

**K-8 REGISTRATION FOR SONOMA VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

<b>Student's Legal Last Name</b> Apellido del estudiante	<b>Student's First Name</b> Nombre de pila del estudiante	<b>Middle Name</b> Segundo	<b>Grade</b> Grado	<b>Gender (M/F)</b> Género (sexo)
<b>Does your child use another first or last name?</b> ¿Usa su hijo(a) algún otro nombre ó apellido?	<b>Name of Previous School</b> El nombre de la escuela anterior	<b>Previous School Address</b> La dirección de esa escuela		
<b>Any Illness School/Staff Should Know About</b> - Información sobre cualquier enfermedad de que debemos saber.				
<b>Has your child previously attended Sonoma Valley public kindergarten and/or school before?</b> ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija al Kinder o escuelas públicas del valle de sonoma? Kindergarten? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No      Other grade/otro grado <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, which school? / ¿Si sí, cuál escuela? _____				
<b>Mailing Address</b> - La dirección del correo	<b>City</b> - La ciudad	<b>State</b> - Estado	<b>Zip</b> - Código postal	
<b>Street Address</b> - La dirección de la casa	<b>City</b> - La ciudad	<b>State</b> - Estado	<b>Zip</b> - Código postal	
<b>Home Telephone</b> - Teléfono de la casa	<b>Unlisted?</b> ¿No alistado? <input type="checkbox"/> Yes - Sí <input type="checkbox"/> No - No		<b>Child Lives With</b> El niño vive con <input type="checkbox"/> <b>Father</b> El Padre <input type="checkbox"/> <b>Mother</b> La Madre <input type="checkbox"/> <b>Guardian</b> Guardián	
<b>Father/Guardian Name</b> - Nombres del padre/guardián	<b>Mother/Guardian Name</b> - Nombres la madre/guardián			
<b>Father's Work Telephone</b> - Teléfono del trabajo del padre/guardián	<b>Mother's Work Phone</b> - Teléfono del trabajo de la madre/guardián			
<b>Father's Cell Phone</b> - Teléfono celular del padre/guardián	<b>Mother's Cell Phone</b> - Teléfono celular de la madre/guardián			
<b>Student's Birthdate</b> - Fecha de nacimiento el estudiante	<b>Student's Birthplace</b> - city/state/country El lugar donde nació el estudiante - ciudad/estado/país			
<b>Student's Social Security Number</b> Número de seguro social del estudiante	<b>For NEW students entering grades 1-8:</b> / Para NUEVOS estudiantes que entran en grados 1-8 <b>Date first attended school in the:</b> / Fecha en que asistió por vez primera a la escuela en: United States/Estados Unidos _____ California _____			
<b>First/Last name of other children in family including ages</b> El apellido y los nombres de los otros niños de la familia y sus edades		<b>School</b> - La escuela		
1				
2				
3				
<b>I live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program.</b> Yo vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				
<b>I do not live in the Flowery attendance area and am interested in my child attending the Dual Immersion Program at Flowery.</b> Yo no vivo en el área de Flowery y estoy interesado/a en que mi hijo/a asista al Programa de Inmersión Doble en Flowery. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				
<b>My child is an English Learner. I am interested in my child receiving instruction in Spanish.</b> - Mi hijo/a es un estudiante aprendiendo inglés. Yo estoy interesado/a en que mi hijo/a reciba instrucción en español. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No				

Please complete reverse  
Por favor complete el reverso

<b>I. What is your child's ETHNICITY?</b> <b>¿Cuál es el origen ÉTNICO de su hijo/a?</b>	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (500)	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino

**II. What is your child's RACE? (Please check up to five racial categories):**  
**¿Cuál es la RAZA de su hijo/a? (Por favor marque hasta un máximo de cinco categorías raciales):**

<b>American Indian or Alaskan Native (100)</b>	<b>Chinese/ Chino (201)</b>	<b>Japanese/ Japonés (202)</b>
Indio Americano o Nativo de Alaska	<b>Korean/ Coreano (203)</b>	<b>Vietnamese/ Vietnamita (204)</b>
<b>African American/Black (600)</b>	<b>Asian Indian/ Indio Asiático (205)</b>	<b>Laotian/ Laosiano (206)</b>
Afro-Americano/Negro	<b>Hawaiian/ Hawaiano (301)</b>	<b>Samoan/ Samoano (303)</b>
<b>Filipino/Filipino American (400)</b>	<b>Guamanian/ Guamaniano (302)</b>	<b>Cambodian/ Camboyano (207)</b>
Filipino/Filipino Americano	<b>Tahitian/ Tahitiano (304)</b>	<b>Hmong/Hmong</b>
<b>White (700)</b>	<b>Other Asian (299)</b>	<b>Other Pacific Islander (399)</b>
Blanco	Otro origen Asiático	Otro de las Islas del Pacífico

<p><b>III. Parent Education Level of most educated parent</b> Nivel de educación del padre/madre con más educación académica</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Father/del padre</b>      <input type="checkbox"/> <b>Mother/de la madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Guardian/Guardián</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Not a high school graduate (14)</b> No me gradué de la preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> <b>High school graduate (13)</b> Graduado de la preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Some collage (12)</b> Algún tiempo en la universidad</p> <p><input type="checkbox"/> <b>College graduate (11)</b> Graduado de la universidad</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Graduate school/post graduate training (10) /Escuela para graduados/ entrenamiento para después de la graduación</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Decline to state/ Me niego a declarar (15)</b></p>	<p><b>IV. Residence – where is your child/family currently living? (federally mandated by NCLB) Please check:</b></p> <p><input type="checkbox"/> In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) (200)</p> <p><input type="checkbox"/> Doubled-up (sharing housing with other families/individuals due to economic hardship or loss) (120)</p> <p><input type="checkbox"/> In a shelter or transitional housing program (100)</p> <p><input type="checkbox"/> In a motel/hotel (110)</p> <p><input type="checkbox"/> Unsheltered (car/campsite) (130)</p> <p><input type="checkbox"/> Other (please specify) _____</p> <p><b>Residencia - ¿Dónde vive actualmente su hijo o hija o la familia? (pedido por la federación por NCLB) – Por favor, marque la/s casilla/s apropiada/s</b></p> <p><input type="checkbox"/> En una residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) (200)</p> <p><input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento (120)</p> <p><input type="checkbox"/> En un refugio o programa de vivienda en transición (100)</p> <p><input type="checkbox"/> En un motel/hotel (110)</p> <p><input type="checkbox"/> Sin residencia (carro o campamento) (130)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____</p>
--	---

<p><b>V. Previous Programs Your Child Was In:</b></p> <p><b>Special Education or 504 Plan</b></p> <p><input type="checkbox"/> Resource Specialist Program/RSP</p> <p><input type="checkbox"/> Speech/Language</p> <p><input type="checkbox"/> 504 Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Special Day Class/SDC</p> <p><b>English Learner Program</b></p> <p><input type="checkbox"/> Two-Way Program at Flowery</p> <p><b>Other Services</b></p> <p><input type="checkbox"/> GATE</p>	<p>Programas anteriores en los que estaba su hijo/a:</p> <p><b>Programa de Educación Especial o Plan '504'</b></p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos/RSP</p> <p><input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje</p> <p><input type="checkbox"/> 504 Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Clases de Día Especiales/SDC</p> <p><b>Programa del aprendizaje del inglés</b></p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Inmersión Doble en Flowery</p> <p><b>Otro Servicios</b></p> <p><input type="checkbox"/> Superdotado</p>
---	--

For Office use Only - Sólo por el use de la oficina	
Year Student Entered District _____	Year Student Entered Site _____
Grade Student Entered District _____	Grade Student Entered Site _____
Year entered US schools (mm/dd/yyyy) _____	First year entered California schools (mm/dd/yyyy) _____
If RFEP, date reclassified (mm/dd/yyyy) _____	_____

Estimado Padre/Guardián:

Haga el favor de completar cada renglón de esta tarjeta de emergencia (a la vuelta).

Las tarjetas de emergencia son muy importantes. Las ocupamos para llamar a los padres en caso que su hijo/a tenga un accidente en la escuela, se enferme o cuando una ocurra emergencia. Es muy importante para mantener todos los números de teléfono y direcciones completas y actualizadas. Es necesario que nos informe cada vez que haya un cambio en esta información.

Vamos a pedir que llene una tarjeta nueva después del comienzo de clases. Haga el favor de completar una tarjeta nueva cada año lo más pronto que le sea posible durante todo el tiempo que su hijo asista a la escuela.

Gracias.

*~ A LA VUELTA ~*

S.V.U.S.D. EMERGENCY INFORMATION CARD/ S.V.U.S.D. Tarjeta de Emergencia  
PLEASE PRINT OR TYPE / POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE

Grade/Grado \_\_\_\_\_  
Room/Salón \_\_\_\_\_

Student Name/Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Home. Tel./Tel. de casa \_\_\_\_\_  
Last/Apellido First/Nombre Middle/Segundo nombre

Parent's E-mail Address/Dirección electrónica de los padres: \_\_\_\_\_

Child Lives With/El Niño vive con: \_\_\_\_\_ Child Lives With/El Niño vive con: \_\_\_\_\_  
Name/Nombre Relationship/Parentesco Name/Nombre Relationship/Parentesco  
Sibling/Hermano/a \_\_\_\_\_ Sibling/Hermano/a \_\_\_\_\_ Sibling/Hermano/a \_\_\_\_\_ Sibling/Hermano/a \_\_\_\_\_

Social Security # / # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sex/ Sexo M F Birthdate/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Circle One/ Circule uno)

Home Address/Dirección

Street/Calle City/Ciudad Zip Code/Código Postal

Mailing Address (if different)/Dirección del Correo (si es diferente)

Street/Dirección City/Ciudad Zip Code/Código Postal

Mentor Name/Tel. - Nombre del Mentor /Tel. \_\_\_\_\_

**Medical Alert/Alerta Médica:** Health Problems/Problemas de Salud \_\_\_\_\_

Allergies/Alergias \_\_\_\_\_

Medications taken regularly/Las medicinas tomadas regularmente \_\_\_\_\_

- Allergy to bee stings/Alergia a picadura de abejas  Asthma/Asma  Diabetes/Diabetes  Heart Condition/Condición cardíaca  
 Epilepsy/Epilepsia  Other/Otras \_\_\_\_\_

**IN THE EVENT OF A LIFE THREATENING ALLERGIC REACTION, I AUTHORIZE TRAINED SCHOOL PERSONNEL TO GIVE EMERGENCY TREATMENT (ADRENALIN VIA EPI-PEN) TO MY CHILD. / EN CASO DE UNA REACCION ALERGICA QUE AMENAZA LA VIDA, AUTORIZO AL PERSONAL CAPACITADO DE LA ESCUELA A DAR TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (ADRENALINA POR MEDIO DE EPI-PEN) A MI HIJO/HIJA.**



Signature of Parent or Guardian - La Firma del Padre/ de la Madre o Tutor Legal

Date/Fecha

In case of emergency, illness, or accident to the child named above, the school is authorized to release my child as indicated below. Number each item # 1,2,3,4,5 in order of desired action. **PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION.** / En caso de emergencia, enfermedad o accidente del niño nombrado, la escuela está autorizada a dejar salir el niño en la manera notada abajo. Ponga los números 1,2,3,4,5, para indicar en que orden. **COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN.**

# \_\_\_\_\_ CONTACT MOTHER/ Llamar a la madre Name/Nombre \_\_\_\_\_  
Workplace/Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ CONTACT FATHER/ Llamar al padre Name/Nombre \_\_\_\_\_  
Workplace/Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ BABYSITTER/FRIEND - La niñera Name/Nombre \_\_\_\_\_  
Address/Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ FRIEND/RELATIVE- Amigo/Pariente Name/Nombre \_\_\_\_\_  
Address/Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ FAMILY PHYSICIAN/ Médico Familiar Name/Nombre \_\_\_\_\_  
Address/Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell Tel. \_\_\_\_\_

Special Instructions / Instrucciones  
Especiales: \_\_\_\_\_

I certify that all information given is accurate and true. Yo certifico que toda la información es correcta.

Signature of Parent or Guardian La Firme del Padre, de la Madre, o Tutor Legal

Date / Fecha

# El Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma

## Encuesta del lenguaje usado en el hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Maestro(a)

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el lenguaje hablado en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer una instrucción significativa para todos los estudiantes.

Le pedimos su cooperación para ayudarnos a cumplir tan importante requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo(a) devuelva este formulario a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Grado

Edad

¿Qué lenguaje aprendió su hijo(a) cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_

¿Qué lenguaje usa más frecuentemente su hijo(a), en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué lenguaje usa usted más frecuentemente para hablar con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Nombre el lenguaje que más usan los adultos en la casa. \_\_\_\_\_

La escuela tiene mi permiso para evaluar a mi hijo(a) en su habilidad lingüística y habilidad académica.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián.

cc: ELL Resource Teacher, Student's Cumulative folder

# Encuesta para la matriculación en el Kinder

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_ M o F

Nombre por el cual llaman el niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Tutor Legal \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el estudiante? \_\_\_\_\_

1. ¿Asistió su hijo(a) a alguna escuela preescolar? Sí No  
Nombre de el preescolar al que asistió \_\_\_\_\_

2. ¿Necesitará su hijo(a) ir a la guardería durante su año en el kinder? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿a cuál guardería? \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo llegará el estudiante a la escuela? Yo conduciré o caminaré Autobús

4. ¿Que hará el estudiante después del día escolar? Yo lo recogeré Autobús a casa

Irá a la guardería escolar Autobús a \_\_\_\_\_ Otro sitio \_\_\_\_\_

5. ¿Podrá usted ser voluntario regularmente? Sí No

6. ¿Ha sido su hijo evaluado para razones académicas, de conducta, o de lenguaje? **Sí No**

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

7. Lenguaje(s) usado en casa: \_\_\_\_\_

8. ¿Va a inscribir a su hijo/a en algún otro programa del jardín de niños? Sí No

Si la respuesta es sí, indique que programa: Charter Privada Otro

9. ¿Aplicará usted para transferir a su hijo(a) a otra escuela en nuestro distrito? Sí No

Si la respuesta es sí, indique la otra escuela \_\_\_\_\_

**Yo he recibido y leído todos los materiales en el paquete de matriculación para el Kinder.**

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Relación con el/la niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# El Distrito Escolar Unificado del Valle de Sonoma



## Petición para transportación de autobus

**Para:** Padres/Guardianes de estudiantes nuevos de Kinder  
**De:** Vernice Bruno, Despachadora

Para ayudarnos en el transporte de su estudiante nuevo, les pedimos llenar y devolver con sus papeles de matriculación el formulario siguiente para el autobús. *Yo entiendo que si es aprobada la solicitud de traslado dentro del distrito, el distrito no proveerá el transporte a la escuela aprobada.*

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guadianes \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Dirección donde el estudiante estará antes de la escuela:  
\_\_\_\_\_

Dirección donde el estudiante estará después del día escolar (ejemplo: niñera, nana)  
\_\_\_\_\_

# Historia de Salud

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_ Hermanas \_\_\_\_\_

El/la estudiante vive con \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su hijo alguno de lo siguiente? Por favor indique SI o No y las fechas.**

	Sí	No	Fecha
Tuberculosis			
T.B. en familia o contacto			
Otras enfermedades			
Operaciones			
Medicinas actuales			

	Sí	No	Fecha
Problemas con el Oído			
Amigdalitis			
Operación de las amígdalas			
Gripes frecuentes			
Alergias a las picaduras de insectos			
Asma			
Alergias			
Convulsiones, ataques			
Enfermedades del corazón			
Diabetes			
Accidentes/enfermedades serias			
Dificultades emocionales/de conducta			

Si el niño va a necesitar tomar medicina en la escuela, por favor contacte a la escuela para obtener un Formulario de Administración de Medicamentos en la Escuela. Ninguna medicina, ya sea recetada o comprada sin receta, será administrada si no se presenta el formulario completado por los padres y el proveedor de salud.

Alguna limitación física No \_\_\_\_\_ Sí (por favor indique) \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Fecha en que lo vio por última vez \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_

Fecha en que lo vio por última vez \_\_\_\_\_

Nombre del Oculista \_\_\_\_\_

Fecha en que lo vio por última vez \_\_\_\_\_

Nombre del Otorrino (Especialista de oídos) \_\_\_\_\_

Fecha en que lo vio por última vez \_\_\_\_\_

Plan de salud (Seguro médico) \_\_\_\_\_

Firma de los padres/tutor: \_\_\_\_\_

## 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>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding: 5px;"> <div style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <b>Firma del profesional de salud dental matriculado</b>  <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i> </div> <div style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <b>Número de matrícula de CA</b>  <i>CA License Number</i> </div> <div style="width: 33%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <b>Fecha</b>  <i>Date</i> </div> </div>			

### **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.*