

USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)*

Student Last Name *Apellido del estudiante* _____ First Name *Nombre* _____ Middle Name *Segundo Nombre* _____

Birthdate *Fecha del nacimiento* _____ Gender *Genero* M F _____ Grade *Grado* _____ Main Phone # *teléfono principal* _____

Residence Address *Dirección de residencia* _____ City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

Mailing Address *Dirección de envío* _____ City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED *INFORMACIÓN DE LA ESCUELA QUE ATENDIO ANTERIORMENTE*

School name *Nombre de escuela* _____ Address *Dirección* _____

City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ ZIP *código postal* _____

School Phone *Teléfono de la escuela* _____ School Fax *Escuela Fax* _____

SPECIAL SERVICES *Servicios especiales*
 What special services has your child received?
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo?

<input type="checkbox"/> Resource (RSP) <i>Recurso (RSP)</i>	<input type="checkbox"/> Gifted (GATE) <i>Dotado (GATE)</i>
<input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <i>Clase de Día Especial (SDC)</i>	<input type="checkbox"/> Intervention (reading/math) <i>Intervención (Leyendo/mates)</i>
<input type="checkbox"/> Speech/Language <i>Habla / Lenguaje</i>	<input type="checkbox"/> Counseling <i>Asesoramiento</i>
<input type="checkbox"/> IEP or 504 <i>IEP o 504</i>	<input type="checkbox"/> EL development <i>Desarrollo del idioma inglés</i>
	<input type="checkbox"/> Attended CUESD Preschool <i>Asistió a CUESD Preescolar</i>

ETHNICITY with which the student most closely identifies
ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica

Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race
Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza

Not Hispanic or Latino
No hispano o Latino

RACE RAZA: Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Seleccione hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*
 (Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)

Chinese (201) *Chino*

Japanese (202) *Japonés*

Korean (203) *Coreano*

Vietnamese (204) *Vietnamita*

Asian Indian (205) *Asiático Indio*

Laotian (206) *Laosiano*

Cambodian (207) *Camboyano*

Hmong (208) *Hmong*

Other Asian (299) *Otro Asiático*

Hawaiian (301) *Hawaiano*

Guamanian (302) *Guamanio*

Samoan (303) *Samoano*

Tahitian (304) *Tahitiano*

Other Pacific Islander (399) *Otros Isleño del pacifico*

African American or Black (600) *Afroamericano o negro*

White (700) *Blanco*
 (Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? *¿en el hogar de los estudiantes, se hablan otros idiomas aparte del inglés?*

YES *SÍ*

NO *NO*

If YES, what language and what family members?
Si es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?

PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / Tutor

 Mother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Father/Guardian (Last, first) *Padre/Tutor (Apellido, Nombre)*

 Mother/Guardian Residence *Residencia de la madre/tutor*

 Father/Guardian Residence *Residencia del padre/tutor*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mother/Guardian email *Correo electrónico de la madre/tutor*

 Father/Guardian email *Correo electrónico del padre/tutor*

 Mother/Guardian primary phone *Telefono principal de la madre/tutor*

 Father/Guardian primary phone *Telefono principal del padre/tutor*

 Mother/Guardian Employer *Empleador de la madre/tutor*

 Father/Guardian Employer *Empleador del padre/tutor*

 Mother/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo de la madre/tutor*

 Father/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo del padre/tutor*

WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE? *¿Con qué adultos vive el estudiante?* Shared custody *Custodia compartida*
 Father *Padre* Mother *Madre* Step-father *Padrastra* Step-mother *Madrastra* Guardian *Tutor* Other *Otro*

EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, seleccione el nivel educativo apropiado para el padre/tutor a continuación:*

- Non high school graduate *No graduado de preparatoria*
- High school graduate *Graduado de preparatoria*
- Some college (includes AA) *Un poco de Universidad (incl. AA)*
- College graduate *Graduado de la Universidad*
- Post-Grad/Higher *Escuela de posgrado/formación post grado*
- Decline to state *Declinar declara*

LEGAL ALERT ALERTA LEGAL

YES SÍ Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*

NO NO

Restraining order *Orden de restricción* **IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**

Custody order *Orden de custodia*

Adoption *Adopción*

Name change *Cambio de nombre*

Other *Otro* _____

EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: _____
 FECHA EFECTIVA: _____

MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty? YES NO
¿Esta el padre/tutor en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo? SÍ NO

I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.

Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y el comunicado para volver a las escuelas públicas.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

 Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*

 Date *Fecha*

OFFICE USE ONLY: Date Entered _____ Teacher _____ Grade _____ Bus Stop AM _____ Bus Stop PM _____
 Birth Verification: Birth cert/other _____ Shots confirmed YES NO Kinder dental YES NO 1st grade physical YES NO Lunch app YES NO
 INTRADISTRICT YES NO School _____ INTERDISTRICT YES NO School _____ ID# _____

STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Vivienda Estudiantil

CASCADE UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
1645 WEST MILL, ANDERSON, CA 96007
530-378-7000



Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.

Por favor haga una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Por favor devuelva a la oficina de registro de la escuela dentro de 14 días.

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>	
School <i>Escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>

Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435. *Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible a recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.*

- 1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?**
¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?
YES *SÍ* NO *NO*
- 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?**
¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?
YES *SÍ* NO *NO*
- 3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?**
¿Está este estudiante en una colocación temporaria de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?
YES *SÍ* NO *NO*
- 4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?**
Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?
YES *SÍ* NO *NO*

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Name <i>Nombre</i>	School <i>Escuela</i>

If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.

Si contestó Sí a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.

Where is this student currently living? ¿Dónde vive el alumno actualmente?

- In a motel *En un motel*
- In a shelter *En un albergue*
- With more than one family in a house or apartment *Con más de una familia en una casa o apartamento*
- Moving from place to place *Moviéndose de un lugar a otro*
- In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite
En un lugar no diseñado para dormir como un coche, parque o acampando.
- Traditional housing (through community agency) *Vivienda tradicional (a través de una agencia de la comunidad)*
- Awaiting Foster Care Placement *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o* Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o* Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth) *Nombre impreso del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)* Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)* Date *Fecha*

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE



EMERGENCY CONTACT INFORMATION *Información de Contacto en Caso Emergencia*

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

<input type="radio"/> ANDERSON HEIGHTS	<input type="radio"/> MEADOW LANE	<input type="radio"/> ANDERSON MIDDLE	<input type="radio"/> NORTH STATE ASPIRE ACADEMY
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--

Student Last Name *Apellido del estudiante* _____ First Name *Nombre* _____ Middle *Segundo Nombre* _____ Birthdate *Fecha del nacimiento* _____

M F
 Gender *Genero* _____ Main Phone *Teléfono principal* _____ Teacher *Maestro* _____ Grade *Grado* _____

Student's Physical Street Address *Dirección de residencia* _____ City *Ciudad* _____ Zip Code *Código postal* _____

Student's Mailing Address *Dirección de envío* _____ City *Ciudad* _____ Zip Code *Código postal* _____

Interpreter Needed for [language] *Necesita un Intérprete [idioma]* Preferred interpreter name/phone *Teléfono o nombre de intérprete preferido* _____

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la información de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS *PADRES/GUARDIANES*

Child lives with Father Mother Other
Niño vive con *Padre* *Madre* *Otro* _____

Parent/Guardian Name *Nombre del Padre/Tutor* _____ Parent/Guardian Name *Nombre de la Madre/Tutor* _____

Relationship *Relación* _____ Birthdate *Fecha del nacimiento* _____ Relationship *Relación* _____ Birthdate *Fecha del nacimiento* _____

Address *Dirección* _____ Address *Dirección* _____

City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ Zip *Código postal* _____ City *Ciudad* _____ State *Estado* _____ Zip *Código postal* _____

Place of Employment *Lugar de empleo* _____ Place of Employment *Lugar de empleo* _____

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular* _____ Work/Cell Phone *Trabajo/Celular* _____

Email address *Dirección de correo electrónico* _____ Email address *Dirección de correo electrónico* _____

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below.
En caso de no llegar a contactar a los padres, se da permiso para dejar ir al estudiante con las personas que se enumeran a continuación.

Name *Nombre* _____ Relationship *Relación* _____ Main Phone *Telefono principal* _____ Work/Cell *Trabajo/Celular* _____

Name *Nombre* _____ Relationship *Relación* _____ Main Phone *Telefono principal* _____ Work/Cell *Trabajo/Celular* _____

Name *Nombre* _____ Relationship *Relación* _____ Main Phone *Telefono principal* _____ Work/Cell *Trabajo/Celular* _____

Name *Nombre* _____ Relationship *Relación* _____ Main Phone *Telefono principal* _____ Work/Cell *Trabajo/Celular* _____

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:
 Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre Address Dirección Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre	Gender Genero	Birthdate Fecha de nacimiento	School Escuela

STUDENT'S HEALTH CONDITIONS CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

- Asthma Asma Epilepsy Epilepsia Diabetes Diabetes Heart Condition Problemas Cardiacos Seizures Convulsiones
- Allergy, foods alergia, alimentos
- Allergy, other than food Alergia, distintos a los alimentos Operation, serious injury, or illness operación, lesión grave o enfermedad
- Other otros _____

Details Mas detalles: _____

- YES Sí NO NO Does your child take medication regularly? If so, what kind? _____
 ¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿de qué clase? _____
- YES Sí NO NO Does your child have a speech problem? If so, explain. _____
 ¿Su hijo tiene un problema de habla? Si es así, explique. _____
- YES Sí NO NO Does your child have an ear problem? If so, explain. _____
 ¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique. _____
- YES Sí NO NO Does your child have a physical handicap? If so, explain. _____
 ¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique. _____
- YES Sí NO NO Does your child have an eye problem? If so, explain. _____
 ¿Su hijo tiene un problema de ojos? Si es así, explique. _____

Doctor Médico Phone Teléfono Dentist Dentista Phone Teléfono Hospital Preference Hospital de preferencia

Medical Insurance Company/Group Policy # Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.
 Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transporte para tratamiento médico de emergencia.

PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. POR FAVOR, SELECCIONE UNA CAJA Y FIRME ABAJO.

I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: _____
 NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo debido a sus creencias religiosas personales. Explicar: _____

I hereby authorize the staff of the Cascade Union Elementary School District to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.
 Por la presente autorizo al personal del distrito escolar primario de Cascade de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y doy mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo al personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad de servicios para mi hijo en la escuela de las actividades relacionadas.

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.
 Según horarios del nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán un chequeo de la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y el habla. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, el chequeo de su hijo será sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature Firma del Padre/Tutor Date Fecha

Speech & Language Screening Form

Formulario de evaluación del Habla y el Lenguaje

Good speech and language skills are prerequisites to successfully learning to read and write. Speech and language services are available to all eligible school-aged children, at no charge, through their school districts. Every parent enrolling a student in our district is asked to complete this form. Based on the information you give, our staff will contact you if the need for further observation and/or assessment is indicated.

Buenas habilidades de habla y el lenguaje son prerequisites para aprender a leer y escribir con éxito. Servicios del habla y del lenguaje están disponibles para todos los niños en edad escolar, sin ningún costo, a través de sus distritos. A todos los padres inscribiendo a un estudiante en nuestro distrito se le pide que complete este formulario. Basado en la información que dan, nuestro personal lo contactará si se indica la necesidad de mayor observación y evaluación.

Student's Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	School <i>Escuela</i>	
			YES <i>SÍ</i>	NO <i>NO</i>
1. Does your child hear you when you call from another room? <i>¿Su hijo lo escucha cuando lo llama desde otra habitación?</i>				
2. Does your child answer simple questions? <i>¿Su hijo responde preguntas sencillas?</i>				
3. Can your child tell about his/her activities? <i>¿Puede su hijo relatar acerca de sus actividades?</i>				
4. Do you understand what your child says? <i>¿Entiende lo que dice su hijo?</i>				
5. Do others understand what your child says? <i>¿Otros entienden lo que dice su hijo?</i>				
6. Can your child use sentences of 5-6 or more words in length? <i>¿Puede su hijo usar oraciones de 5-6 o más palabras de longitud?</i>				
7. Can your child put words together in meaningful sentences? <i>¿Puede su hijo juntar palabras en oraciones significativas?</i>				
8. Does your child communicate easily around familiar people? <i>¿Su hijo se comunica fácilmente alrededor de familiares?</i>				
9. Does your child understand most of what is said at home or at school? <i>¿Su niño entiende más de lo que se dice en casa o en la escuela?</i>				
10. Can your child follow complex directions, such as "Put the cup on the table & bring me the spoon"? <i>¿Puede el niño seguir instrucciones complejas, como "Poner la taza sobre la mesa y tráeme la cuchara"?</i>				
11. Can your child pay attention to a story and answer simple questions about it? <i>¿Su hijo atención a una historia y contesta preguntas sencillas sobre la historia?</i>				
12. Do playmates notice or have difficulty understanding your child? <i>¿Los compañeros de juego le comunican o tienen dificultad para entender a su hijo?</i>				
13. Does your child use details in sentences (such as "I have two, red balls at home")? <i>¿Su hijo usa detalles en frases (como "yo tengo dos, rojo bolas en casa")?</i>				
14. Can your child re-tell a familiar short story and stick pretty much to the topic? <i>¿Puede su hijo relatar a un familiar un cuento y apegarse a lo mucho del tema?</i>				
15. Can your child carry on a conversation with other children or familiar grown-ups? <i>¿Puede su hijo mantener una conversación con otros niños o familiares mayores?</i>				
16. Does your child talk easily without stuttering? <i>¿Su hijo habla fácilmente sin tartamudear?</i>				
17. Does your child's voice frequently sound hoarse or "scratchy"? <i>¿La voz de su hijo con frecuencia suena ronca o rasposa?</i>				

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	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
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)					
DtaP/DTP/DT/Td (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 (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

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.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

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)

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 111 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 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	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/PTd (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					
VARICELA (Viruela(s) 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 (PH 171 B), formularlo que se consigue en la escuela de su niño(a).
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp*