

___ Matrícula Kindergarten

___ Matrícula Kindergarten
de Transición

**MATRÍCULA PARA KINDER DE TRANSICIÓN (TK) / KINDERGARTEN
2019-2020**

El 1° de marzo del 2019, el Distrito Escolar de Oak Grove comienza el periodo de matrícula para los niños que entran a kindergarten y kindergarten de transición (TK) en agosto del 2019. Los niños nacidos el 1° de septiembre del 2014 o antes se pueden matricular en nuestro programa de kindergarten. **LOS NIÑOS NACIDOS ENTRE EL 2 DE SEPTIEMBRE DEL 2014 Y EL 2 DE DICIEMBRE DEL 2014 PUEDEN MATRICULARSE EN EL PROGRAMA DE KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN DEL DISTRITO DE OAK GROVE.**

LOS PADRES/TUTORES DEBEN PRESENTAR LA INFORMACIÓN SIGUIENTE EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA MATRÍCULA. (Use esta carta como guía a medida que va reuniendo la información)

- ___ 1. Verificación de la edad (una de las pruebas siguientes):
- Copia certificada de la fe de nacimiento.
 - Verificación de nacimiento original del registrador del condado (no se aceptan los formularios del hospital).
 - Pasaporte.
- ___ 2. Verificación del domicilio (una de las pruebas siguientes):
- Recibo del teléfono, de la electricidad, del agua, etc.
 - Contrato de alquiler de la vivienda (*rent*).
 - Certificación de residencia. Si la propiedad no es suya ni tampoco está alquilando la propiedad, pero usted vive con alguien, entonces el propietario de la vivienda debe ir con usted a la oficina de la escuela con un documento que verifique su domicilio ("a" o "b"). Usted y el propietario de la vivienda deben firmar una declaración jurada de residencia delante del personal de la oficina de la escuela.
- ___ 3. Verificación del médico del mes y año de las vacunas siguientes:
- Poliomielitis (polio)** (OPV o IPV) **4 dosis**, pero 3 dosis son aceptables si la última dosis se administró después de los 4 años.
 - DPT: (5 dosis)** pero se aceptan 4 dosis si la última se administró después de los 4 años.
 - Difteria
 - Tétano
 - Tos ferina (*pertussis*)
 - MMR (2 dosis)** La primera dosis se debe administrar en el primer año de edad o después.
 - Sarampión
 - Paperas
 - Rubéola
 - Hepatitis B (3 dosis)**
 - Varicela (chicken pox) (2 dosis)** A partir del primer año de edad o después.
 - Formulario de evaluación de riesgo de tuberculosis para la Escuela del Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara** completado por el pediatra dentro de los **12 meses** antes de matricularse en la escuela.
- ___ 4. Revisión médica completa (efectuada después del 1° de marzo del 2019).
- ___ 5. Revisión dental (efectuada después del 1° de agosto del 2018)

NOTA: LA LEY EXIGE que todos los niños se hagan una revisión médica completa dentro de un plazo de 18 meses antes de comenzar primer grado. Las normas del distrito exigen que su hijo se haga una revisión médica completa en un plazo que no exceda los seis meses anteriores al comienzo de kindergarten (**después del 1° de marzo del 2019**). Hemos incluido un formulario para el informe del médico con los materiales para hacer la matrícula. La mayoría de los médicos prefieren realizar la revisión médica cuando actualizan las vacunas.

El plazo de matrícula para kindergarten comenzará el 1° de marzo del 2019. Los padres de los niños de kindergarten de transición también tendrán que llenar una solicitud de kindergarten de transición y deberán entregarla en las oficinas del distrito. Para más información, póngase en contacto con la oficina del Distrito Escolar de Oak Grove, al 408-227-8300, ext.100208.

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 sera archivado por la escuela en forma confidencial.

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

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

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 Sangre para el plomo	/ / /
Otra	/ / /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

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

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (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
Firma del examinador de salud	Fecha

***de ser indicado**

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



6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119, Phone: (408) 227-8300, Fax: (408) 629-7183

Estimados Padres o Tutores:

La ley de California exige que su hijo/a tenga una revisión dental en kindergarten o en primer grado, en su primer año en la escuela. El Distrito Escolar de Oak Grove requiere esta revisión dental **antes** de entrar a kindergarten. Se aceptarán las revisiones dentales del niño/a hasta 12 meses antes de ingresar en la escuela. La ley especifica que este examen dental debe realizarlo un dentista licenciado y otro profesional licenciado o registrado de salud dental.

Lleve la evaluación de salud dental/petición de exención a la consulta del dentista, ya que lo necesitarán para la revisión del niño/a. Si no pueden llevar a su hijo/a a esta revisión obligatoria, por favor indique cuál es la razón en la sección 3 del formulario.

Las entidades enumeradas a continuación le ayudarán a encontrar un dentista para hacer la revisión:

1. Llamando al teléfono gratuito de Medi-Cal/Denti-Cal al **1-800-322-6384** o visitando el sitio web www.denti-cal.ca.gov puede averiguar donde encontrar un dentista que acepte Denti-Cal.
2. Llamando al teléfono gratuito de Healthy Families al **1-800-880-5305** o visitando el sitio web <http://www.benefitscal.com/> puede ayudarle a encontrar un dentista que acepte seguro dental de Healthy Families.
3. Healthy Kids es otro programa de seguro dental de bajo costo para el quizá reúna los requisitos. Para averiguar si su hijo/a se puede beneficiar de alguno de estos programas o de Healthy Kids, llamen al número gratuito **1-800-821-5437**.

Recuerden que su hijo/a no está sano ni está listo para la escuela si su salud dental no es buena. A continuación les presentamos consejos importantes para preservar la buena salud del niño/a:

- Lleve a su hijo/ al dentista al menos dos veces al año.
- Elija alimentos sanos para toda la familia. Los alimentos frescos suelen ser los más sanos.
- Cepillarse los dientes al menos dos veces al día con pasta dental que contenga flúor.
- Limite el consumo de dulces y bebidas edulcoradas como el ponche o las bebidas gaseosas. Las bebidas edulcoradas y los dulces contienen mucho azúcar, que produce caries y reemplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo/a. Estos alimentos dulces también contribuyen a problemas de sobrepeso, que pueden acabar en diabetes. Cuantos menos dulces y bebidas edulcoradas ¡mejor!

Los dientes de bebé son muy importantes, y no son sólo dientes que se van a caer. Los niños los necesitan para comer bien, hablar, sonreír y sentirse bien consigo mismos. Los niños con caries pueden tener problemas para comer, pueden dejar de sonreír y pueden tener problemas para prestar atención y aprender en la escuela. La caries es una infección que no se cura y que puede ser dolorosa si no se trata. Los niños se pueden poner enfermos, necesitar tratamiento urgente y sus dientes permanentes pueden quedar dañados.

Hay muchos factores que contribuyen al progreso y al éxito de los niños en la escuela, incluyendo la salud. Los niños deben de estar sanos para poder aprender, y si tienen caries no lo están. La caries se puede prevenir, pero afecta a más niños que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene alguna pregunta sobre este nuevo requisito de salud dental, pueden llamar a las enfermeras del distrito Lindsey (408-227-8300 ext. 300267) o Marailee (408-227-8300 ext. 300266).

04-2153 Dental Letter (Span) – Revised 2-2018

José L. Manzo, Superintendent
Board of Trustees: Jacquelyn Adams, Carolyn Bauer, Dennis Hawkins, John Mackey, Mary Noel
An Equal Opportunity/Affirmative Action Employer

Our mission . . . “to ensure that every child’s potential is achieved.”

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California exige que su hijo/a tenga una revisión dental en kindergarten o en primer grado, en su primer año en la escuela. El Distrito Escolar de Oak Grove requiere esta revisión dental **antes** de entrar a kindergarten. Se aceptarán las revisiones dentales del niño/a hasta 12 meses antes de ingresar en la escuela. La ley especifica que este examen dental debe realizarlo un dentista licenciado y otro profesional licenciado o registrado de salud dental.

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]

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female School: _____
Last, First month/day/year

Address _____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

**Santa Clara County Public Health Department
 TB Risk Assessment for School Entry**

This form must be completed by a licensed health professional and returned to the child's school.

- 1. Was your child born in Africa, Asia, Latin America, or Eastern Europe? Yes No
- 2. Has your child traveled to a country with a high TB rate* (for more than a week)? Yes No
- 3. Has your child been exposed to anyone with tuberculosis (TB) disease? Yes No
- 4. Has a family member or someone your child has been in contact with had a positive TB test or received medications for TB? Yes No
- 5. Was a parent, household member or someone your child has been in close contact with, born in or traveled to a country with a high TB rate?* Yes No
- 6. Has another risk factor for TB (i.e. one of those listed on the back of this page)? Yes No

* This includes countries in Africa, Asia, Latin America or Eastern Europe. For travel, the risk of TB exposure is higher if a child stayed with friends or family members for a cumulative total of 1 week or more.

If YES, to any of the above, the child has an increased risk of TB infection and should have a TST/ IGRA.

All children with a positive TST/IGRA result must have a medical evaluation, including a chest X-ray. Treatment for latent TB infection should be initiated if the chest X-ray is normal and there are no signs of active TB. If testing was done, please attach or enter results below.

Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date given: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Chest X-Ray (required with positive TST or IGRA) Date: _____	Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal finding
<input type="checkbox"/> LTBI treatment (Rx & start date): _____	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____
<input type="checkbox"/> Contraindications to INH or rifampin for LTBI	<input type="checkbox"/> Offered but refused LTBI treatment

Providers, please check one of the boxes below and sign:	
<input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, none of the above or other risk factors for TB and does not require a TB test.	
<input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.	
_____	_____
Health Provider Signature, Title	Date

Name/Title of Health Provider:
 Facility/Address:
 Phone number:

Fax number:

Información sobre Tuberculosis e infección de Tuberculosis Latente

¿Qué es la tuberculosis?

La tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria que se transmite por el aire de una persona a otra. Aunque más a menudo la tuberculosis afecta los pulmones, puede llegar a afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, huesos, riñones y el cerebro. La tuberculosis puede convertirse en una enfermedad muy seria y llegar a ser fatal. Por fortuna, se puede prevenir, tratar y curar.

¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?

Los síntomas de la tuberculosis pueden incluir fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos y fatiga. Si la tuberculosis afecta los pulmones, los síntomas pueden incluir una tos que dura más de 2 o 3 semanas, sangre al toser y dolor en el pecho. Si usted tiene alguno de estos síntomas, necesita ir a un doctor.

¿Es la tuberculosis un problema en el Condado de Santa Clara?

Sí. Nuestro condado tiene el tercer número más alto de casos en California. Los condados de Los Ángeles y San Diego ocupan el primero y segundo lugar respectivamente. La incidencia de tuberculosis en el Condado de Santa Clara es 3 veces mayor que a nivel nacional. Se calcula que el 8.5% de los residentes de nuestro condado tienen una infección de tuberculosis latente, no obstante, la mayoría no lo sabe.

¿A quiénes afecta la tuberculosis en el Condado de Santa Clara?

La tuberculosis puede infectar a cualquier persona que vive, trabaja o respira en contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa e infecciosa, sin importar edad, sexo o nivel socioeconómico. En este condado, más del 90% de los pacientes con tuberculosis son personas que nacieron fuera de los Estados Unidos, pero que en su mayor parte han vivido en este país durante más de 5 años. En el Condado de Santa Clara, la mayoría de casos se encuentran en personas nacidas en Vietnam, Filipinas e India.

¿Cómo se contagia la tuberculosis?

La bacteria que causa tuberculosis se transmite entre personas a través del aire, cuando alguien con tuberculosis en los pulmones o la garganta tose, estornuda o habla. Las personas que estén cercas se pueden infectar al respirar la bacteria, sobre todo si están en contacto cercano o prolongado. Cuando alguien es infectado pero no presenta síntomas o señas de tuberculosis activa, se dice que tiene una infección de tuberculosis latente.

¿Cuál es la diferencia entre la infección de tuberculosis latente y tuberculosis activa?

Cuando alguien tiene en su cuerpo la bacteria que causa tuberculosis, pero su cuerpo evita que la bacteria se desarrolle, no tiene síntomas ni señas de la enfermedad. A esto se le llama infección de tuberculosis latente y no se contagia a otras personas.

Cuando el cuerpo ya no puede evitar que la bacteria se desarrolle, esta se multiplica y causa la enfermedad. Las personas con infección de tuberculosis latente pueden llegar a sufrir tuberculosis activa semanas o muchos años después de haber sido infectadas. Las personas con tuberculosis activa en sus pulmones o garganta se enferman y pueden contagiar a los demás. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa es más alto en personas cuyo sistema inmune está debilitado.

Una persona debe hacerse la prueba para detectar tuberculosis latente si...

- Estuvo en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene tuberculosis en los pulmones o la garganta.
- Nació en un país con un nivel alto de tuberculosis (países que no son Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, o de Europa Occidental y del Norte).
- Sufre de una enfermedad que le pone en más riesgo de contraer tuberculosis, como VIH, diabetes, enfermedad terminal de los riñones; cáncer de cabeza, cuello o pulmones, leucemia, linfoma o silicosis; tiene antecedente de gastrectomía o desviación gástrica; o su peso es muy bajo.
- Usa medicamentos que debilitan su sistema inmune (quimioterapia, medicamentos para evitar rechazo de trasplante, inhibidores TNF alfa, esteroides orales equivalentes a 15mg de prednisona o más tomados por lo menos durante un mes.
- Se ha inyectado drogas ilegales.
- Fuma
- Ha trabajado o permanecido en un asilo, albergue, cárcel, u otro lugar con un grupo de personas; ha trabajado en un centro de atención médica.

¿Cómo sé si tengo la infección de tuberculosis latente?

Para saber si usted tiene la bacteria de tuberculosis, hay una prueba que se aplica en la piel (TST o PPD), y otra que consiste en un análisis de sangre (Quantiferon o T-spot).

Si la prueba resulta positiva, es probable que usted tenga la bacteria de la tuberculosis en su cuerpo. La mayoría de las personas cuyas pruebas de tuberculosis (en la piel o de sangre), son positivas, tienen la infección de tuberculosis latente. Para confirmar que no tiene tuberculosis activa, su doctor le hará un examen y ordenará una radiografía de los pulmones. A veces, es necesario hacer otras pruebas para determinar si alguien tiene tuberculosis latente o activa.

¿Y si alguien recibió la vacuna contra la tuberculosis (BCG)?

La vacuna contra la tuberculosis (BCG), puede ayudar a prevenir que niños pequeños se enfermen seriamente de tuberculosis. Pero esta protección se va perdiendo al aumentar la edad. Una persona que ha sido vacunada aún puede llegar a tener tuberculosis latente o tuberculosis activa. Alguien que recibió la vacuna tiene la opción de hacerse la prueba de sangre o en la piel. Aunque tiene la opción de hacerse cualquiera de las dos pruebas, es mejor que se haga la de sangre, ya que a esta prueba no la afecta el hecho de haber recibido la vacuna; lo que significa que su resultado solo será positivo si tiene la bacteria de tuberculosis en el cuerpo.

¿Cuál es el tratamiento para una infección de tuberculosis latente?

Una infección de tuberculosis latente se puede tratar con medicamento para prevenir que se convierta en tuberculosis activa. Usualmente el tratamiento consiste en tomar un medicamento llamado isoniazid (INH), diariamente durante 9 meses. Hay un nuevo tratamiento que consiste en isoniazid y rifapentine, tomados una vez por semana durante 3 meses.

¿Por qué debo tomar medicamento aun si no me siento enfermo?

Si usted tiene una infección de tuberculosis latente, significa que aunque no esté enfermo, la bacteria radica en su cuerpo. Si no toma el tratamiento para tuberculosis latente, después podría llegar a tener la enfermedad activa. Es importante que tome el tratamiento completo para que este sea efectivo y la bacteria no desarrolle resistencia. En pacientes que toman el medicamento como se indica, el riesgo de sufrir tuberculosis activa se reduce en más de 90%.

Para más información sobre la tuberculosis, vea <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm> o acuda al Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara.



FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

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

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

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

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

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

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

Asma Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento _____

Limitaciones físicas _____
 Equipo especializado necesario en casa
 Equipo especializado necesario en la escuela

Otras condiciones _____

Diabetes Tipo I Tipo II

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo/a actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

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

Firma de los padres/tutor legal _____

Fecha _____

For Office Use Only:

Doctor's orders completed including parent and physician signatures.

Diabetic Supplies

Snacks

Signed Diabetic Orders for School indicating parent review

Original to Cum

Faxed to District Nurse 408-225-3752

Health Assistant

Teacher



OAK GROVE

SCHOOL DISTRICT

6578 Santa Teresa Boulevard, San Jose, CA 95119 408 227-8300 Fax 408-227-2719

Student's Name _____ Teacher _____

EMERGENCY INFORMATION *(This will be used if the Emergency Card is not available)*

If I cannot be reached, I authorize the school to contact the person listed below. I further authorize the school to release the student to the person listed below.

Name: _____ Phone: _____

I also give my consent for emergency medical or dental treatment, including transportation to the nearest emergency aid facility, if I or the person listed above cannot be reached.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA *(Esta información será usada si la Tarjeta de Emergencia no está disponible)*

Si no pueden comunicarse conmigo, autorizo que la escuela se comunique con la persona cuyo nombre aparece abajo. Además, autorizo a la escuela a entregar al/a estudiante a la persona anotada abajo.

Nombre: _____ Teléfono: _____

También doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico o dental incluyendo transportación al lugar médico más cercano si no se pueden poner en contacto conmigo o con la persona cuyo nombre aparece anotado arriba..

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

CHI TIẾT VỀ SỰ KHẨN CẤP LIÊN QUAN ĐẾN HỌC SINH *(Chi tiết này sẽ được dùng nếu không có Thẻ Khẩn Cấp)*

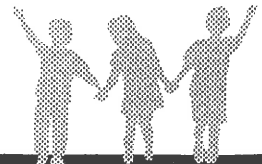
Trong trường hợp nhà trường không liên lạc được với chúng tôi, chúng tôi cho phép nhà trường liên lạc với người có tên dưới đây. Ngoài ra, chúng tôi cũng cho phép nhà trường được quyền giao con em tôi cho người có tên dưới đây.

Tên: _____ Điện thoại: _____

Chúng tôi cũng đồng ý cho nhà trường đưa con em tôi đến phòng cấp cứu gần nhất để chữa bệnh hay chữa răng nếu nhà trường không liên lạc được với người có tên nêu trên.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ _____ Ngày _____

Attachment to forms 2339, 2347, 2348



Our mission . . . "to ensure that every child's potential is achieved."