

## DISTRITO ESCOLAR DE EVERGREEN

3188 Quimby Road  
San Jose, CA 95148

### REQUISITOS PARA MATRICULARSE EN SEGUNDO HASTA EL SEXTO GRADO 2020-2021

#### 2020-2021 REGISTRATION REQUIREMENTS FOR SECOND THROUGH SIXTH GRADE

- 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 Residencia )**
- 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 enforzan 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.

### VACUNAS REQUERIDAS

Polio	4	dosis	Tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis cumplen con el requisito si se administro una dosis en el cuarto año de edad o después
DPT	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 kindergarden si recibió la primera dosis de MMR y va a recibir la segunda de 1 a 3 meses después.
Evaluación del Riesgo			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.

TDAP

### MATRICULACION UBICACION Y FORMULARIOS

Se hará todo intento para colocar nuevos estudiantes en su escuela de residencia. Sin embargo, el distrito no puede garantizar tal colocación y reserva el derecho de desbordamiento de nuevos estudiantes a otras escuelas dentro del distrito escolar de Evergreen, según sea necesario cuando se alcanza una capacidad de inscripción nivel de grado. Cualquier estudiante de grado K-6 desbordado a una escuela que no sea de su escuela de residencia se proporcionará transporte desde su escuela de residencia y para atrás. Estudiantes desbordado regresan a su escuela de residencia el siguiente año escolar.

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"/> Japones (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 reprobación  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 \_\_\_\_\_  
(Grade) (Lớp)

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

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

Residence Address \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_  
(Domicilio) (Địa Chỉ Nhà) (Căn hộ) (Zona Postal) (Teléfono de casa) (Điện Thoại Nhà)

Mailing Address \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Is phone number blocked?  Y  N  
(Dirección de Correo) (Địa chỉ gửi thư) (Căn hộ) (Zona Postal) (Número de teléfono está bloqueado?) (Số điện thoại có bị chặn không?)

Father's Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor legal Nombre) (Cha hoặc người giám hộ hợp pháp) (Teléfono del Trabajo) (Điện Thoại Chỗ Làm) (Teléfono del Celular) (Điện Thoại Di Động) Correo (Electrónico) (Địa Chỉ Email)

Mother's Name \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
(Madre o tutor legal Nombre) (Mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) (Teléfono del Trabajo) (Điện Thoại Chỗ Làm) (Teléfono del Celular) (Điện Thoại Di Động) 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 \_\_\_\_\_ Dentist \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
(Nombre del Doctor) (Tên Bác Sĩ) (Teléfono) (Điện Thoại) (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 circule)      **Los dos padres**      **Madre**    **Padre**      **Tutor**      **Cuidador**

Padre/s <b>Padrastr</b> o/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 contraídos 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 declaración 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 declaración 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 anexo 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 insectos (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>wears 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	<b>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)</b>

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



# EVERGREEN SCHOOL DISTRICT

## IMMUNIZATION RESOURCES

### IMMUNIZATION SERVICES

#### LOW COST OR FREE CHILDHOOD IMMUNIZATIONS

<p><b>MAR MONTE COMMUNITY CLINIC</b> 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><b>INDIAN HEALTH CENTER SILVER CREEK</b> 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><b>FOOTHILL COMMUNITY HEALTH CENTER</b> 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><b>CLINICA COMUNITARIO MAR MONTE</b> 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><b>INDIAN CENTRO DE SALUD</b> 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><b>FOOTHILL COMUNITARIO CENTRO DE SALUD</b> 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

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

- 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

## Inscríbese.

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

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

## 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.
- ▶ Inscribese 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 visiten: [www.allinforhealth.org/familiasinmigrantes](http://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

Para más información visite:  
[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)  
[www.allinforhealth.org/parafamilias](http://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)	Induration _____ mm
Date placed: _____ Date read: _____	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"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____
<input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months	<input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated: _____
<input type="checkbox"/> Isoniazid/rifapentine - weekly X 12 weeks	<input type="checkbox"/> Declined against medical advice
<input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months	
<input type="checkbox"/> Other: _____	
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  $\geq 2$  years old and is **preferred** in BCG-vaccinated children to avoid a **false** positive TST result. A TST of  $\geq 10$ 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  $\geq 5$  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)
    - $\geq 12$  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](http://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.*