



A Complete Enrollment Packet Includes/Un Paquete Completo de Inscripción Incluye:

- Enrollment Forms Completely Filled Out / Formas de Inscripción Llenadas Completamente**
 - Registration Form or Returning Student Form/ Formulario de inscripción o Formulario de Estudiante Que Regresa
 - Emergency Contact Form/ Forma de Contacto de Emergencia
 - Photo Release Form/ Forma de liberación de Fotos
 - Medical/Health Concern Form / Forma de Preocupación Medica
 - Family- School Compact / Acuerdo de Familia- Escuela
 - Physical Residence Form/ Forma de verificación de Residencia Física
 - Home Language Survey/ Encuesta del Idioma en el hogar
 - Household Income Form/ Formulario de Ingresos en el Hogar
 - Annual Notice to Parents/ Aviso Anual a el/la padre/ madre
 - Housing Questionnaire/ Cuestionario Sobre Vivienda

- Proof of Birth (i.e. Birth Certificate, Passport) / Comprobante de Nacimiento (por ejemplo, Acta de Nacimiento, pasaporte)**

- Proof of Current Immunization / Registro de Vacunaciones Actuales (cartilla de vacunas)**

Immunization Requirement/ Requisitos de Vacunación:

4 Polio / 4 Polio	3 Hepatitis B / 3 Hepatitis B	2 Varicella / 2 Varicela
5 DTap /5 DPT	2 MMR / 2 Sarampión	1 Tdap (Grade 7) / 1 Tdap (Grado 7)

- Proof of Physical Residence (i.e. current PG&E Bill, any utility bill or rental receipt) / Prueba de Residencia Física (por ejemplo, recibo actual de PG&E (la luz) o de alguna otra utilidad, recibo de renta)**
- Proof of Physical Exam – CHDP (TK/Kindergarten or 1st grade only) / Prueba de Examen Físico – CHDP (solo para kínder y primer grado)**
- Oral Health Assessment/Waiver (First year in public school - TK/Kind or 1st grade only) / Examen de Salud Oral/ Forma de Petición de Renuncia (Primer año en la escuela pública solo Kínder o Primer grado)**

***All items must be present and current BEFORE your child can be enrolled.**

*** Se requiere que entregue Todos los documentos y que estén al corriente ANTES de que su niño/a pueda ser inscrito.**

If you have any questions or concerns, please contact the HMESD Office at/

Si tiene alguna pregunta o preocupación, comuníquese con la Oficina HMESD al:

Phone/Teléfono: (707)965-2423, Fax: (707)965-0834

For Office Use Only:

Student Name: _____ Date Received: _____ Checked by: _____



¿Alguna vez su estudiante ha asistido a la Escuela Howell Mountain antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Último Distrito Escolar:		Última Escuela Que Asistió:
POR FAVOR, IMPRIMA EL NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:		
Nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido(s) legal(es)
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	Grado:	Fecha de Nacimiento:
		Mes Día Año
Hijo/a resides con: Ambos Madre y Padre <input type="checkbox"/> Solo Madre <input type="checkbox"/> Solo Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> o Custodia exclusiva <input type="checkbox"/> Si es así, proporcione una copia a la escuela.		
Seleccione si al menos la madre/padre o tutores está activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Asistirá su hijo/a al Club de Niños y Niñas o Cuidado de Prekínder después de clases? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Servicios de Educación Especial: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> RSP <input type="checkbox"/> Día Especial <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>		
Nombre de Madre/Padre/ Madrastra/ Padrastro/Tutor Teléfono de Trabajo	Apellido	Teléfono Principal
Correo Electrónico	Dirección de Domicilio (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
Dirección para Recibir Correo (si es diferente de su domicilio)		
Ocupación Específica	Dirección de trabajo	Teléfono de trabajo
Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>		
Nombre de Madre/Padre/Madrastra/ Padrastro/Tutor	Apellido	Teléfono Principal
Correo Electrónico	Dirección de Domicilio (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
Dirección para Recibir Correo (si es diferente de su domicilio)		
Ocupación Específica	Dirección de trabajo	Teléfono de trabajo
<u>Opciones de residencia temporal, verifique si corresponde</u>		
La familia reside en un refugio temporal <input type="checkbox"/>		La familia reside en un hotel / motel <input type="checkbox"/>
Lista de hermanos/ hermanas del estudiante (Nombre y Fecha de Nacimiento):		
Preferencias de idioma para recibir información en casa: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		

Firma: _____

Fecha: _____



DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO HOWELL MOUNTAIN
Información de los Estudiantes y Quien Puede Recogerlos
CONFIDENCIAL

FAVOR DE ESCRIBIR CON PLUMA

Nombre del estudiante:	Masculino/ Femenino / No- binario	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Código Postal:
Dirección para recibir correo:	Ciudad:	Código Postal:
Doctor Familiar:	Número Telefónico del Doctor:	
Compañía de seguros:	Número de Póliza de Seguro:	

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Padre/tutor:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:
Correo electrónico	

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:
Correo electrónico	

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA (Solamente las personas apuntadas en esta sección podrán recoger a su niño. Usa otra hoja si necesita.)

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:

Nombre:	Relación:
Número telefónica:	Número telefónica alternativa:

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

**FIRMA AMBOS LADOS
(voltea)**

Necesidades especiales:	Sí	No	Frecuencia y/o severidad	Necesidades especiales:	Sí	No	Frecuencia y/o severidad
Alergias				Debilitado del oído			
Asma				Hemorragia nasal			
Enuresis				Minusvalías			
Comportamiento				Caminar dormido			
Diabetes				Dolores de la panza			
Epilepsia				Vegetariano/Vegan			
Ingles es su segunda idioma				Debilitado de la vista			
Desmayos				Otro			
Dolores de Cabeza				Otro			

Favor de explicar las cosas marcadas arriba:

MEDICAMENTOS:

Medicamentos incluyendo los sin receta solamente pueden estar dado por el miembro designado del personal de la escuela de su estudiante si es que esta forma ha sido firmado por el doctor Y los padres o tutor. Medicamento sin receta incluyen, pero no son limitado a: loción contra el sol, remedios para alergias como Benedryl, antisépticos y/o pomada de piel, remedios para bichos que pican, substitutos de aspirina, y remedios de hiedra venenosa. Medicamentos deben estar empacadas individualmente conforme el dosis y entregado directamente al personal de la escuela. La etiqueta debe incluir lo siguiente:

Nombre del Estudiante Dosis de Medicamento
 Doctor Metido de Administración
 Nombre de Medicamento Horario para Administración

COMUNICADO DEL DOCTOR SOBRE EL MEDICAMENTO REQUERIDO:

debe tomar el siguiente medicamento como designado abajo:

Nombre del Estudiante

Medicamento	Dosis	Metido de Administración	Horario para Administración	Instrucciones Especiales y/o precauciones

- Favor de dar permiso a _____ a tener un inhalador con el/ella siempre. El/ella es competente a administrar su medicamento si mismo/a
- Favor de dar permiso a _____ a tener un epi-pen con el/ella siempre. El/ella es competente a administrar su medicamento si mismo/a

Nombre del Doctor:

Teléfono:

Firma:

Fecha:

Firma de Padre/Tutor

Fecha:

Distrito Escolar Primario Howell Mountain



Fecha: _____

FORMA DE LIBERACION DE FOTO

Distrito Escolar Primario Howell Mountain

Nombre del estudiante: _____

yo, _____, otorgo a la Escuela Howell Mountain el derecho y permiso de publicar sin cobrar, fotografías tomadas:

- Durante este año escolar para funciones y eventos escolares
- Solamente par las actividades enumeradas a continuación:

Estas fotografías pueden ser utilizadas en publicaciones, incluyendo publicaciones electrónicas o en presentaciones audio-visuales, literatura promocional, anuncios, en la página web escolar o de los maestros, o en otras maneras similares. .

El nombre actual / legal del sujeto también se puede utilizar:

- SI NO

Nombre en letra de molde de Padre/Madre/Guardian: _____

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____

Dirección de Padre/Madre/Guardián: _____

Ciudad/Estado: _____

En caso de que sea necesario, se me puede contactar en:

- Mi empleo Mi hogar

Teléfono: _____

Correo Electrónico (Opcional): _____



ESCUELA PRIMARIA HOWELL MOUNTAIN
FORMULARIO DE PREOCUPACIONES MÉDICAS / DE
SALUD

Por favor, llene la primera sección y cualquier otra sección aplicable. Por favor, firme.

Nombre del estudiante:	Edad:	Grado:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	--------------	---------------	-----------------------------

Alergias (Explique a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas médicos (Explique a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicación requerida (Explique a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas dietéticos (Lista a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---	--

Si seleccionó "Sí" para cualquiera, explique a continuación.

Alergias

Problemas médicos

Medicación requerida

Problemas dietéticos

Firma de madre/padre/ tutor

Fecha



Compacto Familia-Escuela

Howell Mountain School

Es importante que las familias y las escuelas trabajen juntas para ayudar a los estudiantes a alcanzar la excelencia personal a través de un proceso que incluye a maestros, familias, estudiantes y representantes de la comunidad. Los siguientes son roles y responsabilidades acordados que nosotros, como socios, llevaremos a cabo para apoyar el éxito de los estudiantes en la escuela y en la vida.

Compromiso del personal:

Acepto llevar a cabo las siguientes responsabilidades de la mejor manera posible:

- Proporcionar un plan de estudios de alta calidad e instrucción.
- Esforzarse por motivar a mis alumnos a aprender.
- Tener altas expectativas y ayudar a cada niño a desarrollar un amor por el aprendizaje.
- Comunicarse regularmente con las familias sobre el progreso del estudiante.
- Proporcionar un ambiente de aprendizaje cálido, seguro y afectuoso.
- Proporcionar asignaciones de tareas significativas para reforzar y ampliar el aprendizaje.
- Anime a los niños de kinder y a sus padres a leer a diario.
- Participe en oportunidades de desarrollo profesional que mejoren la enseñanza y el aprendizaje, y apoye la formación de alianzas con las familias y la comunidad.
- Participar activamente en la toma de decisiones en colaboración y trabajar constantemente con las familias y mis colegas de la escuela para hacer que la escuela sea accesible y un lugar acogedor para las familias que ayuden a cada alumno a alcanzar sus más altos estándares académicos.
- Respetar la escuela, los estudiantes, el personal y las familias.

Compromiso del estudiante:

Acepto llevar a cabo las siguientes responsabilidades de la mejor manera posible:

- Llegue a la escuela a tiempo y listo para aprender y trabajar duro.
- Traiga los materiales necesarios, las tareas completadas y la tarea.
- Conozca y siga las reglas de la escuela y la clase.
- Pide ayuda cuando la necesito.
- Lea por un mínimo de 20 minutos al día fuera del salón de clases.
- Comuníquese regularmente con mis padres y maestros sobre las experiencias escolares para que puedan ayudarme a tener éxito en la escuela.
- Mantenga un equilibrio saludable entre el tiempo de la familia, el tiempo de juego y el tiempo de pantalla.
- Respeta la escuela, los compañeros de clase, el personal y las familias.

Compromiso familiar / de los padres:

Acepto llevar a cabo las siguientes responsabilidades de la mejor manera posible:

- Proporcione un tiempo y un lugar tranquilos para la tarea.
- Monitorear el tiempo de pantalla.
- Léale a mi hijo o anime a mi hijo a leer todos los días (20 minutos como mínimo)
- Comuníquese con el maestro o la escuela para apoyar el progreso de mi hijo y para abordar inquietudes.
- Asegúrese de que mi hijo llegue a tiempo a la escuela todos los días, duerma lo suficiente, reciba atención médica regular y tenga una nutrición adecuada.
- Asista a las conferencias de padres y maestros.
- Participe en la escuela en actividades tales como la toma de decisiones escolares y el voluntariado.
- Comunique a mi hijo la importancia de la educación y el aprendizaje.
- Respete la escuela, el personal, los estudiantes y las familias.

_____ Student

_____ Teacher

_____ Parent/Guardian



Distrito Escolar Primario Howell Mountain

Forma de Verificación de Domicilio- Elija una opción (A, B o C) y firme la declaración juramentada

Antes del proceso de inscripción, y anualmente después de esta, estudiantes viviendo dentro del distrito escolar deben proveer pruebas de domicilio.

Código Educativo de California (Sección 48204) requiere el estudiante sea matriculado y asista a la escuela dentro del distrito en el cual residan los padres o guardianes legales del mismo.

>>>>>>Elija una opción - A, B o C<<<<<<<<<<

Declaración de residencia de dueño del casa	A. Declaración de residencia de dueño/a de la casa		
	Apellido de estudiante	Nombre de estudiante	
	Dirección	Ciudad	Codigo Postal
	Yo certifico que este estudiante vive conmigo y duerme en mi casa toda la semana escolar en esta dirección de la cual yo soy dueño y la cual esta localizada dentro de los límites del Distrito Escolar de Howell Mountain Elementary School		

Declaración de residencia rentada	B. Declaración de residencia rentada		
	Apellido de estudiante	Nombre de estudiante	
	Dirección	Ciudad	Codigo Postal
	Yo certifico que este estudiante vive conmigo y duerme en mi casa toda la semana escolar en esta dirección, misma que yo estoy rentando y la cual esta localizada dentro de los límites del Distrito Escolar de Howell Mountain Elementary School		

Declaración de familia anfitriona / dueño / manager	C. Declaración de familia anfitriona / dueño / manager (Para aquellos que vivan en una casa de la cual no son dueños ni renteros)		
	Apellido de estudiante	Nombre de estudiante	
	Dirección	Ciudad	Codigo Postal
	Yo certifico ser el dueño o encargado (manager) de esta residencia, localizada dentro de los límites del Distrito Escolar y atestiguo con mi firma de que este estudiante y sus padres / guardianes están viviendo en la misma. Esta declaración la hago bajo juramento y penalidad de perjurio bajo las leyes estatales de California		
	Firma de Dueño/a / encargad o de propiedad ID Verificada Fecha de firma # de teléfono		

Declaración juramentada de Padre / Guardián	Declaración juramentada de Padre/Madre / Guardián (Declaración de Veracidad)		
	Al encontrarse ser falsa esta declaración, me doy por enterado y estoy en acuerdo de que se me puede hacer responsable del costo monetario por la educación de mi estudiante el cual será determinado según los límites de ingreso estatal por el año escolar y que mi hijos será dado de baja en este distrito y deberá matricularse en el distrito al cual corresponda su dirección. Comprendo que es mi responsabilidad notificara la escuela en caso de que mi estudiante o yo nos mudemos de casa.		
	Declaro bajo juramento y penalidad de perjuicio bajo las leyes estatales de California que lo indicado aquí es verídico y correcto.		
	En acuerdo con los requisitos estatales, e incluido la documentación solicitada para probar la residencia dentro del distrito escolar para el propósito de matriculación.		
	Firma de Padre/Madre / Guardián	Fecha de firma	# de teléfono

Verification for Office Use Only

Only use for A - Home Owner (Circle One):

Utility

Property Tax

Only use for B - Renter (Circle One):

Utility

Current Rental Agreement

Only use for C - Living with another Family/Group Home (Circle two):

Driver's License

Host Utility Bill

Placement Papers

Recopilación de datos de los ingresos del hogar – Howell Mountain Elementary School 2024-2025

Apellido de la familia: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN I: Proporcione la siguiente información acerca de los niños que vivan en su hogar					
Nombre del niño o niños que asisten a una escuela pública de California del kindergarten al doceavo grado			Escuela a la que asiste	Fecha de nacimiento	Grado
Apellido	Segundo nombre	Primer nombre			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

SECCIÓN II: Proporcione la siguiente información acerca de la cantidad de integrantes y los ingresos del hogar

Determine el TOTAL de ingresos de su hogar basado en UNO de los siguientes: ingresos que recibe anualmente, mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente. (Vea el reverso de este formulario para obtener más instrucciones).

- Determine la cantidad TOTAL de personas que viven en su hogar (en la columna más a la izquierda de la siguiente tabla) que se mantienen con el total de ingresos del hogar que está declarando.
- Determine el TOTAL de ingresos de su hogar que refleja estos ingresos.

Ejemplo: Si la cantidad de integrantes de su hogar es "4" (por ejemplo, dos adultos y dos niños) y el total de ingresos de su hogar es \$28,000 al año (por ejemplo, el ingreso de ambos adultos), entonces sus ingresos están dentro de la categoría 1 ya que el total de ingresos de su hogar de \$28,000 es menos que \$30,615.

CANTIDAD DE INTEGRANTES DEL HOGAR	Total de ingresos del hogar – Categoría 1 LOS INGRESOS NO EXCEDEN					Total de ingresos del hogar – Categoría 2 LOS INGRESOS NO EXCEDEN				
	ANUAL MENTE	MENSUAL MENTE	DOS VECES AL MES	CADA DOS SEMANAS	SEMANA LMENTE	ANUAL MENTE	MENSUAL MENTE	DOS VECES AL MES	CADA DOS SEMANAS	SEMANA LMENTE
	1									
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Para cada integrante adicional más allá de 8, añada:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Basado en lo que determinó anteriormente, marque una de las siguientes casillas:
 El total de ingresos de mi hogar está dentro de: Categoría 1 Categoría 2 Ninguna categoría

Certifico (prometo) que la información que proporciono en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro de la familia _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde del miembro de la familia adulto que llenó este formulario
formulario adulto que llenó este formulario

La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.

¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), no las incluya.

¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”? El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

¿Debo declarar los ingresos del hogar como que los recibo anualmente, mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente?

- Puede declarar los ingresos de su hogar utilizando la frecuencia con que los recibe.
- Cuando declare el total de ingresos de su hogar de manera anual, declare los ingresos anuales del año actual. Cuando declare los ingresos que reciba mensualmente, dos veces por mes, cada dos semanas o semanalmente, hágalo utilizando su recibo de paga más reciente.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, utilice \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

Howell Mountain Elementary School
Cuestionario sobre vivienda

Apellido del estudiante	Nombre	Segundo nombre
-------------------------	--------	----------------

Nombre de la escuela

La información proporcionada a continuación ayudará a la agencia educativa local, Elizabeth Avina Ayala, a determinar para qué servicios pueden ser elegibles usted y/o su hijo(a). Esto podría incluir servicios de educación adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del lugar.

Actualmente, ¿viven usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones? *Marque todas las opciones que correspondan.*

- Comparte una vivienda con otra familia/personas(s) debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o una razón similar
- Se aloja en un refugio (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio juvenil) o en un tráiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency [FEMA], por sus siglas en inglés)
- Vive en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Vive temporalmente en un hotel o motel debido a la pérdida de vivienda, problemas económicos, desastres naturales o una razón similar
- Vive en una residencia unifamiliar que es permanente

Soy un estudiante menor de 18 años y no vivo con mis padres o tutores O Si O No

El padre/tutor que suscribe, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Escriba el nombre del padre/madre /tutor	Firma	Fecha
--	-------	-------

(Código de área) No. de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------------	-----------	--------	--------	---------------

Su hijo(a) o hijos(as) tienen derecho a:

- Una inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron(escuela de origen) o la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si usted no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y es lo mejor para usted.
- Recibir transporte hacia la escuela de origen y desde ella, así como los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, de la misma manera que se ofrecen a los demás niños, incluyendo comidas gratis y Título I.
- Recibir las protecciones y servicios completos provistos de acuerdo con todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Enumere todos los niños que viven actualmente con usted.

Nombre	M/F	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, por favor comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, Elizabeth Avina Ayala, por teléfono al (707)965-2423 Ext. 2 o por correo electrónico al eavina@hmesd.org.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

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

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

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

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

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

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

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

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

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

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

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

Signature of parent or guardian Name, address, and telephone number of health examiner	Date Date
Signature of health examiner	Date

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

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

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

PORTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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

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

PORTE 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 concierren 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 compare con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

*de ser indicado

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.chds.ca.gov/services/chdp

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code Section 49452.8*) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California’s children.

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

Child’s First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child’s Birth Date: <div style="text-align: center;"> - - - </div>
Address:			Apt.:
City:		ZIP Code: <div style="text-align: center;"> </div>	
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: <div style="text-align: center;"> </div>
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child’s Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Child’s Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other (please specify)		

Continued on Next Page

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California
[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.
[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>		Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i>	Fecha <i>Date]</i>

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Programa de Educación Migrante Howell Mountain

Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios gratuitos si la familia se ha mudado recientemente para conseguir ciertos trabajos. Por favor ayúdenos a determinar si sus hijos califican al contestar las siguientes preguntas.

1. ¿Se ha mudado en los últimos tres años para obtener trabajo en la agricultura o la pesca? Sí No

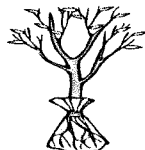
2. Por favor marque los trabajos que ha realizado.



Cosecha de frutas/
verduras



Cultivo/ preparando la
tierra/ irrigación



Plantando árboles/
huertas



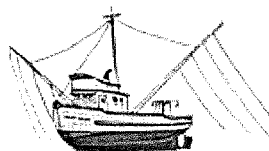
Invernadero/vivero/
cultivo de hongos



Cosecha de nueces/
empacadora



Lechería/ ganado



Pesca comercial/
cangrejo/ mariscos



Empacadora de carne/
de mariscos

Padres: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Teléfono #2: _____

Mejor hora para llamar: _____

Para más información, favor de comunicarse con:

Maricela Estrada

707-418-8524

707-2254769

maestrada@bcoe.org