

DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

Registración

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Lista de Registración en Línea de TK-Kínder

Para ser proporcionado por el padre/tutor:

- ☐ Copia del Acta de Nacimiento
- ☐ Comprobante de Vacunas más Recientes
- ☐ 2 Comprobantes de Domicilio – cobros de servicios del hogar/talones de pago (menos para las escuelas Charter)

Debe ser Completado por Padre/Tutor:

- ☐ Tarjeta de Registración
- ☐ Cuestionario/Declaración de Residencia del Estudiante
- ☐ Política de uso aceptable de la tecnología
- ☐ Forma de Historial de Salud
- ☐ Forma de Servicio de Salud
- ☐ Tarjeta de Solicitud de Records (para registración de medio año)
- ☐ Formulario de Elegibilidad para Beneficios Educativos

Para ser Distribuido para el Padre/Tutor:

- ✓ Requisitos Legales para Admisión a TK-Kinder
- ✓ Carta de Evaluación Dental
- ✓ Forma de Evaluación de Salud Oral (con vencimiento el 31 de mayo de su primer año escolar)

Uso exclusivo del distrito:

Student:			
School:		Grade:	
Start Date:		Overflow Bussed:	☐ Yes ☐ No
Resident District:		Interdistrict:	☐ Yes ☐ No
Resident School:		Intradistrict:	☐ Yes ☐ No

La Oficina de Registración está localizada en: 500 Dyer Street, Building T, Orcutt, California 93455

Teléfono: 805.938.8946 FAX: 805.938.8948 Correo electrónico: enrollment@orcutt-schools.net

DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

Tarjeta de Registración en Unea

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Favor de completar en tinta azul o negra.

Apellido de Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	M / F Genero (uno)	Grado	Meastro/a	# de Salón
Dirección del Estudiante (con ciudad y código)			Numero de Teléfono	Correo Electrónico de Padre			

Verificación de Registración en Línea

INFORMACION DE SALUD Y AUTORIZACION. UNA NOTA DEL MEDICO DEBE SER ENTREGADA LA PRIMER SEMANA DE CLASES SOBRE LIMITACIONES ASPECIFICAS.

Lista de problemas de salud continuos: _____

Lista de medicamentos continuos (incluyendo inhaladores y epi-pens): _____

¿Este medicamento debe tomarse en casa? ☐ Si ☐ No *Una forma de autorización medica firmada por el padre y doctor DEBE estar archivada para los medicamentos que se tomaran en la escuela.*

Lista de Alergias: _____ Nombre de Doctor: _____ # de teléfono: _____

Iniciales En caso de una emergencia médica, yo como el padre legal o tutor del estudiante mencionado, autorizo la transportación y servicios médicos si la escuela no me puede localizer. You comprendo que estos servicios médicos serán a mi cargo. Si el doctor de mi hijo no está disponible, yo autorizo a la escuela a obtener servicios de un médico u hospital calificado.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

Cuestionario/Declaración Jurada de Residencia del Estudiante

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre

Nombre de Escuela: _____

La información proporcionada a continuación ayudará al LEA a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del sitio.

Actualmente, ¿usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones?

- ☐ Alojado en un refugio (refugio familiar, refugio para violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un tráiler de Manejo de Emergencias Federales (FEMA, por sus siglas en inglés).
- ☐ Comparte hogar con otro(s) debido a la pérdida de hogar, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar
- ☐ Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (como falta de agua, electricidad o calefacción)
- ☐ Vive temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de hogar, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares
- ☐ Vive en una residencia de una sola casa que es permanente

Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

☐ Sí ☐ No

El padre/tutor que suscribe certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Escriba el nombre del padre/tutor		Firma		Fecha
Número de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistió (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos normalmente requeridos al momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y es en el mejor interés.
- 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 comidas gratuitas, cuidado de niños gratuito y apoyo del Título I.
- Recibir todas las protecciones y servicios proporcionados bajo todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Ponga en la lista todos los niños que actualmente viven con usted.

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con:

Colleen Kuykendall, Foster/Homeless Liaison Correo electrónico: ckuykendall @orcutt-schools.net Teléfono: 805-938-8992

Política de uso aceptable de tecnología de OUSD

El Distrito Escolar Unido de Orcutt (OUSD) cree que el personal y los estudiantes deben tener acceso abierto a fuentes de información locales, nacionales e internacionales. El objetivo de proporcionar este acceso es promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. El Distrito, al proporcionar acceso a servicios electrónicos a través del Internet, reconoce el potencial de tales servicios para apoyar el currículo y el aprendizaje de los estudiantes. El Internet ofrece a los estudiantes y maestros acceso a una variedad de información, aunque el Distrito reconoce que es posible el mal uso y el abuso. El Distrito hará todo lo posible para proteger a los estudiantes y maestros de estos usos indebidos y abusos, pero es responsabilidad de cada usuario/a protegerse continuamente contra la interacción inapropiada e ilegal con los servicios electrónicos. OUSD está tomando todas las medidas razonables para garantizar que el Internet se use solo por razones relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje.

Actualmente, las cuentas de correo electrónico de los estudiantes de OUSD solo se pueden usar para comunicarse con estudiantes, maestros y/o administradores dentro del sitio escolar. Todos los correos electrónicos de los estudiantes se escanean en busca del lenguaje apropiado. Si se identifica una palabra inapropiada, el correo electrónico se enviará inmediatamente al director. Además, los correos electrónicos de los estudiantes se archivan para que puedan recuperarse en cualquier momento si hay alguna inquietud.

Los estudiantes son responsables de todas las actividades mientras acceden y utilizan los recursos informáticos de la escuela (computadoras y red). El uso seguro y responsable de Internet es de suma importancia para el Distrito. Mientras están en la escuela, los estudiantes están protegidos de contenido potencialmente peligroso e inapropiado a través del filtro de red del Distrito. El Distrito no proporciona estas protecciones fuera del Distrito. **Es responsabilidad de los padres/tutores supervisar la información a la que un estudiante accede desde Internet fuera de la red del Distrito.** Los estudiantes deben cumplir con las reglas descritas en este documento. La conducta inaceptable incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

1. Usar Internet para cualquier actividad ilegal, incluida la violación de los derechos de autor u otros contratos.
2. Destrozar los datos de otros usuarios.
3. Obtener acceso no autorizado a recursos o entidades.
4. Invadir la privacidad de las personas.
5. Usar una cuenta propiedad de otro sin autorización.
6. Publicar comunicaciones personales sin el consentimiento del autor.
7. Publicar mensajes anónimos.
8. Colocar información ilegal en un sistema.
9. Usar lenguaje abusivo o de otro modo objetable en mensajes públicos o privados.
10. Enviar mensajes que probablemente resulten en la pérdida del trabajo del destinatario o la interrupción de los sistemas; por ejemplo, un virus informático.
11. Envío de mensajes 'Cadena de letras' o "transmisión" a listas o individuos, u otro tipo de comunicación, que congestionan las redes.
12. Usar Internet para enviar/recibir mensajes e imágenes que no concuerden con el plan de estudios y las pautas de conducta del Distrito. Estos incluyen, entre otros, mensajes y/o imágenes racistas, sexistas, pornográficas, peligrosos y obscenos.

El Distrito Escolar de Orcutt no ofrece garantía de ningún tipo por el servicio de Internet proporcionado al estudiante. El Distrito no será responsable de los daños reclamados o sufridos por cualquier niño o padre en relación con el uso de Internet. Esto incluye la exposición del niño/a a materiales a los que los padres tendrán derecho de notificación y/o consentimiento de conformidad con la ley estatal o federal. El uso de cualquier información obtenida a través de Internet es por cuenta y riesgo de los estudiantes y los padres.

El Distrito Escolar Unido de Orcutt cree que los beneficios para los educadores y los estudiantes del acceso a Internet, en forma de recursos de información y oportunidades de colaboración, superan con creces cualquier desventaja. Pero, en última instancia, los padres y tutores de los menores son los responsables de establecer y transmitir las normas que deben seguir sus alumnos.

Los sistemas informáticos escolares son para uso exclusivo de personas autorizadas. Cualquier acceso no autorizado a estos sistemas está prohibido y está sujeto a sanciones penales y civiles. Las personas que usan estos sistemas están sujetas a que todas las actividades en estos sistemas sean monitoreadas por el sistema o el personal de la escuela. Cualquiera que utilice estos sistemas consiente expresamente a dicho seguimiento. El enjuiciamiento y/o la terminación de la cuenta pueden ocurrir sin previo aviso.

Es posible que todos los usuarios de Internet (incluido su estudiante) accedan a información destinada a adultos. Aunque OUSD ha tomado todas las medidas razonables para garantizar que la conexión a Internet se use solo para los fines consistentes con el plan de estudios y la instrucción, el distrito o la escuela no pueden evitar la disponibilidad, o incluso comenzar a identificar, material inapropiado en otros lugares de Internet. La seguridad informática no se puede perfeccionar, y es probable que un alumno determinado pueda hacer uso de los recursos informáticos para fines inapropiados.

RECONOCIMIENTO/ACUERDO

Hemos leído y entendido todas las pautas y políticas con respecto al uso apropiado de la tecnología e Internet en el Distrito Escolar Unido de Orcutt. Reconocemos nuestra responsabilidad en el cuidado de la computadora emitida por el Distrito que nuestro estudiante recibe junto con otros materiales curriculares. También aceptamos que una infracción de la Política de Uso Aceptable de la Tecnología del Distrito puede resultar en la pérdida de los privilegios de la red y/o de la computadora y puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la suspensión o expulsión. *Los mensajes o acciones relacionados con o en apoyo de actividades ilegales se informarán a las fuerzas del orden.*

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

TK-Kindergarten Health History

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

HISTORIAL DE SALUD DEL KINDER

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Para poder darle a su hijo el mejor servicio de salud, favor de completar la siguiente información médica:

ENFERMEDADES ANTERIORES:

Favor de marcar y fechar las enfermedades que su hijo haya tenido:

☐ Alergias ☐ Asma ☐ Varicela ☐ Infección- oído ☐ Enfermedades Cardíacas ☐ Hepatitis ☐ Mononucleosis
☐ Fiebre Reumática ☐ Escarlatina ☐ Convulsiones ☐ Problemas del Habla

Favor de anotar cualquier lastimadura grave, enfermedades o condicines puedan afectar en la educación de su hijo _____

HISTORIAL DE DESARROLLO:

Anote la edad aproximada en que su hijo:

☐ Se sentó solo ☐ Dijo una palabra ☐ Una oración ☐ Montó un triciclo ☐ Fué solo al baño ☐ Usó arcilla ☐ Usó crayón
☐ Gateó ☐ Caminó solo ☐ (2 – 3 palabras) ☐ Montó una bicicleta ☐ Se vistió solo ☐ Se ató las agujetas ☐ Usó tijeras

Problemas de salud de la madre durante el embarazo (si los tuvo): _____

Duración del embarazo: _____ Completo Prematuro a las _____ Semanas de gestación Problemas de parto: _____

Complicaciones: _____ Respiración _____ Convulsiones _____ Letárgico _____ Fórceps

SALUD ACTUAL:

Marque lo que haya notado de la siguiente lista:

☐ Alergia	☐ Se enoja fácil	☐ Mareo	☐ Infección del Oído	☐ Se Emociona
☐ Problemas Emocionales	☐ Desmayos	☐ Dolor de Garganta (frecuente)	☐ Dolor Estomacal (frecuente)	☐ Orina con Frecuencia
☐ Dolores de Cabeza	☐ Problemas Auditivos	☐ Condición Cardíaca	☐ Tiene Mucho Miedo	☐ Hernia
☐ Pulmones (problemas)	☐ Se Muerde las Uñas	☐ Sangrado de la Nariz	☐ Nutrición (General)	☐ Problemas Neurológicos
☐ Dolor- piernas, articulaciones	☐ Tos Persistente	☐ Timidez	☐ Problemas de la Piel	☐ Dificultad del Habla
☐ Dolor de dientes	☐ Se Chupa el Dedo	☐ Se Cansa Fácil	☐ Problemas de la Visión	☐ Derecho o Izquierdo

Explique: _____

GUICACO MEDICO ACTUAL:

¿Está su hijo sujeto a condiciones que ocasionen una emergencia en el salón, tales como convulsiones, diabetes, alergias, etc.? _____ Si _____ No

Explique: _____

Fecha de la última revisión médica: _____ Nombre del Doctor: _____

¿Toma su hijo medicina? _____ Si _____ No Si contestó sí, ¿por qué razón? _____

Ultima consulta dental: _____ Tratamiento Necesario: _____

Hay alguna otra información de su hijo que nos sería de utilidad? _____

EDUCACION FISICA:

Se necesita el permiso escrito de un doctor para no tener educación física. ¿Hay alguna razón por la cual su hijo no pueda participar en la clase regular de educación física?

Explique : _____

Firma del Padre

Fecha

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

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA



Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: [MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov](https://myvaccinerecord.cdph.ca.gov). (Seleccione "Español" arriba de la página).

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

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después

☐ **Varicela—2 dosis**

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

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

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

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

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

☐ **Varicela —2 dosis**

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

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y las vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles [sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad \(https://bit.ly/VacunasPorEdad\)](https://bit.ly/VacunasPorEdad) y [dónde puede vacunar a su hijo \(https://bit.ly/wheretogoCA\)](https://bit.ly/wheretogoCA). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

ANNUAL HEALTH UPDATE FOR SCHOOL YEAR 20_ / ____

Teacher: _____

Student Information (Información del Estudiante):

Name (Nombre): _____
Last (Apellido) First (Primero)

M / F

DOB (FDN): _____

School (Escuela):

Grade (Grado):

DOES YOUR CHILD HAVE (TIENE SU ESTUDIANTE):

☐	Yes (Si)	☐	No	Non-Food Allergies (Alergias)	List (Lista): _____
☐	Yes (Si)	☐	No	Food Allergies (Alergia de Comida)	Specify (Cual): _____
☐	Yes (Si)	☐	No	Nut Allergies (Alergia de Nueces):	Specify (Cual): _____
Reaction (Reaccion): _____					

☐	Yes (Si)	☐	No	Bee Sting Allergy (Alérgico a Piquete de Abeja)	Reaction (Reaccion): _____
☐	Yes (Si)	☐	No	Does your child need an EpiPen (Necesita su niño inyección de Epinefrina)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
☐	Yes (Si)	☐	No	Asthma (asma) Does your student use a rescue inhaler (usa un inhalador de rescate)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
☐	Yes (Si)	☐	No	Diabetes - Type (Tipo) 1 or 2 Insulin Pen (Lapiz de Insulina) Insulin Pump (Pompa de Insulina) Oral Medication (Medicamento Oral)	
☐	Yes (Si)	☐	No	Seizure Disorder (Trastorno Convulsivo)	Last Seizure Date (Fecha de Ultimo Ataque): _____
☐	Yes (Si)	☐	No	ADD/ADHD	

CHECK THE FOLLOWING HEALTH CONCERNS WHICH PERTAIN TO YOUR STUDENT

(MARQUE LAS SIGUIENTES QUE SON RELACIONADAS CON SU HIJO):

☐	Wears glasses or contacts (Usa lentes [lentes de contacto]) (circle one/circule uno)	☐	Neurological/Tourettes (Neurológico)
☐	Hearing Aid Left/Right (Audífono Izquierdo/Derecho)	☐	Headaches (Dolores de Cabeza)
☐	Frequent Ear Infections (Infecciones Frecuente do Oídos)	☐	History of Concussion (Historia de Concusion) Date (Fecha):
☐	Hearing Difficulty (Dificultad con Oír)	☐	Autism (Autismo)
☐	Breathing Problems (Problemas de la Respiración)	☐	Heart Condition (Condición del Corazón)
☐	Anxiety/Panic Attacks (Ansiedad/Ataques de Panico)	☐	Stomach Problems (Problemas del Estomago)
☐	Frequent nose bleeds (Hemorragia Nasal Frecuente)	☐	Bladder/Bowel Problems (Problemas de la Vejiga)
☐	Other (Otro):	☐	Bone/Joint Problems (Problemas de Hueso o Coyuntura)
☐	Other (Otro):	☐	Other (Otro):
☐	Other (Otro):	☐	Other (Otro):

If any health concerns were checked, please explain (Si marco cualquier preocupaciones medicas, favor de explicar):

LIST ALL DAILY MEDICATION AND REASON PRESCRIBED (HAGA UNA LISTA DE MEDICAMENTOS TOMADOS Y LA RAZON):

Medication/Purpose (Medicamento/Razon)	Dose & Frequency (Dosis & Frecuencia)	Home/School (Casa/Escuela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Doctor Name (Nombre del Doctor):

Doctors's Phone (Telefono del Doctor):

In order to provide a safe and healthy environment for your child, this **confidential** information will be accessible to the nursing staff, applicable school staff and emergency medical personnel. It may be shared electronically, verbally and/or in writing, unless I provide a written request. If parent/guardian cannot be reached at the time of a medical emergency, and if immediate care is urgent in the judgement of school authorities, I authorize the school contact emergency services. **California Education Code 49423** requires a written authorization form be completed each school year for prescription or over the counter medication to be administered at school. All medications must be brought to school by a parent or guardian. Para tener un ambiente seguro y saludable para su hijo, esta información **confidencial** será compartida por el personal de enfermería, personal de la escuela aplicable y personal de emergencia médica. Esta será compartida electrónicamente, verbal y/o por escrito, al menos que haya una solicitud por escrita. Si el padre/tutor no se encuentra en caso de una emergencia médica, y el cuidado inmediato es urgente, juzgado por las autoridades escolares, yo doy mi autorización de que la escuela contacte a servicios de emergencia. Código 49423 de la Educación de California requiere que la forma de autorización escrita sea completada cada año escolar para medicamentos con o sin receta para ser administradas en la escuela. Padres o tutores deben traer todos los medicamentos a la escuela. Please sign and date below and return to the school office (Favor de firmar y poner la fecha y regrese a la oficina de la escuela).

Student Name (Nombre): _____

Student DOB (FND): _____

The Orcutt Union School District submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing services company.

El Distrito Escolar de Orcutt somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones básicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy De Acuerdo que se envíen a la agencias de MEDI-CAL/ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar información relacionada con recibos de pago con las componías de servicios del distrito escolar.

FAMILY MEDICAL INSURANCE CARRIER: _____ POLICY #: _____
 COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO Número de Póliza

Signature of Parent/Guardian (Firma de Padre/Tutor) _____

Date (Fecha) _____

Reviewed by Nurse (initials) _____

Este formulario se usa para determinar la elegibilidad para ofertas de servicios gratuitas o de costo reducido, como cuidado antes y después de la escuela (Campus Connection), Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliado (ELOP), tarjeta P-EBT, programas especiales de servicios públicos, pruebas SAT, etc.

PARTE I: Complete la siguiente información para un estudiante que vive en su hogar: complete un formulario para CADA niño
APELLIDO

FIRST NAME NOMBRE DE PILA

FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AA)
 / /
ESCUELA

GRADO

PARTE II: Complete la siguiente información para el tamaño del hogar y los ingresos del hogar

Consulte información adicional en el reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar el tamaño de su hogar y el ingreso familiar anual (antes de impuestos).

1. **Si cree que no califica para estos programas, o por razones de privacidad, no desea completar el formulario, marque esta casilla.** ☐ (Marcar esta casilla significa que no calificará para recibir asistencia)

2. Ingreso familiar anual total (antes de impuestos): \$ _____

3. Encierre en un círculo el número total de ADULTOS y NIÑOS que viven en su hogar:

Un círculo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

PARTE III: Información y firma del padre o tutor

Certifico (prometo) que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales según la información que proporcione y que la información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario

Nombre impreso del miembro adulto del hogar que completa este formulario

fecha

TELÉFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO

La información enviada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por lo tanto, está protegida por todas las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes que se relacionan con los registros educativos, incluida, entre otras, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (FERPA), enmendada (20 USC § 1232g, 34 CFR Parte 99); Título 2, División 4, Parte 27, Capítulo 6.5 del Código de Educación de California, a partir de la Sección 49060 et seq.; la Ley de Prácticas de Información de California (Código Civil de California, Sección 1798 y siguientes) y el Artículo 1, Sección 1 de la Constitución de California. El Distrito Escolar Orcutt Union es un proveedor de igualdad de oportunidades.

A quién debo incluir en "Tamaño del hogar"?

Debe incluirse a sí mismo ya todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos y que pagan una parte proporcional de los gastos), no las incluya.

¿Qué se incluye en el "Ingreso total del hogar"? El ingreso total del hogar incluye todo lo siguiente:

- ***Ganancias brutas del trabajo:*** utilice sus ingresos brutos, no su salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se puede encontrar en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor puede proporcionar esta información. Los ingresos netos solo deben informarse para negocios propios, granjas o ingresos de alquiler.
- ***Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia:*** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes, incluida cualquier cantidad recibida de CalWORKs.
- ***Pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad:*** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes.
- ***Todos los demás ingresos:*** Incluya compensación laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso recibido. No incluya ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales y pagos de crianza recibidos por su hogar.
- ***Subsidios de vivienda militar y pago de combate:*** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada ni el pago por combate.
- ***Pago de horas extras:*** Incluya el pago de horas extras ÚNICAMENTE si lo recibe regularmente.

¿Cómo informo los ingresos del hogar por el pago recibido mensualmente, dos veces al mes, quincenalmente y semanalmente?

- Determinar cada fuente de ingresos del hogar en base a las definiciones anteriores. Los hogares que perciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
 - Si se paga mensualmente, multiplique el pago total por 12
 - Si se le paga dos veces al mes, multiplique el pago total por 24
 - Si se le paga quincenalmente (cada dos semanas), multiplique el pago total por 26
 - Si se le paga semanalmente, multiplique el pago total por 52
- Suma todos los pagos anualizados para determinar el ingreso familiar anual total ingresado en la Parte II, 2.

Si sus ingresos cambian, incluya los sueldos/salarios que recibe regularmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que ganó \$1,000 por mes. Solo incluya el pago de horas extras si lo recibe regularmente. Si perdió su trabajo o le redujeron sus horas o su salario, ingrese cero o su ingreso actual reducido.

Para obtener información adicional sobre el tamaño del hogar y el ingreso bruto del hogar, consulte el Manual de elegibilidad para las comidas escolares en la página web de recursos y orientación del Departamento de Agricultura de EE. UU. En

<http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm> .

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Estimado Padre 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 TK-Kinder o primer año. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del periodo 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 al (805) 681-4401.
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 al 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública al (805) 345-7333 o <http://www.sbcphd.org>.

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 al 938-8932, o visite la página web de la Asociación Dental de California en www.cda.org.

Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten)

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del jardín de niños (kinder / Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación).** Debe ser entregado a la escuela **al comienzo del año escolar.** Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

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

Nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor: MM – DD – AAAA										
Dirección:			Depto.:										
Ciudad:		Código postal:											
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en el que el menor empieza el jardín de niños: A A A A										
Nombre del padre/madre/tutor:	Apellido del padre/madre/tutor:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino											
Raza/origen étnico del menor:	<table><tr><td>☐ Blanco</td><td>☐ Indígena estadounidense</td></tr><tr><td>☐ Negro/Afroestadounidense</td><td>☐ Multirracial</td></tr><tr><td>☐ Hispano/Latino</td><td>☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico</td></tr><tr><td>☐ Asiático</td><td>☐ Desconocido</td></tr><tr><td>☐ Otro (especifique)</td><td></td></tr></table>			☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense	☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multirracial	☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico	☐ Asiático	☐ Desconocido	☐ Otro (especifique)	
☐ Blanco	☐ Indígena estadounidense												
☐ Negro/Afroestadounidense	☐ Multirracial												
☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico												
☐ Asiático	☐ Desconocido												
☐ Otro (especifique)													

Continúa en la siguiente página

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (debe ser completada por un profesional dental autorizado de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (deterioro visible presente) ☐ Sí ☐ No	*Experiencia de caries (caries visibles o empastes presentes) ☐ Sí ☐ No
Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontró ningún problema obvio ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección o al niño le beneficiaría el uso de selladores o una evaluación adicional). ☐ Atención de urgencia necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones en el tejido suave)		
MM – DD – AAAA Firma de profesional dental autorizado Número de licencia de CA Fecha		

*Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries sin tratar o empastes.
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries sin tratar y no hay empastes.

Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia (debe ser completada por la entidad responsable del seguimiento)

El padre o la madre notificó que el menor tiene una necesidad urgente de atención dental el:	MM – DD – AAAA
Se programó una cita de seguimiento para este menor para el:	MM – DD – AAAA
¿El menor recibió el tratamiento necesario? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "no", se recomienda que la entidad responsable del seguimiento se vuelva a comunicar con los padres) ☐ No lo sé	

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela.

Devuelva este formulario a la escuela *antes del fin* del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.