

## DENAIR ELEMENTARY CHARTER ACADEMY

3460 Lester Road  
Denair, California 95316

Phone: (209) 632-8887

Fax: (209) 632-8442

Kelly Beard, Principal

Laura Cardenas, Learning Director

### Transitional Kindergarten and Kindergarten Registration

To enroll your child in Transitional Kindergarten or Kindergarten for the 2019-2020 school year, you must fully complete the attached registration packet and return it with the proper documentation on **Kindergarten registration day, Tuesday, February 12, 2019**. Transitional Kindergarten and Traditional Kindergarten registration will be held in room 39 at Denair Elementary Charter Academy from 8:30 a.m.-9:30 a.m. Dual Language Immersion Kindergarten registration will be held in room 39 at Denair Elementary Charter Academy from 9:45 a.m.-10:45 a.m.

If you have an appointment for five-year-old immunizations scheduled after February 12th, please bring in your child's yellow immunization card and your appointment card. Completed immunization records must be turned into the DECA office by **March 29, 2019** to fall within the district's enrollment period. *Students will not be placed on a class list or allowed to start on the first day of school if complete and updated immunizations records have not been turned into the office prior to the start of school.*

If you wish to enroll your child in the dual language immersion program, you must attend one mandatory parent orientation prior to your child being placed on a dual language immersion list. At the orientation the program will be explained in detail and commitment forms will be handed out.

Incomplete registration packets may result in not being able to enroll in your preferred program. We encourage you to have your complete registration packet on February 12, 2019 or as soon as possible after that date.

#### Required Documentation:

1. Child's county birth certificate
2. Proof of residence – **must be a recent utility bill in the parent's name and must show the property address**
3. Current immunization record

#### Required Forms From Packet:

1. Kindergarten Program Preference Form
2. Student/Family Information and Emergency Form
3. Home Language Survey
4. Student Information Ethnicity Form
5. Student Health Inventory

**Additional Forms Due Prior to Being Placed on a Class List and Starting School:**

1. Updated immunization record (if records are currently incomplete when turning in the registration packet)
2. Oral Health Assessment form

**Additional Requirements for the Dual Language Immersion Program Prior to Being Placed on a Class List and Starting School:**

1. Attend **one** of the following mandatory parent orientation meetings
  - a. Dates are as follows: 1/28/19 at 8:15 a.m., 2/6/19 at 5:00 p.m., 2/11/19 at 8:15 a.m., 2/21/19 at 5:00 p.m., 2/26/19 at 1:00 p.m., 3/6/19 at 8:15 a.m., 4/3/19 at 1:00 p.m., 5/9/19 at 4:00 p.m.
2. Complete and return a Commitment form (commitment forms are handed out at the mandatory parent orientation)

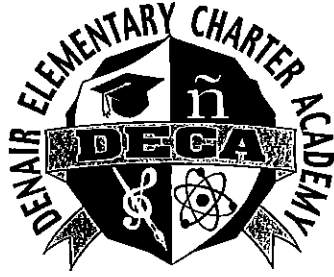
**Important Note:**

The first day of school, August 7, 2019, is Kindergarten Round Up. During this time students will meet the teacher and tour the classroom. Parents and guardians will meet the teacher, tour the classroom, turn in the kindergarten questionnaire, drop off classroom supplies from a supply list sent home in July/August, and ask any questions they may have.

Students and parents/guardians will come together at the designated time below according to the beginning letter of their **last name**. **Students and parents/guardians will leave Round Up together** after they have met the teacher and completed the kindergarten questionnaire.

**Last names beginning with A-M** will come from 8:00 a.m.-9:00 a.m.

**Last names beginning with N-Z** will come from 9:00 a.m.-10:00 a.m.



## DENAIR ELEMENTARY CHARTER ACADEMY

3460 Lester Road

Denair, California 95316

Teléfono: (209) 632-8887 Fax: (209) 632-8442

Kelly Beard, Directora

Laura Cárdenas, Directora de Aprendizaje

### **Inscripciones Para Kínder de Transición y Para Kínder**

Para inscribir a su niño(a) en el Kínder para el año escolar 2019-2020, usted debe completar el documento adjunto, *Formulario Sobre Preferencia del Programa de Kínder*, y regresarlo a la maestra de su hijo(a), a la oficina o traerlo el **día de inscripciones para Kínder, martes, 12 de febrero 2019**. Las inscripciones para Kínder y Kínder de Transición se llevarán a cabo en el salón 39 de 8:30a.m.-9:30 a.m. Inscripciones de Kínder en el Programa de Doble Inmersión se llevarán a cabo de 9:45 a 10:45 a.m.

Si tiene alguna cita programada para después del 12 de febrero para las vacunas de los cinco años, por favor traiga la tarjeta de vacunación del niño(a) y el comprobante de su cita. La tarjeta con las vacunas actualizadas debe presentarse en la oficina no más tarde del **29 de marzo, 2019** para estar dentro del período de inscripción del distrito. *No se colocarán estudiantes en listas de clases, ni se les permitirá comenzar el primer día si no se entrega el paquete completo y se presenta el comprobante de las vacunas actualizadas antes de que comience la escuela.*

Si usted desea inscribir a su hijo(a) en el programa de doble inmersión, usted debe atender a una junta obligatoria de orientación para padres antes de que su hijo(a) sea colocado en la lista de doble inmersión. Durante dicha orientación se les explicará el programa detalladamente y se les entregará un formulario de compromiso.

El no cumplir con todos los requisitos de inscripción necesarios podría tener como consecuencia el no poder inscribirse en el programa de su preferencia. Le recomendamos que traiga todo lo requerido el 12 de febrero, 2019 o tan pronto como le sea posible pasando esa fecha.

#### **Documentación Requerida:**

1. Acta de Nacimiento del **condado**
2. Comprobante de domicilio - **debe ser un recibo reciente del servicio de utilidades (como gas/PG&E, luz/TID, cable, etc....) que muestre el nombre de uno de los padres y el domicilio de la propiedad donde residen**
3. Tarjeta/Cartilla de vacunación actualizada

#### **Formas Requeridas del Paquete:**

1. Forma Sobre Preferencia del Programa de Kínder
2. Forma de Información Sobre el Estudiante/Familia y Emergencia
3. Encuesta del Idioma en el Hogar
4. Forma Sobre la Raza/Etnia del Estudiante
5. Información Sobre la Salud del Estudiante

**Formas adicionales que se vencen antes de la colocación en una clase y del comienzo de la escuela:**

1. Tarjeta de Vacunación (si ésta, no estaba al día cuando se entregó el paquete de inscripción)
2. Formulario de Evaluación de la Salud Bucal

**Requisitos adicionales para el Programa de Doble Inmersión previos a su colocación en una lista de clases y el comienzo de la escuela:**

1. Atender a **una** de las siguientes juntas de orientación obligatorias para padres
  - a. Las fechas son las siguientes: 1/28/19 a las 8:15 a.m., 2/6/19 a las 5:00 p.m., 2/11/19 a las 8:15 a.m., 2/21/19 a las 5:00 p.m., 2/26/19 a las 1:00 p.m., 3/6/19 a las 8:15., 4/3/19 a las 1:00 p.m., 5/9/19 a las 4:00 p.m.
2. Completar y entregar la forma de Compromiso(distribuidas en cada una de estas juntas de orientación obligatorias para padres).

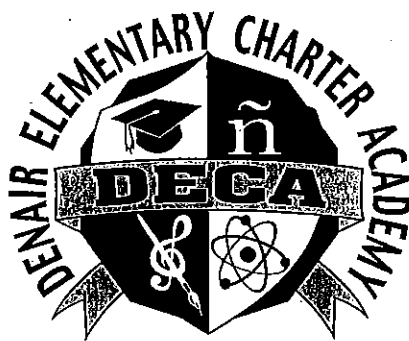
**Nota Importante:**

El primer día de clases, 7 de agosto, 2019, es el día de orientación en kínder. Durante este tiempo los niños y padres conocerán a la maestra y recorrerán el aula; además, los padres entregarán el cuestionario de kínder, y los útiles escolares del aula de la lista que se enviará a casa en julio agosto, y harán cualquier pregunta que puedan tener.

Los estudiantes y los padres/ guardianes se reunirán a la hora designada a continuación de acuerdo con la **letra inicial de su apellido. Los niños y los padres/guardianes se retirarán juntos** después de que se hayan reunido con la maestra y hayan completado el cuestionario de kínder.

**Los apellidos que comiencen con A-M** vendrán de 8:00 a.m.-9: 00 a.m.

**Los apellidos que comiencen con N-Z** vendrán de 9:00 a.m.-10: 00 a.m.



# Denair Elementary Charter Academy

3460 Lester Road  
Denair, California 95316

Phone: (209) 632-8887

Fax: (209) 632-8442

Kelly Beard, Principal

Laura Cardenas, Learning Director

## Kindergarten Program Preference Form

Dear Families,

Thank you for your interest in attending DECA! Part of our school mission is to provide a learning environment with a multilingual emphasis, so we offer two program choices within our school for you to choose from: traditional program or dual language immersion program.

**Traditional Program (beginning in transitional kindergarten):** Classroom instruction is provided in English. Students receive thirty to forty minutes of Spanish instruction two to three days per week in the Language Lab.

**Dual Language Immersion Program (beginning in kindergarten):** Classroom instruction is provided in Spanish for a specific percentage of the week. In kindergarten 90% of the week is in Spanish, and Spanish Language Arts instruction is provided rather than English Language Arts instruction. As students move through the grade levels the percentage of Spanish instruction decreases while the percentage of English instruction increases until it becomes 50/50.

Please fill out the information below noting which program you prefer for your child. Marking a preference below does not guarantee your child a spot in the preferred program. If at the end of the enrollment period (January-March) the number of students who wish to attend exceeds our capacity, enrollment is determined by a lottery with excess students being placed on a waitlist. Students who register after the enrollment period (January-March) are admitted if grade level enrollment is below capacity. If the grade level is at capacity, students are placed on a waiting list. Our programs fill up quickly, so we encourage you to complete the registration process as soon as possible.

If you have any questions, please call the office. Thank you!

---

I prefer my child be enrolled in the following Kindergarten program at DECA:

Traditional Program  Dual Language Immersion Program

Student's Name \_\_\_\_\_ Parent/Guardian's Name \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

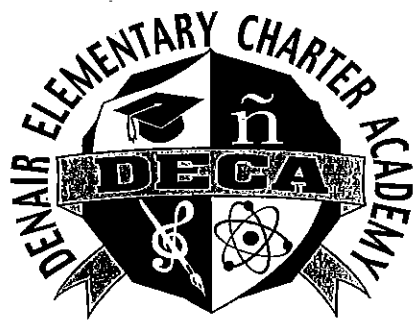
### OFFICE USE ONLY

**Program Preferred:** Traditional or Dual Language Immersion

**Attended DLI Mandatory Parent Workshop:**  Yes, on the date of \_\_\_\_\_ or N/A.

**Signed and Returned DLI Commitment Form:**  Yes, on the date of \_\_\_\_\_ or N/A.

**Completed by DECA staff member** \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.



# Denair Elementary Charter Academy

3460 Lester Road

Denair, California 95316

Teléfono: (209) 632-8887 Fax: (209) 632-8442

Kelly Beard, Directora

Laura Cárdenas, Directora de Aprendizaje

## Formulario Sobre la Preferencia del Programa de Kínder

Estimadas Familias,

¡Gracias por su interés en asistir a DECA! Parte de la misión de nuestra escuela es proveer un ambiente de aprendizaje con un énfasis multilingüe, por lo cual ofrecemos dos opciones en nuestra escuela para que usted elija entre: programa tradicional o programa de doble inmersión.

**Programa Tradicional (comenzando en Kínder de Transición):** La instrucción en el aula se imparte en inglés. Los estudiantes reciben de treinta a cuarenta minutos de instrucción en español dos o tres días a la semana en el Taller de Idiomas (*Language Lab*).

**Programa de Doble Inmersión (comenzando en Kínder):** la instrucción en el aula se brinda en español para un porcentaje específico de la semana. En el Kínder, el 90% de la semana es en español, y se proporciona instrucción de Artes Lingüísticas en español en lugar de instrucción en Artes Lingüísticas en inglés. A medida que los estudiantes avanzan a través de los niveles de grado, el porcentaje de instrucción en español disminuye, mientras que el porcentaje de instrucción en inglés aumenta hasta llegar a 50/50.

Complete la información a continuación y anote qué programa prefiere para su hijo. El seleccionar su preferencia no garantiza un lugar para su hijo en ese programa. Si al final del período de inscripción (enero-marzo) el número de estudiantes que desean atender excede nuestra capacidad, la inscripción será determinada por lotería con exceso de estudiantes puestos en una lista de espera. Los estudiantes que se registren después del período de inscripción (enero-marzo) serán admitidos si el nivel de grado está debajo de su capacidad. Si el nivel de grado está en su capacidad, los estudiantes serán puestos en una lista de espera. Nuestro programa se llena muy rápidamente, por lo que le recomendamos que complete el proceso de inscripción lo antes posible.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina. ¡Gracias!

Prefiero el siguiente programa de Kínder para la colocación de mi hijo en DECA:

Programa Tradicional  Programa de Doble Inmersión

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY (para uso de la oficina solamente)

Program Preferred: Traditional or Dual Language Immersion

Attended DLI Mandatory Parent Workshop:  Yes, on the date of \_\_\_\_\_ or N/A.

Signed and Returned DLI Commitment Form:  Yes, on the date of \_\_\_\_\_ or N/A.

Completed by DECA staff member \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.

# Denair Elementary Charter Academy

## Student/Family Information and Emergency Form

Office Use Only	Int _____
Grade: _____	
Id Number: _____	
Date: _____	

Student Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Name: \_\_\_\_\_

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____	Home Phone: _____ Student Email: _____
Physical Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____	Gender: _____ Date of Birth: _____

Mother: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Home or Work Phone: \_\_\_\_\_

Father: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Home or Work Phone: \_\_\_\_\_

Guardian: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Email: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Restrictions: _____ (Copy of court papers must be included) Are any Parents/Legal Guardians on Active Military Duty? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parent Education Level: _____ <input type="checkbox"/> Not a High School Graduate <input type="checkbox"/> Some College or Associate's Degree <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Graduate Degree or Higher
---	---

Emergency Contact #1: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contact #2: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Emergency Contact #3: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

List of children/siblings living in the home: 1. _____ D.O.B: _____ 2. _____ D.O.B: _____ 3. _____ D.O.B: _____ 4. _____ D.O.B: _____	Has your child ever been in a special program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No i.e.: IE: Gate, AP, Resource, Special Day, 504, _____, etc. Is your child currently in any of these programs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Is your child a... <input type="checkbox"/> Resident of District <input type="checkbox"/> Interdistrict <input type="checkbox"/> Shared Resident
---	---

Your initials indicate your agreement with the following:  
 \_\_\_\_\_ I give my permission to receive calls and texts, using Automatic Dialing Equipment, at the phone numbers listed above.  
 \_\_\_\_\_ I authorize my child to go with and be supervised by a representative of the school on any school-sponsored field trip. In case my child becomes ill or injured, you are authorized to have my child treated, and I authorize the medical agency to render treatment. No expense involved will be paid by the school district.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b> Date Entered Denair School: _____ From (School & City): _____
---

# Denair Elementary Charter Academy

Forma de Información, y de Emergencia del Estudiante/Familia

Office Use Only	Int _____
Grade: _____	
Id Number: _____	
Date: _____	

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección De Correo: _____	Teléfono De Casa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Correo Electrónico del Estudiante: _____
Domicilio de Residencia: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Género: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa o del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa o del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico de Madre / Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

Restricciones Legales/De Corte: _____ (Copias de documentos legales de la corte deben ser incluidos) Está alguno de los padres/tutores legales en el Servicio Militar activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel de Educación de los padres: _____ <input type="checkbox"/> No se graduó de la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Asistió al colegio (tiene un cert. AA) <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Escuela universitaria de graduados/Instrucción de postgraduado
---	---

Contacto de Emergencia # 1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia # 2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia # 3: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

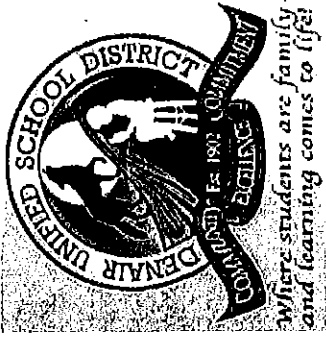
Lista de los niños / hermanos que viven en el hogar: 1. _____ Fecha De Nacimiento: _____ 2. _____ Fecha De Nacimiento: _____ 3. _____ Fecha De Nacimiento: _____ 4. _____ Fecha De Nacimiento: _____	¿Su hijo alguna vez estuvo en un programa especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No i.e.: IE: Gate, AP, Resource, Special Day, 504, _____, etc. ¿Actualmente esta su hijo en estos programas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Es el hijo de un <input type="checkbox"/> Residente del Distrito <input type="checkbox"/> Residente afuera del Distrito <input type="checkbox"/> Residencia compartida
--	--

Sus iniciales indican su acuerdo con lo siguiente:  
 \_\_\_\_\_ Doy mi permiso para que me envíen llamadas o mensajes de texto, usando Equipo Automatizado, a los números indicados anteriormente.  
 \_\_\_\_\_ Doy me autorización para que mi hijo participe de cualquier paseo escolar y sea acompañado y supervisado por un representante del personal docente. En caso que se enferme o lastime, ustedes están autorizados para atenderlo, y yo autorizo a la agencia médica para que le preste el tratamiento necesario. Ningún gasto que esto ocasiona será cubierto por el distrito escolar.

Firma de Madre / Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b> Date Entered Denair School: _____ From (School & City): _____
---





# HOME LANGUAGE SURVEY

Name of Student: Surname / Last Name \_\_\_\_\_ First Given Name \_\_\_\_\_ Second Given Name \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

The California Education Code requires schools to determine the language(s) spoken at home by each student. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students.

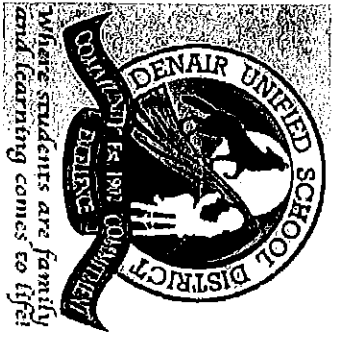
Your cooperation in helping us meet this important requirement is requested. Please answer the following questions and have your son/daughter return this form to his/her teacher or the school office. Thank you for your help.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? \_\_\_\_\_
2. Which language does your child most frequently speak at home? \_\_\_\_\_
3. Which language do you use most frequently to speak to your child? \_\_\_\_\_
4. Which language is spoken most often by adults in the home? \_\_\_\_\_
5. Name the birthplace of your child if other than the U.S.A. \_\_\_\_\_
6. In what year did your child first enter public school in the U.S.A.? \_\_\_\_\_

### PERMISSION TO TEST

If this Home Language Survey indicates that your child speaks a language other than English, the California Education Code requires an assessment of his/her language proficiency. Your child will be tested within thirty (30) school days of enrollment. You will receive a notification of the status when available

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año/Grado: \_\_\_\_\_

El Código de Educación del estado de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Se solicita su cooperación para cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo/a devuelva esta forma a su profesor/a o a la oficina de la escuela. Gracias por su ayuda.

1. Cuando su hijo/a empezó a hablar, ¿cuál idioma aprendió primero? \_\_\_\_\_
2. Cuando su hijo/a conversa en la casa, ¿en cuál idioma habla? \_\_\_\_\_
3. Cuando conversa con su hijo/a, ¿en cuál idioma habla Ud. con más frecuencia? \_\_\_\_\_
4. ¿En cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? \_\_\_\_\_
5. Nombre del lugar de nacimiento de su hijo/a si es fuera de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_
6. ¿En qué año entró su hijo/a por primera vez a una escuela pública en Los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EXAMINAR

Si esta encuesta indica que su hijo/a habla otro idioma que no sea inglés, el Código de Educación de California requiere una evaluación de su dominio del inglés. A su hijo/a se le hará una examen dentro de los primeros treinta (30) días hábiles de haber sido matriculado/a. Usted recibirá una notificación de los resultados en cuanto estén disponibles.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# STUDENT INFORMATION – ETHNICITY

*In accordance with State and Federal laws that require race and ethnicity data collection.*

Student Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## ETHNICITY

Mark the ethnicity with which the student most closely identifies.

- Hispanic/Latino** – A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

## PRIMARY RACE

Mark the race with which the student most closely identifies.

- American Indian or Alaskan Native** - A person having origins in any of the original people of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.

**Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chinese      | <input type="checkbox"/> Japanese    |
| <input type="checkbox"/> Korean       | <input type="checkbox"/> Vietnamese  |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Laotian     |
| <input type="checkbox"/> Cambodian    | <input type="checkbox"/> Hmong       |
| <input type="checkbox"/> Filipino     | <input type="checkbox"/> Other Asian |

**Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hawaiian               | <input type="checkbox"/> Guamanian |
| <input type="checkbox"/> Samoan                 | <input type="checkbox"/> Tahitian  |
| <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |                                    |

- Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.

- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Mark any additional race with which the student most closely identifies.

- American Indian or Alaskan Native** - A person having origins in any of the original people of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.

**Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chinese      | <input type="checkbox"/> Japanese    |
| <input type="checkbox"/> Korean       | <input type="checkbox"/> Vietnamese  |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Laotian     |
| <input type="checkbox"/> Cambodian    | <input type="checkbox"/> Hmong       |
| <input type="checkbox"/> Filipino     | <input type="checkbox"/> Other Asian |

**Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hawaiian               | <input type="checkbox"/> Guamanian |
| <input type="checkbox"/> Samoan                 | <input type="checkbox"/> Tahitian  |
| <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |                                    |

- Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.

- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

*If Ethnicity and Race are not chosen, your child will be identified as "two or more races" by the California Department of Education.*

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE – ETNICIDAD

De acuerdo con las leyes Estatales y Federales que requieren la recopilación de datos de raza y grupo étnico.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### GRUPO ÉTNICO

Marque el grupo étnico con el cual el estudiante se identifica más

- Hispano /Latino** – Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de América del Sur o América Central, o de cualquier otra cultura Hispana sin importar el origen de su raza.
- No Hispano /Latino**

### RAZA PRIMARIA

Marque la raza con la cual el estudiante se identifica más

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona descendiente de cualquier persona originaria del Norte o Sur de América (incluyendo América Central), y la cual mantiene una afiliación o vínculo de tribu o comunidad.

**Asiático** – Una persona descendiente de cualquier persona originaria del Lejano Oriente, Sureste de Asia, o el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chino          | <input type="checkbox"/> Japonés       |
| <input type="checkbox"/> Coreano        | <input type="checkbox"/> Vietnamés     |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Laosiano      |
| <input type="checkbox"/> Camboyano      | <input type="checkbox"/> Hmong         |
| <input type="checkbox"/> Filipino       | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |

**Isleño del Pacífico** - Una persona descendiente de cualquier persona originaria de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hawaiano                 | <input type="checkbox"/> Guamo     |
| <input type="checkbox"/> Samoano                  | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |                                    |

- Negro o Afro Americano** – Una persona descendiente de cualquier grupo racial Negro de África.

- Blanco** - Una persona descendiente de cualquier persona originaria de Europa, Medio Este, o África del Norte.

Marque la raza adicional con la cual el estudiante se identifica más

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona descendiente de cualquier persona originaria del Norte o Sur de América (incluyendo América Central), y la cual mantiene una afiliación o vínculo de tribu o comunidad.

**Asiático** – Una persona descendiente de cualquier persona originaria del Lejano Oriente, Sureste de Asia, o el subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Cambodia, China, India, Japón Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chino          | <input type="checkbox"/> Japonés       |
| <input type="checkbox"/> Coreano        | <input type="checkbox"/> Vietnamés     |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Laosiano      |
| <input type="checkbox"/> Camboyano      | <input type="checkbox"/> Hmong         |
| <input type="checkbox"/> Filipino       | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |

**Isleño del Pacífico** - Una persona descendiente de cualquier persona originaria de Hawai, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hawaiano                 | <input type="checkbox"/> Guamo     |
| <input type="checkbox"/> Samoano                  | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |                                    |

- Negro o Afro Americano** – Una persona descendiente de cualquier grupo racial Negro de África.

- Blanco** - Una persona descendiente de cualquier persona originaria de Europa, Medio Este, o África del Norte.

Si el Grupo Étnico y la Raza no son seleccionados por usted, su niño sera identificado como "dos o más razas" por el Departamento de Educación de California.

**Denair Elementary Charter Academy**  
STUDENT HEALTH INVENTORY

Name \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex: Male / Female  
                     Last                      First                      Middle

**BIRTH HISTORY**

Was the mother under medical care during the prenatal period? Yes / No  
 Were there any problems during pregnancy? Yes / No  
 Did mother take any medications or illegal drugs during pregnancy? Yes / No

If so, explain \_\_\_\_\_

Normal birth? Yes / No    Was child full term? Yes / No    If premature, how many months? \_\_\_\_\_ Birth Weight? \_\_\_\_\_

List any difficulties with pregnancy / birth? \_\_\_\_\_

When did child(estimate):    Sit alone? \_\_\_\_\_    Walk alone? \_\_\_\_\_    Talk? \_\_\_\_\_    Toilet Train? \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY**

Comments	Any other serious illnesses, injuries, or hospitalizations
Fevers over 103° _____	_____
Heart Disease _____	_____
Kidney Disease _____	_____
Diabetes _____	_____
Convulsion/Seizures _____	_____
Head Injury _____	_____
Bone/Joint Problems _____	_____
Ear Problems _____	_____
Eye Problems _____	_____
Skin Problems _____	_____
Asthma _____	_____
Allergy (if so, to what) _____	_____
Behavior Problems _____	_____
Speech Problems _____	_____

**FAMILY HISTORY**

Has any family member (sisters, brothers, aunts, uncles, grandparents, mother, father) had any of the following?

Convulsions / Epilepsy _____	Inherited Diseases _____
Diabetes _____	Mental Retardation _____
Slow Learner _____	Alcohol / Drug Abuse _____

**CURRENT HEALTH STATUS**

Does your child have any current health problems? Yes / No  
 Medical Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 Your child is under the care of what doctor for this problem? Name: \_\_\_\_\_  
 Is your child limited to physical activity /PE? Yes/No If so, what: \_\_\_\_\_  
 Is your child on any prescribed medications? Yes/No If so, what: \_\_\_\_\_  
 Date of last physical exam: \_\_\_\_\_  
 Name of family doctor: \_\_\_\_\_  
 Insurance Status: Medi-Cal / Private Insurance / Other: \_\_\_\_\_

If there is any change in your child's health which affects her/his ability to participate in school, or if she/he is placed on a long term medication, (Ed Code No 49423) it is the parent's responsibility to notify the school.  
 Please request forms as needed, from the school office, if either situation exists.

Signature of person completing form: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Parent    \_\_\_\_\_ Guardian    \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

**Denair Elementary Charter Academy**  
**INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino  
Apellido      Primer Nombre      Segundo Nombre

**HISTORIAL MEDICO**

¿Estuvo la madre bajo cuidado prenatal durante el embarazo?      Sí / No  
 ¿Tuvo algún problema durante el embarazo?      Sí / No  
 ¿Tomó la madre algún medicamento o usó alguna droga ilegal durante el embarazo?      Sí / No  
 Si fue así, explique \_\_\_\_\_

¿Fue Parto Normal? Sí / No    De tiempo completo? Sí / No    Si fue prematuro, de cuantos meses \_\_\_\_\_    ¿Su peso al nacer? \_\_\_\_\_

Explique cualquier dificultad presentada con el embarazo / parto? \_\_\_\_\_

A que edad (calcule): ¿Se sentó solo? \_\_\_\_\_ ¿Caminó solo? \_\_\_\_\_ ¿Empezó a hablar? \_\_\_\_\_ ¿Aprendió a usar el baño? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Comentarios	Cualquier otra enfermedad seria, lastimadura, hospitalización
_____ Fiebres de más de 103°	_____
_____ Enfermedad del Corazón	_____
_____ Enfermedad de los Ríñones	_____
_____ Diabetes	_____
_____ Convulsiones /Ataques	_____
_____ Heridas en la Cabeza	_____
_____ Problemas de los Huesos / Coyunturas	_____
_____ Problemas de los Oídos	_____
_____ Problemas de los Ojos	_____
_____ Problemas de la Piel	_____
_____ Asma	_____
_____ Alergias (si es así, ¿a qué?)	_____
_____ Problemas de Conducta	_____
_____ Problemas del Habla	_____

**HISTORIAL FAMILIAR**

Algún miembro de la familia (hermanos/as, tíos/as, abuelitos, madre, padre) ha padecido algo de lo siguiente:

_____ Convulsiones / Epilepsia	_____ Enfermedad Hereditaria
_____ Diabetes	_____ Retardación Mental
_____ Lento para Aprender	_____ Alcohol / Abuso de Drogas

**ESTADO DE SALUD ACTUAL**

¿Tiene su niño algún problema de salud actualmente?    Sí / No  
 ¿Cuál fue el diagnóstico Médico?: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué doctor está tratando a su niño para este problema?    Nombre: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta limitado su niño de actividades físicas /Educación Física (PE)?    Sí / No. Si es así, de qué \_\_\_\_\_  
 ¿Está su niño tomando algún medicamento prescrito por el médico?    Sí / No. Si es así, cómo se llama? \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor de la familia: \_\_\_\_\_  
 Clase de seguro médico:    Medi-Cal / Seguro Privado / Otro: \_\_\_\_\_

Si hay algún cambio en la salud de su hijo el cual afecte su habilidad de participar en la escuela, o si es puesto en algún medicamento por un tiempo prolongado, (Código de Ed No. 49423) es su responsabilidad notificar a la escuela. Por favor pida las formas requeridas en nuestra oficina, si existe cualquiera de las dos situaciones.

Firma de la Persona que Completó esta Forma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre      Guardián      Otro;

## Oral Health Assessment Form

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

### Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown		

### Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>_____ <i>Licensed Dental Professional Signature</i></span> <span>_____ <i>CA License Number</i></span> <span>_____ <i>Date</i></span> </div>			

### Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

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

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

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.  
My child's dental insurance plan is:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Other \_\_\_\_\_     None
- I cannot afford a dental check-up for my child.
- I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: \_\_\_\_\_

If asking to be excused from this requirement: ►

\_\_\_\_\_  
*Signature of parent or guardian*

\_\_\_\_\_  
*Date*

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

**Return this form to the school no later than May 31** of your child's first school year.

*Original to be kept in child's school record.*

## 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

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

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			Número de matrícula de CA
			Fecha

### 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

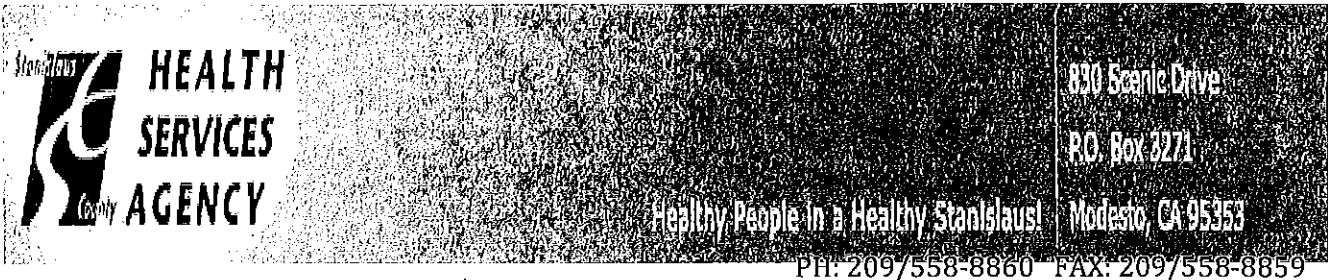
Fecha

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.*





Dear Parent or Guardian:

State law requires that all children must have a physical checkup within 18 months prior, or 90 days after entering first grade.

The health checkup may be performed by your family physician or managed-care provider, the Public Health Clinic, or by other CHDP Program providers. Your child may qualify for a CHDP school entrance examination at no cost to you if your family meets state income guidelines and the examination is done by a CHDP provider.

When you take your child for the exam, please take the attached state-approved school entry health certificate with you. It must be signed by the health examiner and returned to the school to verify that the exam was completed.

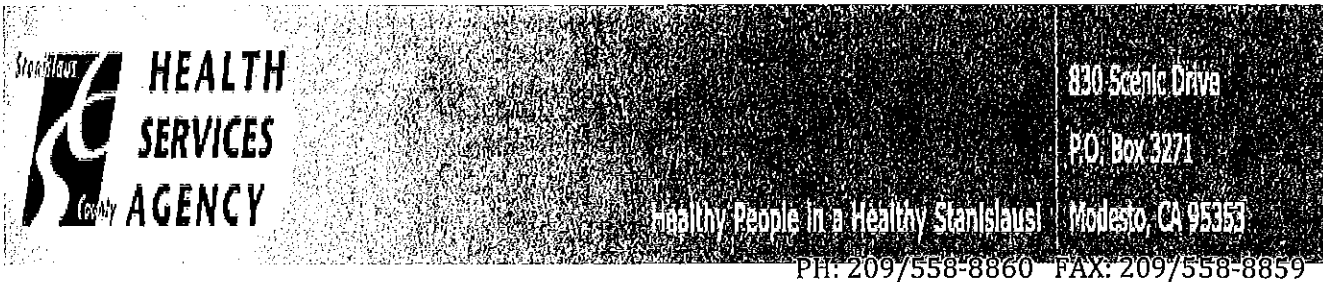
If you do not want your child to have the exam, you must sign a waiver to this effect. A waiver form may be picked up at your child's school.

For further information on obtaining this exam, please call the Child Health and Disability Prevention Program at 558-8860.

#### ATTACHMENTS

Stanislaus Urgent-Care Family Practice Residency Program Public Health Services Health Education Services Indigent Health Care Program  
Stanislaus County/Blue Cross of California Medi-Cal Program Ceres Medical Office Empire Medical Office Family Practice Center  
Hughson Medical Office McHenry Medical Office Medical Arts Building MOMobile Oakdale Prenatal & Woman's Health Services Turlock Medical Offices

Leading the Way to a Healthy Community



Estimados Padres o Guardianes:

La ley del Estado requiere que todos los niños reciban un examen físico dentro de 18 meses antes de entrar a primer grado o hasta 90 días después de entrar a primer grado.

El examen puede ser hecho por su doctor primario o doctor de *Managed Care*, la Clínica en el Departamento de Salud, o cualquier otro proveedor del programa CHDP. Su niño puede calificar para un examen de salud gratis para entrar a primer grado, si conforma con los requisitos del estado para familias de bajos ingresos y la reexaminación es hecha por un proveedor de CHDP.

Cuando lleve a su niño para el examen, favor de llevar consigo la forma que va incluida. Esta debe ser firmada por el doctor que hace el examen y devuelta a la escuela para verificar que el examen fue completo.

Si no quiere que su niño obtenga el examen, debe firmar una forma de renuncia voluntaria. Esta forma la puede obtener en la oficina de la escuela que atiende su niño.

Para más información acerca de como obtener este examen tan importante, favor de llamar al Programa de Salud para Prevención de Incapacidades (CHDP) al teléfono 558-8860.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

## REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

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

### PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

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

ADDRESS—Number, Street: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP code: \_\_\_\_\_ SCHOOL: \_\_\_\_\_

### PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

#### HEALTH EXAMINATION

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

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
Tuberculin Test (Mantoux/PPD)	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

#### IMMUNIZATION RECORD

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

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

### PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and

### RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

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

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

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

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

Signature of parent or guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name, address, and telephone number of health examiner \_\_\_\_\_

Signature of health examiner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

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

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

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año: \_\_\_\_\_

DOMICILIO—Número y Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

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

### EXAMEN DE SALUD

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

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

### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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

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

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTp/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELA (Viruela las locas)					
OTRA					
OTRA					

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

### 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)

### 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 \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador \_\_\_\_\_

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 Jóvenes (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)