

**SOUTHERN HUMBOLDT DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO  
DE ALUMNO INFORMACIÓN DE REGISTRO 2021-2022:**

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

*¿Ha sido su hijo expulsado de cualquier distrito escolar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

**Primer día de asistir a esta escuela:** \_\_\_\_\_

Ultima Escuela que se atendió \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Nombre legal del alumno:** \_\_\_\_\_  
de Última First Student Medio

**Grado** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F X Otros nombres utilizados por  
alumno: \_\_\_\_\_ **NACIMIENTO FECHA** \_\_\_\_\_ **Lugar**

**del alumno dirección postal:** \_\_\_\_\_ **CA** \_\_\_\_\_

dirección / Apartado postal Ciudad / código postal del pueblo

**direcciones físicas:** dey / o direcciones \_\_\_\_\_

Familia dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estudiante dirección de correo electrónico (SFHS  
solamente) \_\_\_\_\_

**Teléfono de** \_\_\_\_\_ Listado Unlisted **celular del estudiante (SECUNDARIA SOLAMENTE)** \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe el origen étnico / racial de la pupila (el uso demográfica) Hispano / Latino: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Asiático  Black  indios americanos / nativos de Alaska  Pacific Isleño / nativo de Hawai  Europeo  
idioma language \_\_\_\_\_ primaria cuando el estudiante empezó primero a talk \_\_\_\_\_

estudiante idioma utiliza en mayor home \_\_\_\_\_ idioma que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos en  
elhome \_\_\_\_\_

idioma que los padres utilizan la mayoría con student \_\_\_\_\_

Si el estudiante nació fuera del país lista de nacimiento EE.UU. \_\_\_\_\_ y el año entró en el USA \_\_\_\_\_

Cuando hizo su hijo antes introduce una escuela privada o pública en los **EE.UU (no precolar)** \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

¿Cuándo su hijo entrar primero en la escuela privada o pública en **California (NOpreescolar)**: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

¿Tiene su hijo un Plan Educativo Individual actual? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Alguna vez su hijo ha tenido un IEP? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Tiene su hijo un plan 504 actual? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Alguna vez su hijo ha tenido un Plan 504? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**CON CUSTODIA PADRES(S) O TUTOR (S):**

Nombre del Padre completa \_\_\_\_\_ De estar con el alumno? \_\_\_ Si \_\_\_ No

De Padre Dirección de Correo \_\_\_\_\_  Recibir correos separados?

Ocupación / empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo Cell \_\_\_\_\_

nivel más alto de educación (uso demográfica) \_\_\_\_\_ Degree? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Nombre completo de la madre \_\_\_\_\_ de estar con la pupila? Sí No

Dirección postal de la madre \_\_\_\_\_ recibir correos separados?

Ocupación / empleador \_\_\_\_\_ de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

nivel más alto de educación (uso demográfica) \_\_\_\_\_ Grado? Sí No

Paso Padre o **legal** detutor Nombre completo \_\_\_\_\_ Vivir con la pupila? Sí No Ocupación /

empleador \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

más alto nivel de educación (uso demográfica) \_\_\_\_\_ Grado? Sí No

**SI NO El tutor legal: ¿Tiene Declaración jurada de autorización del cuidador actual en el archivo? \_\_\_ Si \_\_\_ No**

**SI NO por favor obtenga un "Declaración jurada de autorización del cuidador" de la oficina escolar**

Cualesquiera otros adultos que viven en el hogar del alumno: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS LEGALES (o archivo al año en el cargo):** \_\_\_\_\_

custodia / visitación \_\_\_\_\_ de restricción Order \_\_\_\_\_ Fecha Issued \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

emergencia médica , alergia y MEDICAMENTOS información de

alerta médica # 1 \_\_\_\_\_  
 alerta médica # 2 \_\_\_\_\_

SEGURO CO & # o Medi-Cal # \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA** (incluir a los padres)  
 Sólo estas personas serán capaces de recoger a su hijo durante un desastre.

<u>nombre</u> <u>extensión</u>	<u>Dirección</u>	<u>El número telefónico y</u>
1 <sup>st</sup> _____	_____	_____
2 <sup>o</sup> _____	_____	_____
3 <sup>o</sup> _____	_____	_____
4 <sup>o</sup> _____	_____	_____
doctor _____	_____	_____
Hospital _____	_____	_____

Otros niños que viven en el hogar:

Nombre Apellido Nombre	de la escuela Asistir	Edad	Sexo M F X	Fecha de Nacimi ento	Relación

**DONDE ESTÁ SU NIÑO / FAMILY ACTUALMENTE?**

In Una sola familia de residencia permanente  Tu amigos u otros miembros de la familia  In o en espera de la colocación de cuidado de crianza

With más de una familia en un apartamento. o casa  In un refugio o programa de vivienda de transición  In un motel, coche o camping

familiar  Su no tiene acceso a agua corriente / calor / electricidad  Sleeping al aire libre o en un lugar público o  runaway jóvenes no acompañados

¿Vive el estudiante fuera de nuestra área de asistencia?  Sí  Noes

Sí, ¿tiene un acuerdo entre distritos?  Sí  No (En contacto con la oficina del distrito en el que reside el estudiante para su aplicación)

¿Tiene su hijo una corriente el plan educativo individual? Sí No ¿Ha tenido su hijo un IEP? Sí No

Por favor indique cualquiera de los siguientes programas que este niño ha participado en: Programa de Especialista \_\_\_\_\_ Resource ClasesDía \_\_\_\_\_ Special \_\_\_\_\_ / lenguaje \_\_\_\_\_ Equipo de Estudio Dotados / Puerta \_\_\_\_\_ Counseling

**¿Alguno de los familiares inmediatos del estudiante (madre, padre, hermano, hermana) actualmente activo en el ejército de Estados Unidos?**  Si  No

Por favor, añada la información que considere podría ayudar a servir mejor a su hijo.

Mi hijo tiene permiso de caminar a casa (estudiante debe vivir cerca) necesitará address \_\_\_\_\_ física

Firma del padre o de la relación tutor del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Su firma da el consentimiento para la escuela y sus representantes para ponerse en contacto con su médico y / o para el transporte su estudiante para el tratamiento en caso de que la escuela no puede comunicarse con usted durante una emergencia.

## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

### PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

### PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

#### EXAMEN DE SALUD

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

#### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

\*de ser indicado

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

### 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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> 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)  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes:  [Visible Decay Present:]  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]  <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found]  <input type="checkbox"/> 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)]  <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional de salud dental matriculado**  
**[Licensed Dental Professional Signature]**

\_\_\_\_\_  
**Número de matrícula de CA**  
**CA License Number**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
**Date]**

**Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental**  
Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.  
 El plan de seguro dental de mi hijo es:
  - Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Otro \_\_\_\_\_     Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si pide ser eximido de este requisito: ► \_\_\_\_\_  

*Firma del padre, madre o tutor*
*Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

**Regrese este formulario a la escuela *antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.***  
*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*

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