HEAD START Y PREESCOLAR ESTATAL 2026-2027
Requisitos de Elegibilidad

Primera infancia y educación para la familia
7675 Magnolia Ave Riverside, CA 92504
DETRÁS DE LA ESCUELA RAMONA ENTRADA POR LA AVENIDA JEFFERSON.
(Oficinas portátiles enseguida del parque Don Jones. Las horas de la oficina de Primera Infancia son lunes a viernes entre 8:00 AM y 4:00 PM. Teléfono: (951) 352-8290 Fax: (951) 328-2538

Estimados padres/tutores:
El Distrito Escolar Unificado de Riverside ofrece un programa de medio día Preescolar Estatal y Dia Completo en Head Start

- El programa es **gratis** para las familias que califican.
- Los niño/as con unas discapacidades y un (IEP actual/activo) son gratis.
- Programa de Pago Parcial opcional para las familias que no califican. Cota mensual $300.
- Programa de Preescolar en ***español*** está disponible en la escuela **Mt. View**
- Programa de Dia completo en Head Start **Longfellow, Jefferson y medio día en Fremont**
- No ofrecemos transportación. La información de transportación es disponible al solicitarla

Planteles de los preescolares por CODIGO POSTAL

92501	92503	92504	92506	92507
Primaria Fremont Preescolar de Head Start medio dia	Primaria Hawthorne Preescolar de Estado	Primaria Adams Preescolar de Estado	Centro de opciones Educacionales EOC Preescolar de Estado	Primaria Emerson Preescolar de Estado Tiempo Completo
Primaria Beatty Preescolar de Estado	Primaria Liberty Preescolar de Estado	***Primaria Jefferson Preescolar de Head Start Dia completo***	Primaria Magnolia Prescolar de Estado	*Primaria Highgrove* Preescolar de Estado
	Primaria Jackson Preescolar de Estado	Primaria Monroe Preescolar de Estado	Primaria Pachappa Prescolar de Estado	Primaria Harada Preescolar de Estado
	Centro Sunshine CD Preescolar de Estado	Primaria Mt. View Preescolar de Estado en ***español***		***Primaria Longfellow Preescolar de Head Start Dia Completo***
	Primaria Harrison Preescolar de Estado			

Lista de documentos necesarios para la elegibilidad

☑ El niño debe de tener 2 años y 9 meses a 4 años de edad
☑ Acta de nacimiento, fe de bautismo **DE TODOS LOS NINOS EN LA FAMILIA**
☑ Talones de cheques (el mes más reciente) y/u otro comprobante de Ingreso (TANF etc.)
Si a usted le pagan: Mensualmente 1 talón de cheque
Dos veces al mes 2 talones de cheques
Por quincena 2 talones de cheques
Semana 4 talones de cheques
☑ Formulario de los impuestos federales con W2 (**del año pasado)**
☑ Actual IEP (Plan de educación individual) si aplicable
☑ Documento firmado por Dr. especificando alergias de comida
☑ Verificación de domicilio (2) (facturas de gas, electricidad, etc.) **NO FACTURAS DE CELLULAR O CABLE**
☑ SOLO para el programa de Dia Completo – verificación de empleo de tiempo completo o escuela/capacitación de tiempo completo (debe proporcionarse para recibir la priorización de día completo).

☑ Documentación de pago de sostén infantil
☑ Registro de vacunas ☑ TB test
☑ Examen físico con resultados de hemoglobina y plomo en la sangre (formulario adjunto, Dr. debe de llenarlo)
☑ Identificación de padres o tutores
☑ Tarjeta de seguro médico/dental
☑ Información de su médico/dentista (Nombre de la clínica, , # de teléfono dirección, etc.)
☑ Papelería de custodia compartida (si aplicable)

JUNTA DE EDUCACIÓN
Dra. Noemí Hernández Alexander, ***Presidente*** | Dr. Jesse Tweed, ***Vicepresidente***
Sra. Amanda Vickers, ***Secretario*** | Sr. Dale Kinnear, ***Miembro***
Sr. Brent Lee, ***Miembro*** | Dra. Sonia Llamas, ***Superintendente***

Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Adjunto, Servicios Estudiantiles/SELPA
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

2026-2027 Ciclo escolar - Establecer prueba de residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California 48204.1, la prueba de residencia debe establecerse antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores legales necesitan presentar por lo menos dos documentos de la lista de abajo incluyendo el nombre del padre/tutor legal, y la dirección actual en Riverside. **Los documentos deberán estar fechados dentro de los treinta (30) días antes de presentarlos al personal de la escuela.**

Documentos aceptables para establecer la residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no superior a 30 días a partir de la fecha actual (*Nota: Las escuelas pueden pedir los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia)
- Contrato de alquiler de propiedad, contrato de arrendamiento/alquiler ***con*** recibo de pago del propietario de la propiedad
- Estado de la hipoteca
- Recibos de pago del impuesto sobre bienes inmobiliarios
- Contrato de servicios públicos, estado de cuenta o recibo de pago (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Comprobación de la dirección del empleador (por ejemplo, talones de pago)
- Registro de votantes
- Correspondencia de una agencia gubernamental (por ejemplo, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos de manutención de los hijos ordenados por un tribunal, registro en el DMV, citación de un jurado, documento de la autoridad de vivienda, DPSS del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de los hijos, impuestos).
- Documentos judiciales relativos a órdenes de acogida, tutela y/o custodia

Documentos NO ACEPTABLES:

- Facturas de cable, basura, teléfono/celular
- Extractos de tarjetas de crédito
- Correo basura (publicidad)
- Licencia de conducir
- Órdenes de alejamiento
- Estado de cuenta bancario
- Justificante del seguro del auto o del hogar
- Recibo electrónico de pago de mensualidades o fianza o cheques cancelados
- Declaraciones de proveedores médicos (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la antigua dirección con etiqueta de dirección de reenvío con la nueva dirección

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA ELEGIBILIDAD

Nombre de los padres o tutores: _____

Nombre del Estudiante: _____

Yo doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Riverside (RUSD) verifique cualquier información utilizada para determinar la elegibilidad de mi familia, durante el tiempo que yo esté inscrito(a) en el programa subsidiado del Pre-escolar.

Yo autorizo que se comparta la información entre las agencias para verificar mi ingreso de elegibilidad que se necesite para el PRE-ESCOLAR y/o los servicios de apoyo. Las agencias que quizás pudieran ser contactadas son, pero no limitadas a, el Departamento de Servicios Sociales Públicos, centros de entrenamientos, escuelas, referencias a médicos, refugios de emergencias y empleos.

Yo doy mi permiso para que el personal del programa del distrito solicite y/o provea a otras agencias de fondos públicos cualquier información de elegibilidad necesaria para estar seguros de que se están usando los fondos del Estado/Federal correctamente.

Yo entiendo que si mi familia no es elegible para los servicios del Pre-escolar, o si la información proveída al Distrito Escolar de Riverside durante el tiempo que mi familia está inscrita es encontrada incorrecta, yo seré responsable de reembolsar al distrito por gastos efectuados y los servicios prestados por el pre-escolar.

_____ _____

Firma Fecha

Formulario de verificación de ingresos para padres empleados
Autorización para divulgar información

Para ser completado por el padre

Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información sobre mi empleo. También le doy permiso al representante autorizado de RUSD para que se comunique con mi empleador para cualquier aclaración con respecto a mi información en este formulario.

Nombre del niño/a: _____ Fec. Nac.: _____ Escuela: _____

Nombre del empleado: _____

Empleador: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ estado: ____ zona postal: _____ teléfono:

_____ Horas de empleo: inicia _____ termina _____

_____ _____

Firma del padre **Fecha**

Para ser completado por el empleador solo de ser necesario

Fecha de contratación: _____ horas mínimas por semana: _____ horas máximas por semana:

___ Días de empleo: domingo___ lunes___ martes___ miércoles___ jueves___ viernes___ sábado___

Información de salario: Ingreso mensual bruto: $_____ Tarifa por hora: $_____

Tarifa semanal: $_____

Dos veces por semana $_____

Quincenal (dos veces al mes) $_____

¿El empleado recibe alguna otra forma de pago? ¿Tiempo extra, bonos, comisión, incentivo, propina, etc.? Si ____ No ____ ¿Si es así, que tipo? _____ ¿Cuanto? $_____ ¿Con que frecuencia? _____

Afirmo que, a mi entender, la información es verdadera y correcta.

_____ _____

Firma del empleador **Fecha**

Solo para uso de la oficina

The above information was verified via phone by_____

_____ _____ Authorized

Employer Representative Date

Formulario de verificación de ingresos para padres empleados
Autorización para divulgar información

Para ser completado por el padre

Por la presente autorizo a mi empleador a divulgar información sobre mi empleo. También le doy permiso al representante autorizado de RUSD para que se comunique con mi empleador para cualquier aclaración con respecto a mi información en este formulario.

Nombre del niño/a: _____ Fec. Nac.: _____ Escuela: _____

Nombre del empleado: _____

Empleador: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ estado: ____ zona postal: _____ teléfono:

_____ Horas de empleo: inicia _____ termina _____

_____ _____

Firma del padre **Fecha**

Para ser completado por el empleador solo de ser necesario

Fecha de contratación: _____ horas mínimas por semana: _____ horas máximas por semana:

___ Días de empleo: domingo___ lunes___ martes___ miércoles___ jueves___ viernes___ sábado___

Información de salario: Ingreso mensual bruto: $_____ Tarifa por hora: $_____

Tarifa semanal: $_____

Dos veces por semana $_____

Quincenal (dos veces al mes) $_____

¿El empleado recibe alguna otra forma de pago? ¿Tiempo extra, bonos, comisión, incentivo, propina, etc.? Si ____ No ____ ¿Si es así, que tipo? _____ ¿Cuanto? $_____ ¿Con que frecuencia? _____

Afirmo que, a mi entender, la información es verdadera y correcta.

_____ _____

Firma del empleador **Fecha**

Solo para uso de la oficina

The above information was verified via phone by_____

_____ _____ Authorized

Employer Representative Date

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Formulario De Inscripción 2026-2027

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Nombre del alumno	Segundo Nombre

Nombre legal, si es diferente	Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual	Ciudad	Código Posta
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Posta

Teléfono del hogar ( )	Celular de madre/padre ( )	Celular de madre/padre ( )

Fecha de nacimiento | Genero: ❒ Masculino ❒ Femenino ❒ No binario

2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA

Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado

¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela ❒ No ❒ Si* *Escuela:

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido *Marque si el alumno vive con*

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza ❒

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:

❒ No es graduado de preparatoria ❒ Graduado de universidad ❒ Graduado de preparatoria ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado

Padre/Madre/Padrastro/Madrastra/Cuidador/Tutor/ Padre de Crianza ❒

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial

Por favor marque la casilla que más se asemeje a los padres:

❒ No es graduado de preparatoria ❒ Graduado de universidad ❒ Graduado de preparatoria ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) ❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado

¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? ❒ Si ❒No
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)
Sí esta activo/a, ¿Qué rama? ❒ Fuerza Aérea ❒ Ejército ❒ Guarda Costas ❒ Marina ❒ Fuerza Naval

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

❒ **No se conoce algún problema de salud Comentarios**:
❒ Alergias (favor de explicar)
❒ Deficiencia de atención/hiperactividad
❒ Asma (❒ depende de inhalador*)
❒ Diabético (❒ depende de insulina*)
❒ Convulsiones/Epilepsia (❒ requiere medicamento*)
❒ Cirugías
❒ Enfermedades graves (favor de explicar)
❒ Otro medico (favor de explicar)
❒ Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

_____
_____
_____
_____
_____

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**
**** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) 6) PROGRAMAS ESPECIALES

❒ **Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación** ❒ Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
❒ Plan de Conducta/Contrato de Conducta
❒ Terapia de habla ❒ Equipo de estudio estudiantil (SST) ❒ Programa de Especialista de Recursos (RSP) ❒ Foster/Hogar de Crianza
❒ Clase especial diurna (SDC) ❒Sin Hogar/McKinney-Vento ❒ Plan 504 Adaptado ❒ Ninguno aplica
❒ Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial ❒ Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:
❒ Mi hijo/a **fue** previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:
❒ Mi hijo/a **fue** expulsado/a de una escuela publica/privada.*
❒ Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*
***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

❒ No, no es hispano o latino ❒ Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

❒ Indígena americana o de Alaska ❒ Filipino ❒ Coreano ❒ Tahitiano ❒ Indio asiático ❒ Guamaniano ❒ Laosiano ❒ Vietnamita
❒ Negro o afroamericano ❒ Hawaiano ❒ Otro asiático ❒ Caucásico ❒ Camboyano ❒ Hmong ❒ Otro isleño pacifico
❒ Chino ❒ Japonés ❒ Samoano

*** FIRMA DE PADRE/TUTOR***

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor **Fecha:**

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

SOLO USO DE OFICINA

GRADE:	**Student ID:**	❒ **REGISTRATION COMPLETE**

DOCUMENTS VERIFIED: ❒ Birth Verification ❒ Transcripts ❒ Photo ID ❒ Emergency Card ❒ Student Housing Questionnaire
❒ Caregiver ❒ Immunization record ❒ Home Language Survey ❒ Proof of Address ❒ Physical
❒ Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ ❒ Custody documents
❒ Parent Handbook Proof #2 Date: _____ ❒ Health History Form ❒ Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

Distrito escolar unificado de Riverside

Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Evaluación de idioma familiar de preescolar

Instrucciones para padres y tutores: La Secretaria de Educación de California requiere que todos los Programas Preescolares del Estado de California utilicen la evaluación de idioma Familiar para identificar a los aprendices de lenguaje dual. El propósito de esta evaluación es identificar y comprender el historial de idiomas de cada niño con el fin de apoyar y fortalecer su desarrollo lingüístico. La identificación de su hijo como aprendiz de lenguaje dual en preescolar significa que su hijo se beneficiará de apoyo adicional del programa para desarrollar su idioma materno y sus destrezas en el idioma inglés. Esta identificación solo les servirá en preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o programa de apoyo que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en Kínder Transicional (TK, por sus siglas en inglés) o Kínder.

Como padres o tutores legales, se solicita su colaboración para cumplir estos requisitos. Respondan a cada una de las cuatro preguntas enumeradas a continuación con la mayorprecisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre de el/los idioma(s) en el espaciocorrespondiente. No deje ninguna pregunta sin contestar.ered.

Alumno : _____ _____ _____ preescolar _____

Apellido | Primero | Segundo | Grado | Fecha de nacimiento

_____ _____ _____ _____

Domicilio | Apt. # | Ciudad | Estado | Area postal | Teléfono

1. _____ _____ 2. _____ _____

Nombre de la escuela, distrito escolar anterior | *Ciudad* | *Estado* | *Nombre de la escuela, distrito escolar anterior* | *Ciudad* | *Estado*

2

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. **¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?**
   Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan. _____

2. **¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?**
   Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma. _____

3. **¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?** _____

4. **¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?** _____

¿Le gustaría que la correspondencia escolar se le envíe a casa en inglés o traducida a otro idioma? __*Ingles* __Otro idioma

X _____ /

Firma del Padre/tutor / Fecha

_____ _____

Nombre del otro idioma *Nombre escrito del Padre/tutor*

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, drmarshall@riversideunified.org, Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

2026-2027 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F/ Nonbinary** Genero **Grade:** _____ Grado **Age:** _____ Edad **Birthdate:** _____ Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ **Zip Code**_____ **Home Phone**_____
Domicilio Código Postal Teléfono

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo
Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo
Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication_____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que **si** anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian.** If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older**.

Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor**. Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 anos de edad**.

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/ Fecha
Tutor Rev. 03/2024

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD *CONFIDENCIAL*

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ ☐ Masculino ☐Femenino

Fecha de nacimiento _____Edad_____ Grado_____

☐ ***Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.***

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí,

Nombre del medicamento _____Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

☐ Asma

☐ Convulsiones

☐ Fecha de la última convulsión_____
☐ Tipo de convulsión
_____☐ Actualmente toma medicamentos para las convulsiones
_____

☐ Alergias

☐ Abejas
☐ Comidas _____
☐ Alérgico al medicamento _____
☐ Otro _____

☐ **Limitaciones físicas _____**

☐ Equipo especializado necesario en casa
☐ Equipo especializado necesario en la escuela

☐ Intolerancia a la lactosa

☐ Soplo /enfermedad del corazón_____

☐ Otras condiciones _____

☐ Diabetes ☐ Tipo I ☐ Tipo II

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? ☐ Sí ☐ No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? ☐ Sí ☐ No
Si sí: Nombre del médico _____Teléfono _____Fax____

Domicilio_____

☐ Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ Fecha _____

For Office Use Only:
☐ Original to Cum ☐Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) ☐ Health Assistant ☐ Teacher

CONFIDENCIAL

RUSD | RIVERSIDE UNIFIED EARLY CHILDHOOD

Historial de salud

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial de salud (las condiciones indicadas podrían meritar la implementación de un Plan de cuidado)	**Sí**	**No**	**En caso afirmativo, por favor explique**
1. ¿Padece su hijo de alguna alergia? a. ¿Al comer algún alimento? ..... b. ¿Cuando está cerca de animales, pieles, insectos, polvo, etc.?.... c. ¿Si toma algún medicamento?:	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	Describa la alergia: Reacción del menor: ¿Se necesita medicamento? En caso afirmativo, ¿Cuál es el nombre del medicamento?
2. En el último año, ¿ha tenido su hijo alguna convulsión o ataque?	☐	☐	En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió por última vez? ¿Qué medicamento se le administró?
3. ¿Su hijo recibe tratamiento médico por alguna enfermedad (asma, diabetes, condiciones cardiacas, etc.)?	☐	☐	En caso afirmativo, ¿para qué condición? Nombre del médico: ¿Con qué frecuencia?
4. ¿Toma su hijo algún otro medicamento actualmente?	☐	☐	En caso afirmativo, ¿qué medicamento toma? ¿Tendrá que administrar el personal algún medicamento?
Hitos del desarrollo	**Sí**	**No**	**En caso negativo, por favor explique o describa**
5. ¿Su hijo empezó a caminar de forma independiente entre los 9 y los 14 meses de edad? ( ) No aplica, el niño tiene menos de 9 meses.	☐	☐	
6. ¿Dijo su hijo sus primeras palabras entre los 12 y los 26 meses de edad? ( ) No aplica, el niño tiene menos de 12 meses.	☐	☐	
7. ¿Su hijo puede ir al baño de forma independiente? ( ) No aplica, el niño tiene menos de 36 meses.	☐	☐	Si no, por favor responda ☐ Pañales ☐ Pull Ups ☐ Aprendiendo a limpiarse
8. ¿Su hijo se viste de forma independiente? ( ) No aplica, el niño tiene menos de 36 meses.	☐	☐	
9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? En caso afirmativo, por favor explique.	☐	☐	
Características socioemocionales	**Sí**	**No**	**En caso afirmativo, por favor explique o describa**
10. ¿Considera que su hijo es tímido, agresivo o demasiado ruidoso?	☐	☐	
11. ¿Su hijo ha herido alguna vez a una mascota a propósito?	☐	☐	
12. ¿Tiene su hijo miedo a algo?	☐	☐	
13. ¿Es su hijo demasiado sensible a la luz y a los ruidos fuertes (llora con facilidad o se enfada con facilidad)?	☐	☐	
14. ¿Su hijo pega, da patadas, muerde o tira cosas cuando está enfadado?	☐	☐	
15. ¿Ha sufrido la familia del niño alguna crisis o acontecimiento traumático?	☐	☐	
16. ¿Muestra su hijo interés por jugar con otros niños? ( ) No aplica, el niño tiene menos de 18 meses.	☐	☐	
17. ¿Desea decirnos algo más sobre su hijo?	☐	☐	
18. ¿Su hijo tiene dificultades para relacionarse con los demás?	☐	☐	

☐ Se llenó un formulario de preocupaciones.
☐ Se habló con un padre de familia, no hay más preocupaciones o seguimiento que sea necesario en este momento.

Firma del padre, tutor o cuidador: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Consentimiento para evaluación y tratamiento

Delegación:_____ Plantel:_____

Nombre del niño:_____ Fec. Nac.: _____

Bienvenido el programa preescolar estatal:

Para asegurar que todos los niños matriculados estén listos para aprender en el programa preescolar estatal, les ofrecemos que a todos los niños se les hagan las siguientes evaluaciones de salud y desarrollo. Los resultados se compartirán con usted. Si es necesario darles seguimiento, usted será responsable de asegurar que se termine el tratamiento. El programa exige documentación por escrito del proveedor una vez terminado el tratamiento.

Evaluaciones y tratamientos:

- Evaluación auditiva (oídos)
- Evaluación de la vista (ojos)
- Evaluación del desarrollo (aprendizaje)
  - Dentro de los primeros 45 días calendario tras el ingreso de nino al programa, el personal de maestras en colaboración con el padre o tutor, aseguran que se completen los cuestionarios de desarrollo y comportamiento de todos los niños, utilizando los cuestionario ASQ-3 y el ASQ:SE-2 (social emocional)

_____

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado Fecha

No quiero que mi hijo/a tenga el siguiente examen: _____

_____

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado Fecha

RUSD RIVERSIDE UNIFIED EARLY CHILDHOOD
(951) 352-8290 Fax (951)328-2538

Child's Medical & Dental Provider/
Nombre de provedor médico y dental de su niño/a

Child's name/Nombre del niño(a):_____

School/Escuela: _____ **Date/Fecha:** _____

Physician/Medico: _____

Address/ Domicilió: _____

Telephone/ Teléfono: _____

Dentist/Dentista: _____

Address/ Domicilió: _____

Telephone/ Teléfono: _____

Please provide a copy of your child's insurance card/Proporcione la tarjeta médica del niño/a

Comments:_____
_____
_____
_____

Revised 3/22

Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Seleccione una casilla a continuación.**

- ❑ Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- ❑ Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- ❑ Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- ❑ Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- ❑ Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- ❑ Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Por favor, indique <u>todos</u> sus hijos que actualmente viven con usted de todas edades:

Nombre	M/F/No binario	Fecha de Nacimiento	Grado (Si aplicable)	Escuela (Si aplicable)

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmentae se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- 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 I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el Coordinador de servicios estudiantiles, **Chris Sewell, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico** csewell@riversideunified.org

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program scan and upload this form to "Student Documents" and open a 191 Homeless Program.

Name of school site personnel receiving this form: _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe, en cualquier programa, actividad o entorno laboral del distrito, la discriminación ilegal, incluido el acoso discriminatorio, la intimidación y el acoso escolar, contra una persona o grupo por una o una combinación de dos o más características protegidas, que incluyen, entre otras, la raza o el origen étnico; la ascendencia; el color; la identificación con un grupo étnico; la nacionalidad; el origen nacional; el estatus migratorio; sexo; orientación sexual; estereotipos sexuales; género; identidad de género; expresión de género; religión; discapacidad, condición médica; información genética; embarazo, embarazo falso, parto, interrupción del embarazo o condiciones relacionadas o recuperación; y estado parental, marital y familiar; la percepción de una o más de estas características; o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas, y proporciona acceso igualitario a los Boy Scouts of America y otros grupos juveniles designados. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Director de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito- 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504 (951) 352-1200.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2026-2027

RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES

(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:
Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: ***https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook***

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)
Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a)_____ **Fecha de nacimiento**_____

Escuela_____ **Grado**_____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión
☐ **Si, doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (***Como indicado arriba***)
☐ **No, no doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (***A menos que haya sido contactado para dar permiso especial)***

Política de uso aceptable
☐ **Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable
☐ **No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno
☐ **Si, doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)
☐ **No, no doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2026-2027, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor_____Fecha_____

Firma de alumno _____Fecha_____

Consentimiento de la familia para el programa Learning Genie

Estimadas familias,

Nos entusiasma anunciar que implementaremos el programa Learning Genie en nuestro salón durante el año escolar. Learning Genie es una aplicación que nos ayuda a tener mejor conexión con las familias por medio de informes digitales diarios. Con este programa, mejoraremos la documentación y seguimiento del progreso de su niño en todos los aspectos del desarrollo en la escuela.

Les aseguramos que con este programa computarizado sus datos y los de su niño estarán totalmente protegidos y mantenidos en confianza.

En conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (conocida en inglés como FERPA), el Distrito Escolar Unificado de Riverside (RUSD) no divulga registros educativos de individuos que puedan identificarse sin el consentimiento por escrito del estudiante de quien trata el registro educativo. Con este entendimiento, deseo autorizar a el RUSD a compartir mis datos educativos confidenciales a Learning Genie.

De manera que yo _____, por medio de la presente, autorizo a RUSD y
(nombre con letra de imprenta)

Entiendo que:

1. En conformidad con las leyes federales y del estado de California antes mencionadas, tengo el derecho de negar mi consentimiento para compartir mis datos educativos.
2. Tengo el derecho de recibir un duplicado de tales registros una vez que los solicite a RUSD.
3. Este consentimiento seguirá vigente hasta que sea revocado por mí, por escrito, y entregado a RUSD, pero que tal revocación no afectará la divulgación previa de RUSD antes del recibo de mi revocación escrita.
4. Una fotocopia de este formulario será considerada como la firma original de RUSD.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado _____ Fecha: _____

(Revised 1/22)

RUSD RIVERSIDE UNIFIED EARLY CHILDHOOD

Encuesta de capacitaciones y voluntariado

Nombre del menor: _____ Plantel: _____

Por favor infórmenos sobre las oportunidades de voluntariado y capacitaciones que le interesan.

Actividades de voluntariado: Puedo ayudar como voluntario con lo siguiente:

- ❑ Narración de cuentos
- ❑ Proyectos de Arte
- ❑ Jardinería
- ❑ Ayuda con la hora de comida
- ❑ Limpieza interior/exterior
- ❑ Como escribano para las reuniones
- ❑ Lectura a los niños
- ❑ Música (Cantar, Bailar, instrumentos musicales)
- ❑ Con artículos prestados de la biblioteca
- ❑ Proyectos especiales de salón
- ❑ Consejo de Políticas
- ❑ Actividades para grupos pequeños
- ❑ Proyectos de Cocina
- ❑ Preparación de materiales
- ❑ Ayudante en el patio de recreo
- ❑ Tradiciones familiares, cultura o idiomas
- ❑ Actividad de participación de los padres del plan de estudios
- ❑ Separar, recortar o dibujar objetos para los planes de lección
- ❑ Recolección de artículos para proyectos de arte (como cajas de cereal o de cartón)
- ❑ Otro: _____

Capacitaciones: Por favor indique cuáles de los siguientes temas le interesarían si se ofreciera capacitación:

Participación y educación familiar
- ❑ Destrezas de crianza
- ❑ Padres de familia como maestros
- ❑ Conocimiento de finanzas y administración de presupuestos
- ❑ Destrezas laborales y capacitación
- ❑ Estrés y administración del tiempo
- ❑ Voluntariado
- ❑ Apoyo a niños con discapacidades
- ❑ Inmigración y servicios legales
- ❑ Educación para adultos
- ❑ Recursos y actividades para la comunidad
- ❑ Participación de hombres o padres
- ❑ Consejería de parejas y familiar
- ❑ Ayuda a familias de personas encarceladas
- ❑ Otro: _____

Crecimiento y desarrollo infantil
- ❑ Desarrollo cerebral
- ❑ Hitos del desarrollo
- ❑ Lenguaje y lectoescritura
- ❑ Desarrollo socioemocional
- ❑ Preparación para la escuela
- ❑ Transición del kínder
- ❑ Manejo de comportamientos desafiantes
- ❑ Disciplina positiva
- ❑ Comprensión del temperamento de los hijos y padres
- ❑ Evaluaciones del niño
- ❑ Otro: _____

Salud y seguridad
- ❑ Educación de salud
- ❑ La nutrición y actividades físicas
- ❑ Seguridad infantil y peatonal
- ❑ Preparación para desastres y emergencias
- ❑ Prevención del abuso infantil
- ❑ Acceso a cuidado de salud y seguros médicos
- ❑ Educación de cuidado oral y dental
- ❑ Educación de postparto
- ❑ Prevención/tratamiento de abuso de sustancias
- ❑ Educación sobre los productos del tabaco
- ❑ Otro: _____

Yo, _____ reconozco que el programa ofrece una variedad de oportunidades para mi familia. Tengo la intención de participar más en el aprendizaje y el desarrollo de mi hijo.

Firma del padre, tutor o cuidador: _____ Fecha: _____

RUSD | RIVERSIDE UNIFIED EARLY CHILDHOOD

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Ó LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA Y DEPARTE DE AGENCIAS PREESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de estudiante personalmente identificable entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside, como esta descrito abajo, consistente con California y las leyes Federales concerniente a la privacidad de dicha información. Si usted esta de acuerdo con la divulgación de información descrita en este documento, firme y regrese esta forma a: : Riverside Unified School District Early Childhood Office.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Inicial Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo al preescolar del estudiante nombrado arriba, _____, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside, para proveer información referente al estudiante nombrado arriba con Departamento de Educación de California Primeros 5 de California. La información es intercambiada para el propósito de la evaluación del programa y del preescolar, programación y planeamiento de servicios. El intercambio de información es una condición para que el financiamiento del programa preescolar sea provisto a la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside. La información será intercambiada entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside con el propósito de proveer un ambiente educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo y apoyo de salud como parte del preescolar de calidad.

La información requerida está limitada a lo siguiente: El origen étnico, idioma primario y los resultados de encuestas de desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE / la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS / Necesidades Especiales (IEP).

VENCIMIENTO
Esta autorización será efectiva inmediatamente y se mantendrá en efecto hasta ellnstert language.

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN
La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información mas allá de lo acordado o la divulgación adicional de información privada a un tercer partido a menos que el solicitante obtenga otra forma de autorización de su parte o a menos que dicha divulgación sea especificamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y afirma entenderlos al firmar esta forma de consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una revocación por escrito, firmada por usted o por su representante, y enviada a la agencia(s)/personal mencionados arriba. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Es necesario firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir servicios apropiados/especializados adicionales en el ambiente educativo.

Aprobación: _____

Nombre en letra de molde Firma Fecha

_____

Relación de parentesco con el estudiante Área y número de teléfono

EARLY CHILDHOOD AND FAMILY EDUCATION
Phone: 951-352-8290 Fax: 951-328-2538

SCHOOL:

received

PHYSICAL EXAMINATION
ALL SECTIONS COMPLETED BY DOCTOR

A CHDP equivalent health examination is required for entrance into the program

Date of exam: _____ **Child's name_____**

Date of birth_____

Please list significant health history regarding child i.e. allergies, asthma, heart disease, etc.

_____

_____

SCREENINGS:

Hearing: ☐Pass ☐Fail Height _____ Weight _____

Vision: Right 20/ _____Left 20/_____Both 20/_____ Strabismus: ☐Pass ☐Fail

REQUIRED FOR PROGRAM ENTRY

TB CLEARANCE

☐ No TB Risk factors identified, ***NO Test required.***

☐TB Risk Factors Identified *(see back of this form)* ***TB Test Required***

Date TB skin test given:_____Date Read:_____Results: ☐Negative ☐Positive

Chest X-ray Date:_____ ☐Negative ☐Positive

LABORATORY VALUES

Hemoglobin_____ Date_____ Anemia: Yes ___ No ___ Iron Supplements: Yes ___ No ___

Blood Lead Test _____ Date_____

Lead test needs to be done at 24 months of age or older, if no record perform

EXAMINATION RESULTS

Eyes	Skin	Endocrine
Ears	Lungs	Muscular Condition
Nose	Heart	Urine
Throat	Reflexes	Other:

Explanation and recommendations of any findings noted above_____

Is child cleared to enter Head Start/State Preschool? ☐ Yes ☐ No

List medications required at school (include medication name and dosage) _____

_____

Provider (please Print): _____Signature: _____Date: _____

Practice/Clinic Name, telephone number & address: _____

EARLY CHILDHOOD AND FAMILY EDUCATION
Phone: 951-352-8290 Fax: 951-328-2538

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN

- Have a family member or contacts with a history of continued or suspected TB.
- Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- Live in out-of-home placements.
- Have, or are suspected to have, HIV infection.
- Live with an adult with HIV seropositivity.
- Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- Live among or are frequently exposed t, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- Have clinical evidence of TB.

- Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.