

DISTRITO ESCOLAR DE EVERGREEN

3188 Quimby Road
San Jose, CA 95148

REQUISITOS PARA MATRICULARSE EN EL KINDERGARTEN DE TRANSICIÓN DEL 2020-2021 2020-2021 REGISTRATION REQUIREMENTS FOR TRANSITIONAL KINDERGARTEN

- El niño/a que cumplan 5 años de edad entre el 2 de Septiembre al 2 de Diciembre (del año en curso).
- Los padres y el niño(a) deben de residir en el Distrito Escolar de Evergreen.
ATENCIÓN: Los documentos para registrarse tienen que incluir comprobante de domicilio (Ver la forma D-90G - La Declaración de Juramento sobre la Verificación de Domicilio)
- Debe de presentar el acta de nacimiento sellada o algún otro documento legal que muestre la fecha de nacimiento (Pasaporte)
- Debe presentar constancia de que todas las vacunas están al día. Si no la inscripción estará incompleta.

En California las escuelas imponen la póliza de “no vacunas, no escuela”. Asegúrese de que la tarjeta de vacunas tenga el sello y la fecha (mes y año) en que su niño(a) recibió cada dosis de las vacunas requeridas. Si no tiene la tarjeta de vacunas, póngase en contacto con su doctor o una clínica. Si no tiene verificación de vacunas antes del primer día de clases al niño(a) NO SE LE PERMITIRA asistir a la escuela.

- Tener comprobante de que en los 12 meses anteriores a la entrada de la escuela recibió la vacuna de la tuberculosis o IGRA análisis de sangre.
- Se requiere que los estudiantes que están en kinder tengan un examen dental antes del 31 de mayo de ese año escolar. Las evaluaciones dentales realizadas en los últimos 12 meses antes de la entrada a la escuela también cumplen con este requisito.
- Cada niño(a) debe recibir un examen médico 18 meses antes de entrar al primer año escolar ó 90 días después de entrar, cada niño(a) debe de haber tenido un examen médico. Los exámenes médicos deben de hacerse antes de Marzo (del año en curso).

VACUNAS REQUERIDAS

Polio	4	dosis	Tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis cumplen con el requisito si se administró una dosis en el cuarto año de edad o después.
DPT/TD	5	dosis	Cuatro dosis de DTap cumplen con el requisito si se administró al menos una dosis en el cuarto año de edad o después.
MMR (Sarampión Paperas, Rubéola)	2	dosis	Debe de administrarse para el primer año de edad o después. El niño(a) puede entrar al kindergarten si recibió la primera dosis de MMR y va a recibir la segunda de 1 a 3 meses después.
Evaluación de la prueba			Todos los estudiantes que ingresan a la escuela por primera vez (TK o Kindergarten) o que se transfieren al Condado de Santa Clara DEBEN presentar pruebas por escrito de que se les realizó una Prueba cutánea de tuberculosis (TST / Mantoux / PPD) en los Estados Unidos dentro de los 12 meses posteriores a la inscripción O a un Papá Noel Formulario de evaluación de riesgos del condado de Clara firmado por un médico o clínica. El TST debe incluir la fecha dada, la fecha leída y los resultados de la prueba con la firma del médico o la clínica; O una prueba de sangre IGRA con resultados.
Hepatitis B	3	dosis	
Varicela (Chickenpox)	2	dosis	2 dosis de vacuna contra la varicela O documentación firmada por el médico de inmunidad médica permanente.

MATRICULACION UBICACION Y FORMULARIOS

Se hará todo lo posible para ubicar a nuevos estudiantes en la escuela de su domicilio. Sin embargo, el distrito no puede garantizar dicha ubicación y se reserva el derecho de reubicar dichos estudiantes en otras escuelas dentro del Distrito de Evergreen en caso necesario cuando se llega a la capacidad de matriculación en nivel de grado. Si su niño va a asistir a otra escuela para el Kindergarten de Transición, cuando entre al Kindergarten, el niño va a regresar a la escuela que le corresponde.

Puede llevar a la escuela que le corresponde los documentos para matricular a su niño(a). Si no sabe cuál es la escuela que le corresponde, por favor llame al 270-6800.



Distrito Escolar Evergreen

ATENCIÓN:

A continuación se encuentra información importante sobre la asignación de sus hijos ...

Las primeras dos semanas de clases siempre son algo estresantes ya que tenemos que confirmar el número de estudiantes que tengamos y finalizar el arreglo de las clases. Es posible que se agreguen o que se eliminen unas clases, o también que se haga una combinación de clases. Por lo tanto, es también posible que algunos estudiantes tengan que cambiar de clase o que se les cambie a otra escuela del Distrito Escolar Evergreen. ***Los padres deben tomar en cuenta que las asignaciones de clase y de escuela de sus hijos se pueden cambiar durante las primeras dos semanas.*** En el caso de que sea necesario cambiar las asignaciones de sus hijos se les notificará a ustedes. Gracias por su paciencia y comprensión, pues estamos haciendo todo lo posible por hacer que este proceso se haga de la mejor forma para los estudiantes.

Por favor, firme aquí para mostrar que usted ha leído el texto de arriba:

El nombre del estudiante

Fecha de Nacimiento

Firma del padre de familia/tutor

CUESTIONARIO PARA MATRICULAR AL ESTUDIANTE

GRADO _____

PUPIL REGISTRATION QUESTIONNAIRE

Distrito Escolar de Evergreen
3188 Quimby Road, San Jose, CA 95148 (408) 270-6800

Nota: Los padres y los estudiantes deben residir en el area del Distrito Escolar de Evergreen. El paquete de matriculación debe incluir copia del acta de nacimiento, vacunas y prueba de domicilio. En caso de que no haya cupo, el estudiante puede ser transferido a otra escuela para el resto del año escolar.

SOLO PARA USO DE LA ESCUELA:

Teacher _____ Room Number _____ Student Number _____

Received Date: _____ Time _____ Verification: BC _____ PP _____ Other Specify _____

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE :

Fecha de Matriculación _____
(Registration Date)

Nombre del Estudiante _____ Nombre Preferido (opcional) _____
(Student Name)

Domicilio _____ Apt. # _____ Fecha de Nacimiento _____
(Home Address) (Birth Date)

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ País de Nacimiento _____
(City) (State) (Zip) (Birth Country)

Teléfono de casa () _____ Sexo _____ Género preferido _____ Fecha de Entrada (si no es el de los EE.UU.) _____
(Home Phone) (Sex) (Preferred Gender) (Date of Entry - if other than U.S.)

Estudiante vive con: Madre Padre Otro Pariente o Tutor (Por favor muestre papeles de custodia)
(Student lives with.) (Mother) (Father) [Other Relative or Guardian (Please attach custodial papers)]

MADRE O TUTOR LEGAL

(MOTHER OR LEGAL GUARDIAN) _____ Nombre (First) Segundo Nombre (Middle) Apellido (Last)

Domicilio (Si es diferente) _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
(Address, if different) (City) (State) (Zip)

Teléfono de Casa () _____ Teléfono del Trabajo () _____ Teléfono del Celular () _____
(Home Phone) (Work Phone) (Cell Phone)

Recibe Correo? _____ Recibe Calificaciones? _____ Correo Electrónico: _____
(Receive Mail?) (Receive Grades?) (Email Address)

Nombre del Empleador _____ Domicilio: _____
(Employer Name) (Address)

Teléfono del Empleador () _____ ext. _____ Horas de Trabajo _____ a _____
(Employer Phone) (Work Hours) (to)

PADRE O TUTOR LEGAL

(FATHER OR LEGAL GUARDIAN) _____ Nombre (First) Segundo Nombre (Middle) Apellido (Last)

Domicilio (Si es diferente) _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____
(Address, if different) (City) (State) (Zip)

Teléfono de Casa () _____ Teléfono del Trabajo () _____ Teléfono del Celular () _____
(Home Phone) (Work Phone) (Cell Phone)

Recibe Correo? _____ Recibe calificaciones? _____ Correo Electrónico: _____
(Receive Mail?) (Receive Grades?) (Email Address)

Nombre del Empleador _____ Domicilio: _____
(Employer Name) (Address)

Teléfono del Empleador () _____ ext. _____ Horas de Trabajo _____ a _____
(Employer Phone) (Work Hours) (to)

Información de los Padres. (Por favor marque el nivel de educación de los padres)
(Parent Information)

Clave	Madre	Padre	Nivel de Educación	Clave	Madre	Padre	Nivel de Educación
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No graduado de la preparatoria	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Graduado de Universidad (incluye BA, BS)
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Graduado de la preparatoria	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maestría/Internado de Post graduado (incluye MA, PhD)
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algo de Universidad (incluye AA)				

Otro niños en la familia que viven en el hogar del estudiante:
(Other children in family living at home with the student:

Nombre (Name)	Fecha de Nacimiento (Birthdate)	Masculino/Femenino (Male/Female)	Nombre (Name)	Fecha de Nacimiento (Birthdate)	Masculino/Femenino (Male/Female)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Etnicidad (por favor marque uno)

La etnicidad del estudiante es Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, del sur o America central, o de otra cultura u origen español sin importar la raza)
 No hispano o latino

Raza (por favor marque hasta cinco categorías raciales)

Esta pregunta es acerca de la raza, no etnicidad. No importa que haya seleccionado arriba por etnicidad, por favor marque abajo una o más cajas (lo máximo cinco cajas) que indiquen lo que usted considera ser su raza..

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Persons having origins in any of the original people of North, Central, or South America)	<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro (600)	<input type="checkbox"/> Blanco (700) (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa, or the Middle East)
<input type="checkbox"/> Chino (201)	<input type="checkbox"/> Laotiano (206)	<input type="checkbox"/> Guamaniano (302)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)	<input type="checkbox"/> Camboyano (207)	<input type="checkbox"/> Samoano (303)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)	<input type="checkbox"/> Hmong (208)	<input type="checkbox"/> Tahitiano (304)
<input type="checkbox"/> Vietnamita (204)	<input type="checkbox"/> Otros Asiáticos (299)	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico (399)
<input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Nativo deHawaii (301)	<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American (400)

E.U.A./Escuela/s en Calif.
Grado(s) matriculado

Grado y Fecha matriculado por primera vez en una escuela de los Estados Unidos (Date and Grade first enrolled in a school in the United States)	Fecha _____	Grado _____	_____
Fecha y grado primero matriculado en una escuela de California (Date and Grade first enrolled in a California School)	Fecha _____	Grado _____	
Grado y Fecha matriculado por primera vez en El Distrito Escolar de Evergreen (Date and Grade first enrolled in Evergreen School District)	Fecha _____	Grado _____	

Ultima Escuela a la que asistió _____ Domicilio _____
(Last School Attended) (Address)

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono _____
(City) (State) (Zip) (Phone)

Estudiante ha sido reprobado o esta en riesgo de reprobado Si (Yes) No (No) Si, cuál Grado? _____
(Student has been retained or recommended for retention) (If Yes, which Grade?)

Estudiante está en el programa de Educación Especial/504: RSP (RSP) SDC (SDC) Discurso (Speech) 504 Otro (Other)

Residencia – Dónde está viviendo su familia actualmente? (Mandada por la ley federal NCLB) (por favor marque una)

<input type="checkbox"/> Viviendo solos en un domicilio permanente (casa,apartamento, condo, casa movable)	<input type="checkbox"/> En un hotel o motel (09)
<input type="checkbox"/> Acompañados (Compartiendo casa con otras familias/individuos, debido a la crisis económica (11)	<input type="checkbox"/> Sin albergue (carro/campamento) (12)
<input type="checkbox"/> En un albergue o en un programa de vivienda temporal (10)	<input type="checkbox"/> Otro (15) (Por favor especifique)

Se hará todo lo posible para ubicar a nuevos estudiantes en la escuela de su domicilio. Sin embargo, el distrito no puede garantizar dicha ubicación y se reserva el derecho de reubicar dichos estudiantes en otras escuelas dentro del Distrito de Evergreen en caso necesario cuando se llega a la capacidad de matriculación en nivel de grado. Cualquier estudiante que se desbordó a una escuela que no sea de su escuela de residencia, con la excepción de los estudiantes de Kindergarten de transición, se proporcionará transporte desde su escuela de residencia y parte posterior. Los estudiantes desbordados y los estudiantes de Kindergarten Transición regresarán a su escuela de residencia el siguiente año escolar.

Se me ha informado que se van a pedir los archivos escolares de mi hijo de la escuela a que asistía y que tengo el derecho de revisar y recibir copias de estos y el derecho de apelar el contenido de los archivos.

Firma del Padre o Tutor _____
(Parent/Guardian Signature)

Fecha _____
(Date)

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT

Emergency Information

(Información de Emergencia)
(Thông tin khẩn cấp)

Student ID # _____

Entered _____

Transferred _____

Check (Checar)

If New Information (Si Nueva Información) (Đánh dấu nếu là thông tin mới)

Male (Masculino) (Nam) Female (Femenino) (Nữ)

Student's Name _____
(Nombre del Niño[a]) (Tên Học Sinh)

Birthdate _____
(Fecha de Nacimiento) (Ngày Sinh)

Grade _____
(Grado) (Lớp)

Home Room _____ Teacher _____
(Número del Salón) (Phòng Số) (Maestro) (Giáo viên)

Parent/Guardian _____
(Padres/Guardián) (Phụ huynh/Người giám hộ)

Residence Address _____
(Domicilio) (Địa Chỉ Nhà)

Apt. # _____
(Căn hộ)

Zip Code _____
(Zona Postal)

Home Phone _____
(Teléfono de casa) (Điện Thoại Nhà)

Mailing Address _____
(Dirección de Correo) (Địa chỉ gửi thư)

Apt. # _____
(Căn hộ)

Zip Code _____
(Zona Postal)

Is phone number blocked? Y N
(Número de teléfono está bloqueado?)
(Số điện thoại có bị chặn không?)

Father's Name _____ Work Phone _____
(Padre o tutor legal Nombre) (Cha hoặc người giám hộ hợp pháp) (Teléfono del Trabajo) (Điện Thoại Chỗ Làm)

Cell Phone _____
(Teléfono del Celular) (Điện Thoại Di Động)

Email Address _____
(Correo (Electrónico) (Địa Chỉ Email)

Mother's Name _____ Work Phone _____
(Madre o tutor legal Nombre) (Mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) (Teléfono del Trabajo) (Điện Thoại Chỗ Làm)

Cell Phone _____
(Teléfono del Celular) (Điện Thoại Di Động)

Email Address _____
(Correo (Electrónico) (Địa Chỉ Email)

IF YOU CANNOT BE REACHED, LIST FOUR PERSONS WHO WILL BE AVAILABLE IN CASE OF EMERGENCY

SI USTED NO PUEDE SER ALCANZADO, LISTA CUATRO PERSONAS QUE ESTARÁN DISPONIBLES EN CASO DE EMERGENCIA
NẾU KHÔNG LIÊN LẠC ĐƯỢC VỚI QUÝ VỊ, GHI TÊN BỐN NGƯỜI SẼ CÓ THỂ SẴN SÀNG TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Name (Nombre) (Tên)	Relationship (Relación) (mối quan hệ)	First Phone Number (Primier Numero de Telefono) (Số Điện Thoại Đầu Tiên)	Second Phone Number (Segundo Numero de Telefono) (Số Điện Thoại Thứ Hai)
1.			
2.			
3.			
4.			

Doctor _____ Phone _____
(Nombre del Doctor) (Tên Bác Sĩ) (Teléfono) (Điện Thoại)

Dentist _____ Phone _____
(Nombre del Dentista) (Tên Nha Sĩ) (Teléfono) (Điện Thoại)

Health Problems/Allergies (Problemas de Salud/Condiciones especiales o preocupaciones) (Vấn đề sức khỏe/Dị ứng)

Please list other children living in your home who attend this school

(Otro niños en la familia que viven en el hogar del estudiante) (Trẻ em khác trong gia đình sống cùng nhà với học sinh)

I also authorize the school to administer first aid to my child if necessary.

(También autorizo a la escuela a administrar primeros auxilios a mi hijo si es necesario.) (Tôi cũng ủy quyền cho nhà trường quản lý sơ cứu cho con tôi nếu cần thiết.)

Parent/Guardian Signature _____
(Firma del Padre/Tutor) (Chữ Ký Phụ Huynh/Người Giám Hộ)

Date _____
(Fecha) (Ngày)

THE EMERGENCY INFORMATION ABOVE MUST BE COMPLETED
UNLESS YOUR STUDENT'S PARENT PORTAL INFORMATION HAS BEEN COMPLETED
(LA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEBE SER COMPLETADO
POR ENCIMA A MENOS QUE LOS PADRES del ESTUDIANTE INFORMACIÓN DEL PORTAL SE HA COMPLETADO)
(CÁC THÔNG TIN KHẨN CẤP TRÊN PHẢI ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TRỪ KHI NHỮNG THÔNG TIN CỦA CHA MẸ HỌC SINH ĐÃ ĐƯỢC HOÀN THÀNH)



Evergreen Elementary School District

Declaración Legal de Verificación de Domicilio

Escuela de Residencia		
Nombre del niño(a)	Grado Actual	Fecha de Nacimiento

Estudiante(s) vive con: (Por favor circúle) **Los dos padres** **Madre** **Padre** **Tutor** **Cuidador**

Padre/s Padrastro/Tutor/Cuidador (Por favor circule)	Madre/Madrastra/Tutor/Cuidador (Por favor circule)
Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal

Por favor lea y escriba sus iniciales en cada declaración

Inicial	
	Estudiantes que estan en su residencia principal y se encuentren dentro de los límites del distrito se proporcionara los servicios dentro del Distrito de Evergreen. La escuela designada de asistencia se basa en la residencia primaria del estudiante. Si la asistencia del estudiante es incapaz de adaptarse en el momento de la inscripción, el estudiante puede ser desbordado dentro de los diez días de escuela para otra escuela dentro del distrito para el resto del año escolar.
	El Distrito Escolar de Evergreen investigará activamente todos los casos cuando se tiene razón de creer que la información que se ha proporcionado en los documentos del Distrito es falsa y se verificará por medio de visitas a la casa.
	En casos donde intencionalmente se ha proporcionado información falsa el Distrito puede referirlos al fiscal del Distrito del Condado de Santa Clara para tomar acción adicional y/o demandar acción civil para recuperar los daños conraidos a consecuencia de proporcionar información falsa.
	Personas que proporcionan información falsa en un documento del Distrito estan sujetos a proceso criminal por perjurio el cual es castigado con una multa y/o tiempo de encarcelamiento hasta de cuatro años en prision estatal. (Fam.Code Sec.6552;Pen. Code Sec. 118 & 126)
	Personas que proporcionan información falsa en una declarción legal (affidavit) tambien estan sujetos a responsabilidad civil por fraude, misrepresentación negligente, y negligencia. A estas personas que se les encuentra civilmente responsables, se les puede pedir que paguen todos los daños causados al Distrito como consecuencia de proporcionar información falsa asi como daños punitivos. (Civ. Code Sec. 1709)
	Personas que inducen, obtienen o de otra manera solicitan a otra persona dar información falsa en una declación legal (affidavit) estan sujetos al mismo proceso criminal, multas y encarcelamiento como la persona que esta directamente cometiendo el perjurio. (Pen. Code Sec 127)
	Investigaciones que revelan que estudiantes fueron matriculados dando información falsa, dará inicio a una acción inmediata del Distrito para quitar al estudiante de la escuela/distrito

Declaro que lo escrito anteriormente es correcto y verdadero. De acuerdo con los requisitos del Distrito, he anexado los documentos requeridos como prueba de domicilio para matriculación.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



EVERGREEN ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Información sobre la Salud

Health Information

Nombre del Niño(a) <small>Child's Name</small>	GRADO	Fecha de Nacimiento <small>Birth Date</small>
Escuela <small>School</small>		

Estimado Padre/Tutor:

Por favor llene este formulario y regréselo a la oficina de la escuela lo más pronto posible. Esto nos proporcionará información valiosa para actualizar el expediente de salud de su niño(a).

Información Sobre el Nacimiento

Duración del embarazo (en meses):
Condición del bebe al nacer:
Algún problema despues de nacido?
Ha tenido su niño(a) alguna enfermedad grave, accidentes u hospitalizaciones?

Historial Clínico

Su niño(a) padecen de lo siguiente (por favor indique lo que aplica)?

Alergias a medicinas (Por favor especifique) <small>Drug Allergies</small>	Alergias a alimentos (Por favor especifique) <small>Food Allergies Insect Stings</small>	EPIPEN <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias ambientales (Por favor especifique) <small>Environmental Allergies</small>	Picaduras de inectos (Por favor especifique)	
Asma <small>Asthma</small>	Resfrios frecuentes <small>Frequent colds</small>	Problemas del Corazón <small>Heart problems</small>
Falta de atención <small>Attention Deficit</small>	Infecciones del oido frecuentes <small>Frequent ear infections</small>	Dificultades con el oir <small>Hearing difficulties</small>
Diabetes <small>Diabetes</small>	Dolores de cabeza frecuentes <small>Frequent headaches</small>	Problemas de la vista <small>Vision problems</small>
Epilepsia <small>Epilepsy</small>	Hemorragias nasales frecuentes <small>Frequent nosebleeds</small>	Usa lentes <small>ears glasses</small>
Desmayos <small>Fainting spells</small>	Dolor de garganta frecuente <small>Frequent sore throats</small>	

Información de Medicamento/Tratamiento (Por favor indique lo que aplica)

Mi niño(a) no esta en tratamiento o medicamento continuo en casa.	
Mi niño(a) esta en tratamiento o medicamento continuo en casa (llene la siguiente información)	
Nombre de Medicina(s): <small>Name of Medication(s)</small>	
Condición Médico: <small>Medical Condition</small>	
Dosis: <small>Dosage</small>	Hora(s) Administradas: <small>Time(s) Given</small>
Requiere medicina en la escuela? <small>Medicine Required at School?</small> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicinas administradas durante horas de clase deben de tener una forma archivada y firmada por el padre y el doctor con la medicina escrita (se tiene que renovar cada año)

Proveedor del Seguro Médico:

Indique si no tiene Seguro Médico

Por favor especifique cualquier otro problema de salud/emocional de que debemos estar enterados:

Firma del Padre/Tutor

Fecha

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	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 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/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferinal] 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 _____

*de ser indicado

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.dhcsa.ca.gov/services/chdp

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT

IMMUNIZATION RESOURCES

IMMUNIZATION SERVICES

LOW COST OR FREE CHILDHOOD IMMUNIZATIONS

<p>MAR MONTE COMMUNITY CLINIC 2470 Alvin Ave., #60 San Jose, CA 95121 (408) 274-7100</p> <p>Located in the eastside of the Professional Center. Corner of Alvin Ave. and Burnette.</p>	<p>INDIAN HEALTH CENTER SILVER CREEK 1642 E Capitol Expy San Jose, CA 95121 (408) 445-3400 X200</p> <p>Located on the corner of Capitol Expy and Silver Creek Road</p>	<p>FOOTHILL COMMUNITY HEALTH CENTER 2880 Story Rd. San Jose, CA 95127 (408) 729-9700</p> <p>Cross streets are E. Capitol Expy and S. White Rd.</p>
---	---	---

- If possible, take your child to your regular doctor for shots.
- It is advised to call for an immunization appointment. Walk-in immunization services are based on space availability only.
- All children under 18 must have a parent or legal guardian with them for each immunization visit.
- Remember to bring your child's immunization record (yellow card) to the doctor/clinic.
- Immunizations and TB testing are based on a sliding scale if you do not have health insurance.

RECURSOS PARA INMUNIZACIONES (VACUNAS)

SERVICIOS PARA INMUNIZACIONES

INMUNIZACIONES PARA NIÑOS DE BAJO COSTO O GRATUITAS

<p>CLINICA COMUNITARIO MAR MONTE 2470 Alvin Ave., #60 San Jose, CA 95121 (408) 274-7100</p> <p>Se localiza en el lado este del Centro Profesional En la esquina de Alvin Ave. y Burnette.</p>	<p>INDIAN CENTRO DE SALUD 1642 E Capitol Expy San Jose, CA 95121 (408) 445-3400 X200</p> <p>Ubicado en la esquina de Capitol Expy y Silver Creek Road</p>	<p>FOOTHILL COMUNITARIO CENTRO DE SALUD 2880 Story Rd. San Jose, CA 95127 (408) 729-9700</p> <p>Cruzando la calle es E. Capitol Expy y S. White Rd.</p>
--	--	--

- Si es posible, lleve a su niño(a) a vacunar con su doctor regular.
- Se aconseja llamar para una cita de vacunación, Venir el mismo día para los servicios de inmunización se basan en la disponibilidad de espacio sólo
- Todos los niños menores de 18 años tienen que ser acompañados por el padre o tutor cuando reciben las vacunas.
- Recuerde traer en cada visita al doctor /clinica el registro de las vacunas (tarjeta amarilla).
- La vacuna y la prueba del TB son gratuitas o a bajo costo, en una escala móvil, si usted no tiene seguro de salud.

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT

Nguồn Cung Cấp Việc Chủng Ngừa

Dịch Vụ Chủng Ngừa

Chi Phí Thấp Hoặc Chủng Ngừa Miễn Phí Cho Trẻ Em

MAR MONTE COMMUNITY CLINIC 2470 Alvin Ave., #60 San Jose, CA 95121 (408) 274-7100 Không có xét nghiệm lao (PPD) vào thứ Năm Năm ở phía đông của Professional Center. Góc đường Alvin Ave. và Burnette.	INDIAN HEALTH CENTER SILVER CREEK 1642 E Capitol Expy San Jose, CA 95121 (408) 3400 X200 Nằm ở góc đường Capitol Expy Silver Creek Road	FOOTHILL COMMUNITY HEALTH CENTER 2880 Story Rd. San Jose, CA 95127 (408) 729-9700 Bên kia đường là E. Capitol Expy và S. White Rd.

- Nếu có thể, hãy đưa cháu đến bác sĩ của mình để chích ngừa.
- Nên gọi để làm một cuộc hẹn cho chích ngừa, đến mà không có hẹn sẽ tùy thuộc vào chỗ trống.
- Tất cả trẻ em dưới 18 tuổi phải đến cùng với phụ huynh hoặc người giám hộ cho mỗi lần chích ngừa.
- Nhớ mang theo hồ sơ chích ngừa (thẻ màu vàng) của con em tới bác sĩ/phòng khám.
- Chủng ngừa và thử nghiệm lao sẽ được dựa trên bản lợi tức nếu quý vị không có bảo hiểm.



Asegúrate, para el bienestar de tu familia

UN PROYECTO DE "THE CHILDREN'S PARTNERSHIP"

Inscríbese. Cuide Su Salud. Renueve Su Cobertura.
Cobertura de salud durante todo el año

Sus Opciones de Cobertura de Salud

Medi-Cal:

- ▶ Los niños—sin importar su estatus migratorio—niños de crianza, mujeres embarazadas y personas que estén legalmente en el país—incluyendo aquellos que tengan DACA—pueden ser elegibles para Medi-Cal de bajo costo o sin costo alguno.
- ▶ Medi-Cal proporciona vacunas, visitas al doctor de prevención, especialista, oculista y servicios dentales para niños y jóvenes gratis o a bajo costo.
- ▶ Inscripción al programa de Medi-Cal está disponible todo el año.

Covered California:

- ▶ Covered California es donde los residentes legales de California pueden comparar planes de salud de alta calidad y elegir el que les conviene.
- ▶ Dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia, muchos Californianos también podrían calificarán para obtener ayuda financiera.
- ▶ Inscríbese durante la Inscripción Abierta o en cualquier momento durante el año que a tenido un evento calificado de vida, como si perdió su trabajo o tuvo un bebé. Tienen 60 días del evento para inscribirse.

! Para familias inmigrantes visten: www.allinforhealth.org/familiasinmigrantes
Su información de inmigración es confidencial, protegida, y segura. Su información no se usará para fines de control de inmigración. Solo se usará para determinar la elegibilidad para cobertura médica.

Usted y su familia podrían calificar para asistencia financiera:

Tamaño de la familia	Si el ingreso familiar en 2019 es menos de...		Si el ingreso familiar en 2019 es entre...
1	\$17,237	\$33,244	\$17,237 - \$48,560
2	\$23,336	\$44,981	\$23,336 - \$65,840
3	\$29,439	\$56,738	\$29,439 - \$83,120
4	\$35,535	\$68,495	\$35,535 - \$100,400
5	\$41,635	\$80,253	\$41,635 - \$117,680
6	\$47,735	\$92,010	\$47,735 - \$134,960
	Adultos podrían calificar para Medi-Cal	Niños podrían calificar para Medi-Cal	Podría calificar para asistencia financiera en la compra de un seguro a través de Covered California

Inscríbese.

Tres maneras para inscribirse con Medi-Cal y Covered California:

- www.coveredca.com/espanol/
- 1 (800) 300-0213
- Ayuda en persona: www.coveredca.com/espanol/get-help/local/

Cuide Su Salud.

- ▶ Elija su doctor de su red medica.
- ▶ Haga sus citas anuales con su doctor para usted y su familia.
- ▶ Asegúrese de llevar a su hijo(s) al dentista.
- ▶ Si su plan lo requiere, haga su pago mensual.

Renueve Su Cobertura.

- ▶ Medi-Cal tiene que ser renovada cada año. Si recibe un aviso de renovación, se debe completar y devolver. También puede renovar en línea o por teléfono. Para obtener ayuda, póngase en contacto con su oficina local de Medi-Cal.
- ▶ Los planes de salud a través de Covered California se deben renovar cada año. La información para renovar se le enviara a finales de año o contacte a Covered California al 1 (800) 300-0213.

Para más información visite:
www.allinforhealth.org
www.allinforhealth.org/parafamilias

marzo 2019



Distrito Escolar Evergreen



USO ACEPTABLE DE LA TECNOLOGÍA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Política y Reglamentaciones de la Mesa Directiva -- BP/AR 6163.4

Padres de familia/tutores:

Les pedimos que lean y discutan con su hijo la Política de la Mesa Directiva BP 6163.4 y las Reglamentaciones Administrativas AR 6163.4, Uso de la Tecnología por Parte de los Estudiantes, con respecto al uso apropiado de la tecnología en el Distrito Escolar Evergreen. A manera de referencia, deben conservar en sus hogares la política y las reglamentaciones de la Mesa Directiva que se adjuntan.

Se espera que su hijo cumpla con la Política de la Mesa Directiva y las Reglamentaciones Administrativas sobre el Uso de la Tecnología siempre que su hijo sea un estudiante del Distrito Escolar Evergreen. La Política de la Mesa Directiva y las Reglamentaciones Administrativas incluyen expectativas con respecto a la conducta apropiada en la red, la responsabilidad personal, los usos aceptables, y los usos inaceptables. Las violaciones de estas reglas pueden tener como consecuencia la aplicación de una medida disciplinaria, incluyendo la pérdida de los privilegios del estudiante para usar los recursos de la tecnología de la información de la escuela.

Si bien hay sistemas de supervisión y monitorización en funcionamiento mientras su hijo está conectado a la red de su escuela, no podemos implementar estos recursos mientras su hijo está conectado a Internet en su hogar. Los padres de familia/tutores son responsables de conocer y de supervisar la actividad de su hijo cuando está conectado a Internet en su hogar. Para obtener más recursos e información para ayudarlo con este asunto, *A Parent's Guide to Internet Safety (Guía para padres de familia sobre la seguridad en Internet)*, editado por el Departamento de Justicia de EE. UU., está disponible en

<http://www.fbi.gov/publications/pguide/pguidee.htm>.

Los padres de familia/el tutor y el niño deben firmar esta página. la cual debe devolverse con su paquete de inscripción completo.

Mi hijo y yo reconocemos y entendemos nuestras obligaciones y consecuencias.

Firma del estudiante*

Fecha

Firma del padre de familia/tutor*

Fecha

**Las firmas del padre de familia y del estudiante indican que estos saben lo que espera el distrito del uso de la tecnología.*

Escriba el nombre del estudiante en letra imprenta en la casilla

Escuela/Número de salón

STUDENT USE OF TECHNOLOGY

The Board of Trustees intends that technological resources provided by the district be used in a safe, responsible, and proper manner in support of the instructional program and for the advancement of student learning.

The Superintendent or designee shall notify students and parents/guardians about authorized uses of district computers, user obligations and responsibilities, and consequences for unauthorized use and/or unlawful activities in accordance with district regulations and the district's Acceptable Use Agreement.

Before a student is authorized to use the district's technological resources, the student and his/her parent/guardian shall sign and return the Acceptable Use Agreement specifying user obligations and responsibilities. In that agreement, the student and his/her parent/guardian shall agree not to hold the district or any district staff responsible for the failure of any technology protection measures, violations of copyright restrictions, or user mistakes or negligence. They shall also agree to indemnify and hold harmless the district and district personnel for any damages or costs incurred.

The Superintendent or designee shall regularly review and update this policy, the accompanying administrative regulation, and other relevant procedures to enhance the safety and security of students using the district's technological resources and to help ensure that the district adapts to changing technologies and circumstances.

Use of District Computers for Online Services/Internet Access

The Superintendent or designee shall ensure that all district computers with Internet access have a technology protection measure that blocks or filters Internet access to visual depictions that are obscene, child pornography, or harmful to minors and that the operation of such measures is enforced. (20 USC 6777, 47 USC 254)

To reinforce these measures, the Superintendent or designee shall implement rules and procedures designed to restrict students' access to harmful or inappropriate matter on the Internet and to ensure that students do not engage in unauthorized or unlawful online activities. Staff shall supervise students while they are using online services and may have teacher aides, student aides, and volunteers assist in this supervision.

The Superintendent or designee also shall establish regulations to address the safety and security of students and student information when using email, chat rooms, and other forms of direct electronic communication.

STUDENT USE OF TECHNOLOGY (continued)

The Superintendent or designee shall provide age-appropriate instruction regarding safe and appropriate behavior on social networking sites, chat rooms, and other Internet services. Such instruction shall include, but not be limited to, the dangers of posting personal information online, misrepresentation by online predators, how to report inappropriate or offensive content or threats, behaviors that constitute cyberbullying, and how to respond when subjected to cyberbullying.

Legal Reference:

EDUCATION CODE

51006 *Computer education and resources*
51007 *Programs to strengthen technological skills*
51870-51874 *Education technology*
60044 *Prohibited instructional materials*

PENAL CODE

313 *Harmful matter*
502 *Computer crimes, remedies*
632 *Eavesdropping on or recording confidential communications*
653.2 *Electronic communication devices, threats to safety*

UNITED STATES CODE, TITLE 15

6501-6506 *Children's Online Privacy Protection Act*

UNITED STATES CODE, TITLE 20

6751-6777 *Enhancing Education Through Technology Act, Title II, Part D, especially:*

6777 *Internet safety*

UNITED STATES CODE, TITLE 47

254 *Universal service discounts (E-rate)*

CODE OF FEDERAL REGULATIONS, TITLE 16

312.1-312.12 *Children's Online Privacy Protection Act*

CODE OF FEDERAL REGULATIONS, TITLE 47

54.520 *Internet safety policy and technology protection measures, E-rate discounts*

STUDENT USE OF TECHNOLOGY

The principal or designee shall oversee the maintenance of each school's technological resources and may establish guidelines and limits on their use. All instructional staff shall receive a copy of this administrative regulation, the accompanying Board policy, and the district's Acceptable Use Agreement describing expectations for appropriate use of the system and shall also be provided with information about the role of staff in supervising student use of technological resources. All students using these resources shall receive instruction in their proper and appropriate use.

Teachers, administrators, and/or library media specialists shall prescreen technological resources and online sites that will be used for instructional purposes to ensure that they are appropriate for the intended purpose and the age of the students.

Online/Internet Services: User Obligations and Responsibilities

Students are authorized to use district equipment to access the Internet or other online services in accordance with Board policy, the user obligations and responsibilities specified below, and the district's Acceptable Use Agreement.

1. The student in whose name an online services account is issued is responsible for its proper use at all times. Students shall keep personal account numbers and passwords private and shall only use the account to which they have been assigned.
2. Students shall use the district's system safely, responsibly, and primarily for educational purposes.
3. Students shall not access, post, submit, publish, or display harmful or inappropriate matter that is threatening, obscene, disruptive, or sexually explicit, or that could be construed as harassment or disparagement of others based on their race/ethnicity, national origin, sex, gender, sexual orientation, age, disability, religion, or political beliefs.

Harmful matter includes matter, taken as a whole, which to the average person, applying contemporary statewide standards, appeals to the prurient interest and is matter which depicts or describes, in a patently offensive way, sexual conduct and which lacks serious literary, artistic, political, or scientific value for minors. (Penal Code 313)

4. Unless otherwise instructed by school personnel, students shall not disclose, use, or disseminate personal identification information about themselves or others when using email, chat rooms, or other forms of direct electronic communication. Students also shall be cautioned not to disclose such information by other means to individuals contacted through the Internet without the permission of their parents/guardians.

Personal information includes the student's name, address, telephone number, Social Security number, or other personally identifiable information.

STUDENT USE OF TECHNOLOGY (continued)

5. Students shall not use the system to encourage the use of drugs, alcohol, or tobacco, nor shall they promote unethical practices or any activity prohibited by law, Board policy, or administrative regulations.
6. Students shall not use the system to engage in commercial or other for-profit activities.
7. Students shall not use the system to threaten, intimidate, harass, or ridicule other students or staff.
8. Copyrighted material shall be posted online only in accordance with applicable copyright laws. Any materials utilized for research projects should be given proper credit as with any other printed source of information.
9. Students shall not intentionally upload, download, or create computer viruses and/or maliciously attempt to harm or destroy district equipment or materials or manipulate the data of any other user, including so-called "hacking."
10. Students shall not attempt to interfere with other users' ability to send or receive email, nor shall they attempt to read, delete, copy, modify, or use another individual's identity.
11. Students shall report any security problem or misuse of the services to the teacher or principal.

The district reserves the right to monitor use of the district's systems for improper use without advance notice or consent. Students shall be informed that computer files and electronic communications, including email, are not private and may be accessed by the district for the purpose of ensuring proper use.

Whenever a student is found to have violated Board policy, administrative regulation, or the district's Acceptable Use Agreement, the principal or designee may cancel or limit a student's user privileges or increase supervision of the student's use of the district's technological resources, as appropriate. Inappropriate use also may result in disciplinary action and/or legal action in accordance with law and Board policy.

Cyberbullying - Includes the posting of harassing messages, direct threats, social cruelty, or other harmful text or images on the Internet, social networking sites, or other digital technologies, as well as breaking into another person's account and assuming that person's identity in order to damage that person's reputation or friendships.

STUDENT USE OF TECHNOLOGY (continued)

Filtering - District has the right, to the extent required by law, to place reasonable restrictions on the material accessed or posted through the system.

Media Publishing - All published media must follow district guidelines and is subject to review.

Plagiarism - Students will not plagiarize works. Plagiarism is taking the ideas or writings of others and presenting them as if they were their own.

Copyright Infringement - Students will respect the rights of copyright owners. Copyright infringement occurs when a work, software, music, video, etc. that is protected by a copyright is inappropriately reproduced. Students should ask their teacher and request permission from the copyright owner if they are unsure whether or not they can use a work.

Services - The district makes no guarantee that the functions of the services provided by or through the district system will be error-free or without defect. The district will not be responsible for any damage suffered, including but not limited to, loss of data or interruption of service.

Consequences - The use of technology in district is a privilege, not a right. In addition to any criminal and civil penalties, students are also subject to school discipline for technology-related offenses.

Board approved: September 12, 2013

Regulation
approved: March 21, 2013

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT
San Jose, California

EVERGREEN SCHOOL DISTRICT
TB Risk Assessment Requirement
D-90TB Information Sheet

The Santa Clara County Public Health Department no longer requires TB testing for ALL children upon school entry. No Tuberculin Skin Test (TST) or blood test (IGRA) is required unless the student's healthcare provider (HCP) deems it appropriate based on their assessment of risk factors for TB.

All students must be evaluated for risk factors for TB as part of their routine medical "assessment." A TST or other TB test approved by the Centers for Disease Control and Prevention will be ordered by the HCP **if deemed necessary** based on the TB risk factor assessment. Attached is the

Risk Factor Assessment Form (D-90TB)

This form will be completed by the HCP.
This form will be returned to your student's school,
along with the registration packet.

The student's HCP will give parent/guardian documentation stating one of the following within 1 year of registration:

1. Student's risk assessment was negative. No TB testing is required.
2. Student's risk assessment was positive with attached TB screening test (TST/IGRA) and CXR result. Student is free of infectious tuberculosis.

Students with TST/IGRA test results within 1 year of registration may submit their results with their registration packets and do NOT need to obtain the Assessment of Risk Factors from their HCP.

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

Address _____ Phone: _____ Grade: _____
Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a U.S. licensed primary care provider and returned to the child's school.

1. Was your child born in, or has your child resided in or traveled to (for more than one week) a country with an elevated TB rate?* Yes No
2. Has your child been exposed to anyone with TB disease? Yes No
3. Has a family member had a positive TB test or received medications for TB? Yes No
4. Was a parent, household member, or visitor who stayed in the child's home for >1 week, born in a country with an elevated TB rate?* Yes No
5. Is your child immunosuppressed [e.g. due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha inhibitor or high-dose systemic steroids (e.g. prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks)]? Yes No

*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e. travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If **YES**, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥6 months in the U.S.).

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

Enter test results for all children with a positive risk assessment:

Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date placed: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Chest X-Ray Date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
LTBI Treatment Start Date: _____ <input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months <input type="checkbox"/> Isoniazid/rifapentine - weekly X 12 weeks <input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ <input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated: _____ <input type="checkbox"/> Declined against medical advice
Please check one of the boxes below and sign: <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, no 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. <input type="checkbox"/> Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and no TB symptoms.	
_____ Health Care Provider Signature, Title Date	

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

County of Santa Clara

Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program
976 Lenzen Avenue, Suite 1700
San José, CA 95126
408.885.2440



Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children ≥ 2 years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of ≥ 10 mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST ≥ 5 mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review.

Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children <5 years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g. cough for $>2-3$ weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid

Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
 - Isoniazid
 - 2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
 - ≥ 12 years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
 - Rifapentine
 - 10.0-14.0 kg: 300 mg
 - 14.1-25.0 kg: 450 mg
 - 25.1-32.0 kg: 600 mg
 - 32.1-50.0 kg: 750 mg
 - >50 kg: 900 mg
 - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).

For additional information: www.sccphd.org/tb or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.

Formulario de Evaluación de Salud Dental

La Ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que tu hijo (a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo (a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo (a), llena la sección 3.

Sección 1: Información del niño (a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño (a):	Apellido: Inicial del	segundo	nombre:
Domicilio:			Departamento.:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro (a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Parent/Guardian Name:	Raza u origen étnico del niño (a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2: Recolección de información de salud dental (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente.

Fecha de la evaluación:	Experiencia con Caries (Daño visible / amalgamas presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Daño visible presente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se encontraron problemas obvios <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental pronta. (Caries sin dolor o infección, o el niño (a) se beneficiaría de tapaduras o de una evaluación más profunda) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones en el tejido blando)
_____ Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature			_____ Número de matrícula de CA CA License Number
			_____ Fecha [Date]

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

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

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

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

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

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

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.