿Cual es el origen étnico de su hijo/a? (Por favor marque solamente uno):

☐ Hispanic/Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture, regardless of race)
Hispano/Latino (Una persona cuya cultura es de Cuba, México, Centro o Sudamérica o de otra cultura hispana sin importar su raza)
☐ Not Hispanic or Latino
No Hispano o Latino

What is your child's race? (Please check up to **five** racial categories) The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.
¿Cuál es la raza de su hijo/a? *(Por favor seleccione un máximo de **cinco** categorías de raza) La sección de arriba es sobre el origen étnico, no sobre la raza. No importa lo que haya seleccionado en la sección anterior, por favor continúe seleccionando una o más casillas que indiquen lo que usted considera que es su raza.*

American Indian or Alaskan Native
Indígena de los EE.UU o Indígena de Alaska
☐ American Indian or Alaskan Native (100) (Persons having origins in any of the original people of North, Central or South America)
Persona indígena de los EE.UU. o Alaska (100) (Personas con orígenes de los habitantes originales de Norte, Centro o Sudamérica)

Native Hawaiian or Other Pacific Islander
Indígena de Hawaii o Isleño del Pacífico
☐ Guamanian/*Guamano*
☐ Hawaiian/*Hawaiano*
☐ Samoan/*Samoano*
☐ Tahitian/*Tahitiano*
☐ Other Pacific Islander / *Otros Isleños del Pacífico*

Asian/*Asiáticos*
☐ Asian Indian/I*ndo asiático*
☐ Cambodian/*Camboyano*
☐ Chinese/*Chino*
☐ Filipino/*Filipino*
☐ Hmong */Los hmong*
☐ Japanese */Japonés*
☐ Korean/*Coreano*
☐ Laotian/*Laosiano*
☐ Vietnamese */Vietnamita*
☐ Other Asian */Otro Asiático*

Black or African American
Negro o Afroamericano
☐ Black or African American/*Negro o Afroamericano*

White
Blanco
☐ White (Person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, Northwestern Asia or the Middle East)
Blanco (Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, el norte de África, el noroeste de Asia o el Medio Oriente)

In what language would you like to receive school information? ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____
¿En qué idioma te gustaría recibir información de escuela? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Student's Name _____ **DOB** _____ **Grade/*Grado*** _____
Nombre del Estudiante ***Fecha de nacimiento***

Migrant Education: Has parent been employed in agriculture/fishing, food processing related activities in the past three years? Yes ☐ No ☐

Educación Migrante: ¿Han sido empleado los padres en actividades relacionadas con la agricultura, pesca, procesamiento de comida durante los últimos tres años? Sí ☐ No ☐

Parent Education Level: Check the response that describes the highest education level of parent/guardian(s):
Nivel De Educación Del Padre/Madre/Tutor: Seleccione la respuesta que mejor describa el nivel más alto de educación del padre/madre o tutor legal:

Parent #1/ Guardian #1/ Padre #1/ Guardian 1: _____ ***(Name)***

☐ Not a high school graduate
No se graduó de la Preparatoria

☐ High School graduate
Se graduó de la Preparatoria

☐ Some college (includes AA degree)
Algo de universidad (incluye un grado AA)

☐ College graduate
Se graduó de la universidad

☐ Gradute school/post graduate school
Se graduó de la universidad/recibió entrenamiento postgrado

Parent #2/ Guardian #2/ Padre #2/ Guardian #2: _____ ***(Name)***

☐ Not a high school graduate
No se graduó de la Preparatoria

☐ High School graduate
Se graduó de la Preparatoria

☐ Some college (includes AA degree)
Algo de universidad (incluye un grado AA)

☐ College graduate
Se graduó de la universidad

☐ Gradute school/post graduate school
Se graduó de la universidad/recibió entrenamiento postgrado

LUSD Acceptable Use Policy/ *Política del Uso Aceptable*
The District has adopted an Acceptable Use Policy to set guidelines for the use of LUSD Internet services. All students shall follow the rules set forth in the acceptable use policy (AUP).
El distrito ha adoptado una Política del Uso Aceptable que establece las reglas referentes al uso de servicios del Internet en LUSD. Todos los estudiantes deben seguir las reglas establecidas de la Política del Uso Aceptable (AUP, por sus siglas en inglés).

☐ I **DO NOT** want my child to be allowed access to the LUSD Internet services through Lynwood Unified School District/ **No** quiero que a mi hijo se le permita el acceso a los servicios de Internet por el Distrito Unificado de Lynwood. Parent/Guardian Signature: _____

I/we have reviewed this enrollment form and to the best of my knowledge, the information contained herein is true and complete. The undersigned declares under penalty of perjury that they are the parents or legal guardians of the above named student and grant the above authorizations.
Yo/Nosotros hemos revisado este documento y nos consta que la información presentada aquí es verdadera y completa. El abajo firmante declara, bajo multa de perjurio, que somos los padres de familia o tutores legales del estudiante anteriormente mencionado y que otorgo las autorizaciones ya mencionadas.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Date/Fecha: _____

Parent/Legal Guardian Signature Date:
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____
Fecha: _____

STUDENT SERVICES INFORMATION SECTION

Student's Name _____ **DOB** _____ **Grade/*Grado*** _____
Nombre del Estudiante ***Fecha de nacimiento***

Foster Youth Information
Fomentar la información juvenil

Has the student ever lived in foster home(s), adopted family, legal guardianship, or non-relative care placement? No Yes
Ha vivido el estudiante el una casa foster, familia adoptiva, guardian legal o en un hogar que no es familia? No____Si___
Does the family have a social worker? No____Yes____If so, social workers name and phone #_____
Tiene una trabajadora social? No____Si____Si tiene, el nombre de la trabajadora social y numero de telefono_____
Is there a court case number for the student? No____Yes_____if so, what is the court case number?_____
Hay un numero de caso de corte para el estudiante? No____Si_____Si tiente, cual es el numero de caso?_____
Who holds the educational rights for the student?_____
Quien tiene los derechos educativos del estudiante?_____
Does the student have an IEP? No____Yes____
Tiene el estudiante un IEP? No____Si____
Does the student have 504 plan? No____Yes____
Tiene el estuadiante un plan de 504? No____Si____

Active Military Duty */ Full-Time National Guard Duty Form*
Forma de servicio militar activo/Guardia Nacional de tiempo completo

United States Armed Forces/ National Guard: (Required annually by US Dept. of Education)
Will any of your child's parents/legal guardians begin Active Military Duty or Full Time National Guard Duty in any of the branches listed below during the current school year?

Army ☐ Navy ☐ Air Force ☐ Marine Corps. ☐ Coast Guard ☐ Full-Time National Guard Duty ☐

Yes ☐ No ☐

If yes:
Started what month/year?_____

Fuerzas Armadas de Estados Unidos/ Guardia Nacional
(Requerido anualmente por el Departamento de Educación de Estados Unidos)
¿Algun de los padres/tutores de su hijo(a) comenzaran servicio militar activo o guardia nacional de tiempo completo de alguno de las ramas militares durante el año escolar 2018-2019?

Army ☐ Navy ☐ Air Force ☐ Marine Corps. ☐ Coast Guard ☐ Guardia Nacional de Tiempo Completo ☐

Si ☐ No ☐

¿Si?
¿Comenzó qué mes/año?_____

Media Permission/ Permiso Para Salir en los Medios de Comunicación

I authorize use of my student's name, photos, video, voice recordings, and other quotes for publication on school and district websites, social media, television and print news media, and other electronic and marketing material to promote the positive activities, honors, and work of LUSD students and staff.

Autorizo el uso del nombre, fotografías, videos, grabaciones de voz y otras citas de mi estudiante para su publicación en los sitios web de la escuela y el distrito, las redes sociales, la televisión y los medios impresos, y otro material electrónico y de marketing para promover las actividades positivas, los honores y trabajo de los estudiantes y el personal de LUSD.

Parent/Legal Guardian Signature Date:
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal _____ ***Fecha:*** _____

SSID#:_____
School Year: _____

Lynwood Unified School District

Student Emergency Card

Tarjeta Personal del Estudiante

Last name of Pupil _____ First Name of Pupil _____ Middle Initial _____
Apellido del estudiante *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Home Address _____ City _____ Zip Code _____
Domicilio *Ciudad* *Zona Postal*

☐ Boy ☐ Girl Birth date ____/____/____ House Telephone # (_____) _____ - _____
Niño *Niña* *Fecha de Nacimiento* *# de Teléfono de la Casa*

Name of Father/Guardian _____ E-Mail Address _____
Nombre del Padre/Guardián *Correo Electrónico*

Home # _____ - _____ - _____ Cell # _____ - _____ - _____ Work #---------- _____ Dept./Ext. _____
 # Casa *# Celular* *# de Trabajo* *Dep. / Ext.*

Name of Mother/Guardian _____ E-Mail Address _____
Nombre de la Madre/Guardián *Correo Electrónico*

Home # _____ - _____ - _____ Cell # _____ - _____ - _____ Work #---------- _____ Dept./Ext. _____
 # Casa *# Celular* *# de Trabajo* *Dep. / Ext.*

IN CASE OF EMERGENCY, IF NEITHER OF THE PARENTS OR GUARDIANS CAN BE LOCATED, PLEASE NOTIFY:
EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SE NO LOCALICE A NINGUNO DE LOS PADRES O GUARDIANES, FAVOR DE LLAMAR:

Emergency Name _____ Phone _____ - _____ - _____ Address _____ Relation to Pupil _____
Nombre de Emergencia *Teléfono* Domicilio Relación

Emergency Name _____ Phone _____ - _____ - _____ Address _____ Relation to Pupil _____
Nombre de Emergencia *Teléfono* Domicilio Relación

Emergency Name _____ Phone _____ - _____ - _____ Address _____ Relation to Pupil _____
Nombre de Emergencia *Teléfono* Domicilio Relación

☐ I do ☐ I do not give my consent for emergency medical treatment if the listed persons cannot be reached. I realized that the school district cannot assume responsibility for the payment of medical fees, transportation, or expenses incurred.

☐ *Si doy* ☐ *No doy mi consentimiento para tratamiento medico de emergencias si las personas anotadas no pueden ser localizadas. Yo entiendo que el distrito escolar no puede asumir responsabilidad por costos médicos, transportación o gastos efectuados.*

_____ _____
Parent / Guardian Signature/*Firma de Padre o Guardián* Date / *Fecha*

My signature indicates that all information given is true and correct and that I will notify the school immediately of any changes.
Mi firma indica que toda la información dada es verdadera y correcta y que voy a notificar a la escuela inmediatamente de cualquier cambio.

Lynwood Unified School District

Health Insurance

Seguro Medico

Your child may be eligible for free or low-cost health insurance through Medi-Cal or Covered California. Please complete this form and sign to get more information or assistance in obtaining low cost or free health insurance for your children.
Su hijo/a puede ser elegible para seguro médico gratuita o de bajo costo a través de Medi-Cal o Covered California. Por favor llene y firme este formulario para adquirir más información o asistencia sobre seguro médico gratuito o de bajo costo para sus hijos.

Does your child have health insurance? / *¿ Tiene seguro medicos su hijo(a)?*

☐ Yes / ***Sí*** ☐ No ☐ I don't know / ***No lo sé***

If yes, what type of health insurance does your child have?
Si es así, ¿qué tipo de seguro de salud tiene su hijo? _____

I give the Lynwood Unified School District and Community Health Entities consent to contact me with more information.
Doy consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Lynwood y entidades de Salud Comunitarias que se pongan en contacto conmigo con más información.
☐ Yes / ***Sí*** ☐ No

Best time to call *(AM)* _____ (PM) _____
Mejor hora para llamar

Parent's Name (Print) _____ Home Telephone # _____ Cell _____ Work _____
Nombre del Padres (letra de imprenta) ***# de Teléfono de Casa*** ***Celular*** ***Trabajo***

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____
Firma de Padre/Madre/Tutor Legal ***Fecha***

STAY (School & Transition Assistance for Youngsters) Program
Need Assessment Form

Student Name: _____ School: _____

LUSD STAY program (School & Transition Assistance for Youngsters) along with the McKinney-Vento Act entitles all homeless school-aged children access to the same free, appropriate public education that is provided to non-homeless youth. Schools are required to remove barriers to the enrollment, attendance, and success of homeless student in school.

The STAY program may be able to provide assistance in the following areas. Please check areas of need, if any:

- ☐ School Supplies
- ☐ Clothing Assistance (Shoes, Clothing, Uniforms)
- ☐ Transportation Assistance
- ☐ Hygiene Kits
- ☐ Other: _____
- ☐ Backpacks
- ☐ Housing referral / Resources
- ☐ Educational Advocacy
- ☐ Medical / Dental / Health / Food Pantries referral
- ☐ Counseling / Housing

IF YOU ARE REQUESTING TRANSPORTATION ASSISTANCE, PLEASE SIGN THE AFFIDAVIT OF NEED BELOW:

I, _____, need assistance from LUSD as I have no alternate means to deliver my child to school. I agreed to have my child attend school every day and on time. I also agree to notify the District if our situation changes or we no longer require this assistance. I understand that my child must meet the eligibility criteria for transportation assistance and I must comply with sign-in and supervision requirements.

Parent / Guardian's Signature: _____ Date: _____

Rights and Protection Reminders

Your child or children may have the right to:

- □ Immediate enrollment in the school they last attended (school of origin) or the local school where you are currently staying, even if you do not have all the documents normally required at the time of enrollment.
- □ Continue to attend their school of origin, if requested by you and it is in the best interest.
- □ Receive transportation to and from their school of origin, the same special programs and services, if needed, as provided to all other children, including free meals and Title 1.
- □ Receive the full protections and services provided under all federal and state laws, as it relates to homeless children, youth, and their families.

_____

District Homeless Liaison – Signature Date

**** The Student Housing Questionnaire (SHQ) must be kept in a confidential file, please forward the original form to Student Services Department, Attn: Deettra Davis, Homeless Liaison. If you have any question, please call Student Services at (310) 886-1618.**

Student Housing Questionnaire

The information provided below will help LUSD determine what services you and/or your child may be eligible to receive. This could include additional educational services through Title I, Part A and/or the federal McKinney-Vento Assistance Act. The information provided on this form will be kept confidential and only shared with appropriate school district and site staff.

Date: _____ School: _____ Student ID #: _____

Student Name (First, Middle, Last): _____ ☐ Male ☐ Female

Date of Birth: _____ Grade: _____ Special Ed: ☐ No ☐ Yes, designation: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Mailing Address (if different): _____

Parent / Guardian Name: _____ Contact Number: _____

The student(s) live(s) with : ☐ **1 parent** ☐ **1 parent & another adult** ☐ **2 parents**
☐ **a relative** ☐ **an adult that is not the parent/guardian** ☐ **alone with no adults**

□ **Student's Living Situation (Check all that may apply):**

☐ Emancipated Minor or Unaccompanied Youth
☐ Run away from home or place of residence
☐ In a shelter _____ (name of shelter)
☐ In a motel or hotel _____ (name of motel/hotel)
☐ In a transitional housing program _____ (name of program)
☐ In a car, trailer, or campsite, **temporarily, due to inadequate housing**
☐ In a rented trailer / motor home on private property
☐ In a Single Room Occupancy (SRO) building – a multiple tenant building consisting of individual rooms with shared restroom and/or kitchens.
☐ In a rented garage **due to loss of housing**
☐ In another's family house or apartment, **temporarily, due to loss of housing, stemming from financial problem (e.g. loss of job, eviction, or natural disaster)**
☐ With an adult that is not the parent/legal guardian, **temporarily, due to loss of housing**
☐ Other places not designed for, or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (please explain) _____
☐ **None of the above apply**

NAME	BIRTHDATE	AGE	GRADE	SCHOOL

Cuestionario de Alojamiento del Estudiante

La información que se proporciona a continuación ayudará a LUSD a determinar qué servicios su hijo pueden ser elegibles para recibir. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Titulo I, Part A y / o la Ley Federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo compartirá con el districto escolar apropiado y el personal del sitio.

Fecha: _____Escuela: _____# de Identificación del Alumno: _____

Nombre del Alumno (Primer, Segundo nombre, apellido): _____☐Masculino ☐Femenino

Fecha de Nacimiento: _____Grado: ____Educacion Especial:☐No ☐Sí, designación: _____

Domicilio: _____Ciudad: _____Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente):_____

Nombre del Padre / Tutor Legal: _____Número de Contacto:_____

El alumno(a) vive con : ☐ 1 padre ☐ 1 padre & otro adulto ☐ un adulto que no es el padre/tutor legal

☐ 2 padre ☐ un familiar ☐ solo sin adultos

Situación de Convivencia del Alumno(a) (Marque todo lo que aplique):

☐ Emancipado / Adolescente no acompanado de un adulto
☐ Adolescente que se fue de casa
☐ En un albergue _____ (nombre del albergue)
☐ En un motel u hotel _____ (nombre del motel/hotel)
☐ En un programa de vivienda transicional _____ (nombre del programa)
☐ En un carro, remolque o campamento, **temporalmente, debido a vividena inadecuada**
☐ En un remolque alquilado / casa rodante en propiedad privada
☐ En un edificio de alquiler de un solo cuarto – un edificio con múltiples inquilinos consistiendo de cuartos individuales con baños y/o cocinas que comparten
☐ En un garaje alquilado debido a que perdió su vivienda
☐ En una casa o apartamento de otra familia, **temporalmente, debido a que perdió su casa, debido a problemas financieros (es decir, pérdida de empleo, desalojo, o desastre natural)**
☐ Con un adulto que no es el padre / tutor legal, **temporalmente, debido a la pérdida de su vivienda**
☐ Otro lugares no designados para, u ordinariamente utilizados como un sitio regular para dormer para seres humanos (favor de explicar) _____
☐ Viviendo solo, sin ningún adulto (joven sin acompañamiento)
☐ **Ninguna de las declaraciones de arriba aplica**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	GRADO:	ESCUELA:

Asistencia Escolar & Asistencia con la Transición para Jóvenes

Nombre del Alumno: _____ Escuela: _____

El programa STAY del Distrito Escolar Unificado de Lynwood (Asistencia Escolar y Asistencia con la Transición para los Jóvenes) junto con la Reforma McKinney-Vento que le da el derecho a todos los niños sin hogar y de edad escolar a que tengan acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se le provee a los niños que no están desamparados. A las escuelas se les requiere que remuevan las barreras de inscripción, asistencia, y el éxito de los alumnos sin hogar en la escuela.

El programa STAY puede proporcionar asistencia en las siguientes áreas: Favor de marcar las áreas de necesidad, si existe alguna:

- ☐ Materiales Escolares
- ☐ Asistencia de Ropa (Zapatos, Ropa, Uniformes)
- ☐ Asistencia de Transportación
- ☐ Paquetes Higiénicos
- ☐ Otro: _____
- ☐ Mochilas
- ☐ Recomendaciones/Recursos de vivienda
- ☐ Apoyo Educacional
- ☐ Recomendación Médica, Dental, Salud/Almacenes Alimentarios
- ☐ Asesoramiento/Alojamiento

SI USTED ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA DE TRANSPORTACIÓN, FAVOR DE FIRMAR LA DECLARACIÓN JURADA DE LA NECESIDAD ABAJO:

Yo, _____, necesito asistencia del Distrito Escolar Unificado de Lynwood ya que no tengo manera de traer a mi hijo(a) a la escuela. Estoy de acuerdo en que mi hijo asista a la escuela todos los días a tiempo. También estoy de acuerdo en notificarle al Distrito si nuestra situación cambia o ya no necesitamos la asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe de cumplir con el criterio de elegibilidad para la asistencia de transportación y debe de cumplir con los requisitos de firmar y de supervisión.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Recordatorios de Derechos y Protección

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- □ Inscripción inmediata en la última escuela que ellos asistieron (escuela de origen) o la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- □ Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene.
- □ Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título 1.
- □ Recibir protección y servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, jóvenes y familias sin hogar.

District Homeless Liaison – Signature **Date**

**** El Cuestionario de la Viviendas Estudiantil (SHQ) debe de mantenerse en un archivo confidencial, favor de enviar el formulario original al Departamento de Servicios Estudiantiles, Atención: Dettra Davis, Enlace de Niños sin Hogar. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al Departamento de Servicios Estudiantiles al (310) 886-1618.**

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

INSTRUCTIONAL SERVICES DEPARTMENT

Office Use Only
Completed by:_____

Date:_____

2026-2027 Every Student Succeeds Act (Title I Program)
2026-2027 Ley Cada Estudiante Triunfa (Programa Titulo 1)

The information will be used solely for Title I Every Student Succeeds Act.
La informacion se utilizará para el programa Ley Titulo I Cada Estudiante Triunfa.

Please complete, sign and return this Title I form to your child's teacher as soon as possible.
Favor de llenar, firmar y regresar esta forma del Titulo I al maestro/a de su niño/a lo mas pronto possible.

Student Name/*Nombre de estudiante:*	DOB/*Fecha de nacimiento:*	Student ID #/# estudiante:
Teacher Name/*Nombre de Maestro/a:*	Grade/*grado:*	School/*escuela:*

SECTION A: ALL HOUSEHOLD MEMBERS COMPLETE THIS SECTION:
SECCIÓN A: TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR FAVOR DE LLENAR ESTA SECCIÓN:

Total number of persons living in household. (Include children and adults) *Numero total de personas viviendo en el hogar. (incluya niño/a(s) y adultos)*							
Total Monthly Family Income./*Ingresos Menusales Total de familia:*						$	
Check the programs received by the members in the household. *Marque los programas que los miembros de la familia reciben.*							
Food Stamps/*estampillas para comida*		CalWORKS		KinGAP		FDPIR	

SECTION B: PLEASE CHECK (√) THE HIGHEST EDUCATION FOR THE PARENT/GUARDIAN:
SECCIÓN B: FAVOR DE MARCAR (√) EL MAYOR NIVLE DE EDUCACIÓN PARA LOS PADRES/TUTORES:

Decline to state/*Negarse a declarar*		Some College/*Algunos estudios universitarios*	
Unknown/*desconocido*		College Graduate/*Graduante de universidad*	
Non High School Graduate/*No graduado de preparatoria*	☐	Graduate School/*Licenciatura*	☐
High School Graduate/Graduado de preparatoria		Post Graduate School/*Doctorado*	

SECTION C: COMPLETE THIS SECTION
SECCIÓN C: COMPLETAR ESTA SECCIÓN:

I certify that the information and all income provided is true and correct. *Afirmo que la informacion y todos los ingresos proporcionados son veridicos y correcto.* X		
Signature of Adult Household Member/*Firma del miembro adulto del hogar:*		
Print Name of Adult Household Member/*Imprimir el nombre del miembro adulto del hogar:*		
Address/*domicilio:*		Email/*correo electrónico* X
City/*Cuidad:*	State/*Estado:*	Zip Code/*Código Postal:*
Telephone No./*número de teléfono:*		Date/*Fecha:* X

Please return this form as soon as possible to the school site.
Favor de regresar esta forma lo mas pronto posible a la escuela.

Migrant Education Program
Family Work Questionnaire

Your children may be eligible to receive ***FREE*** educational and health services.
Possible services may include:

- After-School Tutoring
- Saturday School
- Preschool Programs
- Help Recovering High School Credit
- Summer College Academies
- Summer Outdoor Camp
- Summer Science Academies
- Medical Referrals

Parents receive training on:

How to become involved in their children's schools, how to support their children's academic success, requirements for college admissions and other services. We also provide information for classes to obtain a GED certificate, which is an equivalent to a high school diploma.

Have you or any family member moved to work or seek work in agriculture within the last 3 years? Yes ☐ NO ☐

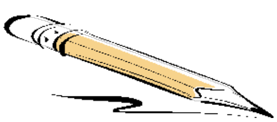
If you answered YES, please answer the next question

Did your children move with you during the time you worked or went to seek work? Yes ☐ NO ☐

(Please check all the agricultural and fishing jobs, temporary and seasonal, that applies.)

☐ **Field Work/ Agriculture** Examples: (plant, prune, pick, harvest, pack, sort or transport fruits, vegetables, grains, or other crops; soil preparation, irrigation, fumigation, etc.)	☐ **Orchard** Examples: (pick, prune, sort fruit, nut trees, vines, etc.)	☐ **Nursery** Examples: (plant, cultivate, harvest flowers, plants, trees, bushes, herbs, sod, etc.)	☐ **Fishing** Examples: (catch, sort, pack, process, fish or shellfish, etc.)
☐ **Dairy/Farm/Ranch/ Livestock** Examples: (milking, cattle feeding, raising farm animals such as poultry, goats, pigs, etc.	☐ **Packing** Examples: (Fruit, vegetables, meats, etc.)		☐ **Forestry/Lumber** Examples: (plant, grow, cultivate, harvest trees; thinning and vegetation control, etc.)

Important: Proof of family income or immigration status is *NOT* required to receive services.



Please provide the following information to your school:

Parent(s)/Guardian(s) Name:____

Address:____

Telephone:____

What is the best time to call you? ☐ 8am-12pm ☐ 12pm-6pm ☐ 6pm-8pm

Student Name's:____

Student's School:________________________________Grade:____________

For more information call the Lynwood School District, Migrant Education office at: (310) 886-1600 Ext. 8162

or (310) 886-1600 Ext. 8159

~~~~~~

Home school staff please return this survey to the Instructional Services Department
~~~~~~

Programa de Educación Migrante
Cuestionario Sobre el Trabajo de la Familia

Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios educativos y de salud ***GRATUITOS***.
Algunos servicios pueden incluir:

- Tutoría Después de Clases
- Clases los Sábados
- Programas de Preparación para el Kinder
- Ayuda para Recuperar Créditos de la Secundaria/Preparatoria (High School)
- Academias Universitarias en el Verano
- Campamento al Aire Libre en el Verano
- Academias de Ciencias en el Verano
- Referencias Médicas

Los padres recibirán entrenamiento en lo siguiente:
Como involucrarse en la escuela de sus hijos, como apoyar el logro académico de sus hijos, conocer los requisitos de admisión al colegio y otros servicios. También tenemos información sobre las clases para obtener el certificado del GED, que es un equivalente al diploma de la escuela preparatoria (high school).

¿Se ha mudado usted o algún miembro de la familia a trabajar o buscar trabajo en la agricultura dentro de los últimos 3 años? Si ☐ No ☐

Si contesto SI, favor de contestar la siguiente pregunta

¿Sus hijos se mudaron con usted cuando fue a trabajar o a buscar trabajo? Si ☐ No ☐

(Por favor indique todos los trabajos agrícolas y de pesca, temporales o de temporada, que aplican.)

☐ **Trabajo de Campo/Agricultura** Ejemplos: (sembrar, plantar, podar, pizcar, cosechar, empacar, sortear frutas, vegetales, granos, u otras cosechas; preparación de la tierra, irrigación, fumigación, etc.)	☐ **Huerta** Ejemplos: (pizcar, podar, sortear frutas, árboles de nueces, y viñas, etc.)	☐ **Vivero** Ejemplos: (sembrar, cultivar, plantar, cosechar flores, plantas, árboles, arbustos, hierbas, siembra del césped, etc.)	☐ **Pesca** Ejemplos: (pescar, sortear, empacar, procesar pescado o mariscos, etc.)
☐ **Lechería/Granja/ Rancho/Ganadería** Ejemplos: (ordeñar, alimentar ganado, crianza de animales de granja, tales como aves de corral, chivos, cerdos, etc.	☐ **Empacadora** Ejemplos: (frutas, vegetales, carnes, etc.)		☐ **Silvicultura/Madera de Construcción/ Trabajo Forestal** Ejemplos: (sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles, etc.)

Importante: ***NO*** se requiere pruebas del ingreso familiar o documentos de inmigración para recibir servicios.

Favor de proveer la siguiente información a su escuela:

Nombre del Padre de Familia o Guardián:_____

Domicilio:_____

Número de Teléfono:_____

¿Cuál es la mejor hora para llamarle? ☐ 8am-12pm ☐ 12pm-6pm ☐ 6pm-8pm

Nombre del Estudiante:_____

Escuela del Estudiante:_____ Grado:_____

Para más información llame a la oficina del Programa de Educación Migrante del Distrito Escolar de Lynwood al: (310)886-1600 Ext. 8159 ó (310)886-1600 Ext. 8159

Home school staff please return this survey to the Instructional Services Department.

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

EDUCATIONAL SERVICES
STUDENT SERVICES DEPARTMENT

Office Use Only
Received by:_____
Date:_____

HEALTH REQUIREMENTS FOR ENROLLMENT/ REQUISITOS DE SALUD PARA LA INSCRIPCIÓN

The following forms and information are **REQUIRED** for enrollment into Lynwood Unified Schools. Los siguientes formularios y información son REQUERIDO para la inscripción en las Escuelas Unificadas de Lynwood.

		FOR STAFF USE ONLY	
Requirement / Requisito	**Range/ Rango de edad**	**Requirements Met**	**Staff Initial**
Complete *and* signed Health History Form *Formulario de historial médico completo y firmado*	All students *Todas las estudiantes*		
Copy of Immunization Records *Copia de los registros de vacunas*	All students *Todas las estudiantes*		
Pediatric Tuberculosis Risk Assessment (New Requirement as of 2/1/2026) ***Evaluación del riesgo de tuberculosis pediátrica ((Nuevo requisito a partir del 1 de febrero de 2026)***	**All NEW students** ***Todas las estudiantes nuevo***		
Report of Health Examination for School Entry *Informe de examen de salud para la entrada a la escuela*	1st grade (accepted up to 18 months prior to your child's 1st grade year) 1er grado (aceptado hasta 18 meses antes del primer año de grado de su hijo(a))		
Oral Health Assessment Form *Formulario de evaluación de la salud oral*	First year in public school Primer año en la escuela pública		

PLEASE PRINT

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH HISTORY
INFORMATION School Year 2026-2027

☐ New Enrollee
☐ Returning Student

Student _____ , _____ _____ _____ _____
LEGAL LAST NAME | LEGAL FIRST NAME | SEX: F / M | DATE OF BIRTH | GRADE

Current Address _____

Place of Birth: _____

Last school attended _____ City _____ State _____

Please check the appropriate box and provide an explanation if your child currently has or has had in the past any of the following conditions:

☐ Allergy Trigger(s): _____
☐ Allergy needs **EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR** Trigger(s): _____
(Epi-Pen / Auvi-Q / Other Brand) Symptoms: _____
☐ Asthma Trigger(s): _____
☐ ADD or ☐ ADHD
☐ Autism or ☐ Developmental Delay Specify: _____
☐ Blood Disorder / Anemia / Hemophilia Specify: _____
☐ Cancer / Leukemia Specify: _____
☐ Cerebral Palsy
☐ Concussion (physician diagnosed) Specify: _____ Date of concussion: _____
☐ Confidential Health Problem Specify: _____
☐ Cystic Fibrosis
☐ Deaf / Hearing Loss or Impairment Specify: _____
☐ Diabetes, Type 1 - Insulin Dependent Diagnosed at age: _____ Uses : ☐ Pump ☐ Syringe ☐ Insulin Pen
☐ Diabetes, Type 2 Diagnosed at age: _____ ☐ Diet Controlled ☐ Requires Medication
☐ Eating Disorder (physician diagnosed) Specify: _____
☐ Epilepsy / Seizure Disorder Type of Seizure: _____ Date of last seizure: _____
Describe seizure & Aura: _____ Seizure trigger(s): _____
Emergency medication at school: ☐ YES ☐ NO If YES, specify medication: _____
☐ G-tube Type of G-tube: _____ Type of pump: _____
Feeding at school*: ☐ YES ☐ NO If yes, feeding times: _____
*** NEW DOCTOR'S ORDER REQUIRED EACH YEAR - Contact the Health Office for a blank order form.**
☐ Gastrointestinal Problems Specify: _____
☐ Heart Problem followed by specialist Specify: _____
☐ Immune System Disorder Specify: _____
☐ Kidney / Bladder / Urinary Disorder Specify: _____
☐ Mental Health Problems Specify: _____
☐ Neurological Problems / Migraines / VP Shunt Specify: _____
☐ Severe Nose Bleeds
☐ Orthopedic Problems / Assistive Devices Specify: _____
☐ Respiratory Problem Specify: _____
☐ Scoliosis Please provide written statement from child's doctor
☐ Skin Condition Specify: _____
☐ Visually Impaired / Blind ☐ Vision problem (wears glasses / contacts) Specify: _____
☐ Other (also list any injuries, accidents, physical activity limitations or operations that impact your student's functioning at school):

_____

_____

Please list all medication taken at home:

Medication	Dosage	Frequency	Reason for taking medication

NOTE: An LUSD Medication form is required for each medication. Family must provide the medication(s).

Medication to be taken at school:

Medication	Dosage	Frequency	Reason for taking medication

All medication, including over-the-counter medications taken at school requires a physician's order and must be accompanied by an LUSD medication form. Forms are available in the school's health office.

Policies Regarding Medication at School

All medication must be in the original pharmacy container; labeled by a California pharmacist giving the student s name, doctor s name, drug, dosage, route of administration and schedule. All medication is to be kept in the health office, unless otherwise arranged with the Credentialed School Nurse. A parent or guardian can bring a prescribed medication to the school office and give it to their student directly. The completed medication form(s) expire at the end of the school year and will need to be renewed annually.

Emergency Medical Authorization

I am/we are the parent/guardian of the above named student. In case I am/we are unable to be reached during any emergency,I/we hereby authorize a representative of the school,pursuant to the provisions of Family Code Section 6910 to act as an agent to consent to the giving of any and all medical, dental, hospital or surgical care to the above named student.

☐ Yes ☐ No

Disaster / Emergency Information

In the event of a natural or community disaster/emergency, students and staff may be required to remain on campus for several hours or several days. If your student requires medication/treatment, which, if he/she were unable to receive, may result in a life-threatening condition, it would be prudent to have the medication/equipment, medication forms and training in place. If you and your physician determine that it is necessary to have a three-day supply of medication/equipment stored at school, please contact the school Health Office.

Does your child have health insurance? ☐ Medi-Cal / Covered CA ☐ Private Company ☐ Not currently insured

If there is a new diagnosis/health condition or medication changes, it is important that you contact the Health Assistant or District Nurse to update the health information in your student's health record.

I have read and completed the Health History Information form. I understand that health information is confidential and is shared with staff on a need only basis. I will notify the health office at my school site of any changes in my child's health condition or change of medication. I give permission to have my child screened (vision, color vision, hearing, blood pressure, scoliosis, acanthosis nigricans, dental and height and/or weight) as necessary throughout the school year.

Signature of Parent / Legal Guardian Phone #1: **(Best# to contact you!)** Phone#2: Date

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Por favor imprimir

HISTORIAL DE LA SALUD

Año escolar 2026-2027

___ Nuevo en districto

___ Estudiante que regresa

Estudiante _____ (APELLIDO), _____ (NOMBRE) _____ (SEXO: F / M) _____ (FECHA DE NACIMIENTO) _____ (GRADO)

Direccion actual: _____

Lugar de nacimiento: _____

Última escuela a que asistió: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Marque la casilla correspondiente y proporcione una explicación si su hijo(a) tiene actualmente o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes condiciones:

- ☐ Alergia — Causas: _____
- ☐ Alergias requiriendo **EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR** (Epi-Pen / Auvi-Q / Other Brand) — Causas: _____ Sintomas: _____
- ☐ Asma — Causas: _____
- ☐ ADD ☐ ADHD
- ☐ Autismo ☐ Retraso en el desarrollo — Especificar: _____
- ☐ Desorden sanguineo / Anemia /Hemofilia — Especificar:: _____
- ☐ Cáncer/ Leucemia — Especificar:: _____
- ☐ Paralisis cerebral
- ☐ Conmociones del cráneo — Especificar: _____ Fecha: _____
- ☐ Problema de salud confidencial — Especificar: _____
- ☐ Fibrosis quística
- ☐ Sordo(a)/Problemas de la Audición — Especificar: _____
- ☐ Diabetes, Tipo 1 - Dependiente Insulina — Diagnosticado en: _____ Usa : ☐ Bomba ☐ Jeringa ☐ Pluma
- ☐ Diabetes, Tipo 2 — Diagnosticado en: _____ ☐ Requiere medicación
- ☐ Desorden alimenticio — Especificar: _____
- ☐ Epilepsia/Convulsiones/Ataques — Tipo de convulsión: _____ Fecha de la última convulsión: _____
  Describir convulsión: _____ Causas de las convulsiones: _____

Medicación de emergencia en la escuela: ☐ Sí ☐ No Si es así que especifique la medicación: _____

☐ G-tube Tipo de G-tube: _____ Tipo de bomba: _____

Alimentando en la escuela: ☐ Sí ☐ No Si es así,que horarios de alimentación: _____

- ☐ Problemas gastrointestinales — Especificar: _____
- ☐ Problema cardíaco — Especificar: _____
- ☐ Trastorno del sistema inmunológico — Especificar: _____
- ☐ Trastorno de riñón / vejiga / urinario — Especificar: _____
- ☐ Problemas de salud mental — Especificar: _____
- ☐ Neurologica / Migrañas/ VP Shunt — Especificar: _____
- ☐ Hemorragia nasal severa
- ☐ Problemas ortopédicos /dispositivos de asistencia — Especificar: _____
- ☐ Problemas respiratorios — Especificar: _____
- ☐ Escoliosis — Proporcione una declaración escrita del médico del niño.
- ☐ Condición de piel — Especificar: _____
- ☐ Ciega ☐ Problemas con la Visión(usa anteojos/lentes de contacto) — Especificar: _____
- ☐ Otra: (Impedimiento fisico)

_____

_____

Enumere todos los medicamentos que toma en casa:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón para tomar la medicación

NOTA: Se requiere un formulario de medicamentos de LUSD para cada medicamento. La familia debe proporcionar los medicamentos.

Enumere todos los medicamentos que toma en escuela:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón para tomar la medicación

Todos los medicamentos, incluidos los de venta libre que se toman en la escuela, requieren una orden del médico y deben ir acompañados de un formulario de medicamentos del LUSD. Los formularios están disponibles en la oficina de salud de la escuela.

Reglamentos sobre medicamentos en la escuela

Todos los medicamentos deben estar en el envase original de la farmacia; etiquetado por un farmacéutico de California con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el medicamento, la dosis, la vía de administración y el horario. Todos los medicamentos deben guardarse en la oficina de salud, a menos que se acuerde lo contrario con la Enfermera Escolar Acreditada. El padre/madre o tutor puede traer el medicamento recetado a la oficina de la escuela y dárselo a su estudiante directamente. Los formularios de medicamentos completados se vencen al final del año escolar y deberán renovarse anualmente.

Autorización de Emergencia Médica

Yo/Nosotros somos los padres del estudiante mencionado en las secciones anteriores. En caso que no puedan comunicarse con nosotros durante una emergencia, autorizamos al representante escolar, según las provisiones de la Sección 6910 del Código de Familia, a que actúe como un agente y dé consentimiento para suministrar cualquier o todo cuidado médico, dental,,de hospital o cirugía al estudiante mencionado anteriormente.

☐ Si ☐ No

Información Sobre Desastres/Emergencias

En caso de un desastre/emergencia natural o comunitario, es posible que se requiera que los estudiantes y el personal permanezcan en el campus durante varias horas o varios días. Si su estudiante requiere medicamento/tratamiento, que, de no recibir, podría resultar en una condición potencialmente mortal, sería prudente tener el medicamento/ equipo, formularios de medicación y capacitación en su lugar. Si usted y su médico determinan que es necesario tener un suministro de medicamentos/equipo para tres días almacenado en la escuela, comuníquese con la Oficina de Salud de la escuela.

¿Su hijo(a) tiene seguro médico? ☐ Medi-Cal / Covered CA ☐ Seguro privado ☐ No asegurada

Si hay un nuevo diagnóstico/condición de salud o cambios en el medicamento, es importante que se comunique con el Asistente de Salud o la Enfermera del Distrito para actualizar la información de salud en el expediente médico de su estudiante.
He leído y completado el formulario de información sobre el Historial de Salud Médico. Entiendo que la información médica es confidencial y se comparte con el personal únicamente cuando es necesario. Notificaré a la oficina de salud de mi escuela sobre cualquier cambio en la condición de salud de mi hijo o cambio de medicamento. Doy permiso para que mi hijo sea examinado de (visión, visión del color, audición, presión arterial, escoliosis, acantosis nigricans, dental y de altura y/o peso) según sea necesario durante el año escolar.

Firma del padre o tutor legal | Teléfono # 1 **(¡Mejor # para contactarlo!)** | Teléfono # 2 | Fecha

Parents' Guide to Immunizations

Required for School Entry

Students Admitted at TK/K-12 Need:

- **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap, or Td) — 5 doses**
  (4 doses OK if one was given on or after 4th birthday.
  3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.)
  For 7th-12th graders, at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday.
- **Polio (OPV or IPV) — 4 doses**
  (3 doses OK if one was given on or after 4th birthday)
- **Hepatitis B — 3 doses**
  (Not required for 7th grade entry)
- **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
  (Both given on or after 1st birthday)
- **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

These immunization requirements apply to new admissions and transfers for all grades, including transitional kindergarten.

Students Starting 7th Grade Need:

- **Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap) —1 dose**
  (Whooping cough booster usually given at 11 years and up)
- **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**
  (Usually given at ages 12 months and 4-6 years)

In addition, the TK/K-12 immunization requirements apply to 7th graders who are new admissions.

Records:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK/Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry. Parents must show their child's Immunization Record as proof of immunization.

Guía Para Padres Sobre Los Requisitos

De Vacunación Para Entrar A La Escuela

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

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

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

Los alumnos ingresando a 7º grado necesitan:

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

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que son nuevos estudiantes.

Comprobantes:

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

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Pediatric Tuberculosis (TB) Risk Assessment

This tool is used to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.

Check appropriate risk factor boxes below based on patient response.
Refer to pediatrician for LTBI testing (skin or blood test), if any of the 3 boxes below are checked.
If a LTBI test result is positive, and active TB disease is ruled out, LTBI treatment is recommended.

☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
- If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-US born persons ≥2 years old

☐ **Immunosuppression,** current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥2 mg/kg/day, or ≥15 mg/day for ≥2 weeks) or other immunosuppressive medication

☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the investigation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination.

- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last risk assessment. *If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older.*
- For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease →Evaluate for active TB disease *with a chest x- ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing.*
- *A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.*
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.

See the **Pediatric TB Risk Assessment User Guide** below for more detailed information about this tool.

Provider: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

For the most current version, go to the PEDIATRIC TB RISK ASSESSMENT at: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Tuberculosis Clearance Form

This satisfies requirements in the California Education Code, and the California Health and Safety Code.

Certificate of Completion of Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

Date of TB risk assessment and/or examination: _____month/____day/_____year

First and Last Name of the patient assessed and/or examined: _____

Date of Birth: _____month/____day/_____year

The patient named above has submitted to a pediatric tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has had a TB skin test (TST) or TB blood test (IGRA), and chest x-ray (CXR) if indicated, and upon exam determined to be free of infectious tuberculosis. The patient is cleared to attend school.

Please print, place label or stamp with Health Care Provider information below:

_____

Name of Health Care Provider Completing the TB Risk Assessment and/or Examination

_____

Health Care Provider Signature

_____

Facility Name and Address

In order to protect the privacy of individuals, all information regarding this assessment is considered confidential. The facility and the Los Angeles County Department of Public Health cannot release the name(s) of any ill person(s).

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT O GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER *(optional)* *and* RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.

☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you ***do not*** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian _____ Date _____

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner _____ Date _____

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

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

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT SERVICES DEPARTMENT

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm.)

2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or http://www.mrmib.ca.gov/mrmib/HFP.shtml.

3. For additional resources that may be helpful, contact the local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm)

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.

- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.

- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.

- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact Erin Okazaki at (310) 886-1600 ext. 8152 or ejokazaki@mylusd.org .

Thank You

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT SERVICES DEPARTMENT

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

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:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Asian □ Native American □ Multi-racial □ Other_____ □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown		

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:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ 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***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

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.

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT SERVICES DEPARTMENT

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California 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 sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en **<schools or districts should fill in local contact information--available at http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm.>**

2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp.

3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en **<schools or districts should fill in local contact information--available at http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-Calhome/CountyListing1.htm.>**

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.

- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.

- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.

- Limite las sodas y los dulces.
    - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y remplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame a Erin Okazaki al (310) 886-1600 ext. 8152 o coreo electrónico al ejokazaki@mylusd.org .

Gracias

LYNWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT SERVICES DEPARTMENT

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 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	***Número de matrícula de CA***	***Fecha***
[Licensed Dental Professional Signature	***CA License Number***	***Date]***

<u>Sección 3.</u> Exención del requisito de evaluación de salud dental

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

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.