

ESCUELA PRIMARIA WASHINGTON

INSCRIPCIÓN PARA KT Y KINDER PARA 2019-20



Fechas de inscripción en la Escuela Washington:

Lunes - viernes, 4 - 8 de febrero

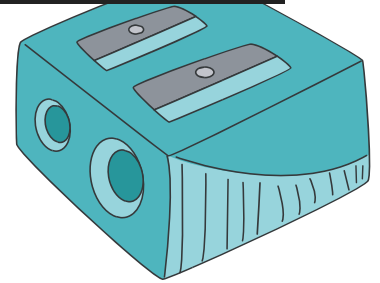
8:30-3:30 PM

Martes, 5 de febrero

4:00-6:30 PM

Sábado, 9 de febrero

12:00-4:00 PM



Para ser elegible para una tarjeta de solicitud de maestro en marzo, DEBE inscribirse durante la semana de inscripción.



REQUISITO DE EDAD:

Los estudiantes que cumplan 5 años en o antes del 1 de septiembre de 2019 son elegibles para el Kinder. Los estudiantes que cumplan 5 años entre el 2 de septiembre de 2019 y el 2 de diciembre de 2019 son elegibles para el Kinder de transición

Primer Paso: Registro de estudiantes nuevos en línea:

El registro de estudiantes nuevos debe completarse en línea antes de venir a la oficina para registrarse. La inscripción en línea está abierta para la inscripción en KT / K.

Si no tiene acceso a una computadora/ internet, llame a Washington al 897-2955.

Tendremos computadoras disponibles para usted. Acceda al siguiente sitio web para registrarse en línea: register.ksd.org. Una vez que se accede al sitio web, seleccione el icono "Aeries AIR" y continúe para seleccionar la preferencia de idioma. Luego haga clic en "inscribir a un nuevo estudiante". Seleccione el año escolar 2019-2020 y haga clic en siguiente para una dirección válida. En la página de inicio de sesión, haga clic en "crear una nueva cuenta". Continúe siguiendo las instrucciones / indicaciones.

Segundo paso: Registro en la oficina

Los siguientes documentos deben ser llevados a Washington el día de la inscripción:

1. Certificado de nacimiento certificado de bautismo o pasaporte.
2. Registro de vacunación, incluida la prueba cutánea de tuberculosis o la evaluación de riesgo de tuberculosis pediátrica
3. Examen físico completado dentro de 1 año desde el comienzo de la escuela
4. Prueba de residencia: prueba de residencia aceptable (actualizada): Declaración/ recibos de hipoteca, contrato / acuerdo/ recibos de alquiler, factura de PG&E o factura de gas
5. Formulario de residencia conjunta, si su familia / niño reside con otra familia
6. Órdenes de custodia / documentos de tutela

Por favor complete los siguientes formularios que están disponibles en nuestra oficina, o pueden ser impreso desde nuestro sitio web en <https://www.ksd.org/washington>

Inventario de Salud Estudiantil y Evaluación de Salud Bucal

Formularios de transporte de Southwest, si su hijo viajará en autobús hacia / desde la escuela

Distrito de Comunidad de Escuelas Primarias de Kingsburg 2019-2020
Historial de salud del estudiante/ Información de Emergencia

Apellido _____ Nombre _____ Inicial ___ F/N _____ M F Grado ___

Doctor _____ Teléfono # _____ Dentista _____ Teléfono # _____

Marque solo lo que aplique y devuelva a la oficina de la escuela

*FIRMA Y FECHA REQUERIDA ATRAS

ADD/ADHD: Necesita medicación? Si No Nombre de la medicación _____
Dada en la escuela? Si No Nombre/teléfono del doctor _____

Asma: Necesita medicación/inhalador? Si No Diariamente? Como sea necesario?
 Con ejercicio?
Nombre de la medicación _____ Dada en la escuela? Sí No

*Reacción alérgica: A qué? _____ erupciones? Sí No
(Severa) Dificultad de respiración? Si No Tiene epi-pen? Si No
Acción requerida _____
Nombre/ número Doctor _____

Vejiga/ riñón Si No Explique: _____

Depresión Clínica Necesita medicación? Si No Nombre de la medicación _____
Dada en la escuela? Si No Nombre/ número Doctor _____

Diabetes: Tipo I Tipo II Medicamentos? Oral Inyección dada en la escuela? Si No Bomba?
Necesita medicación? _____ Nombre/ número Doctor _____

Problemas de oído Infección frecuente? Pasado Presente Pérdida audición permanente? Fecha último examen _____

*Desorden de convulsiones Fecha ultima convulsión _____ Necesita medicación? Sí No
Necesita medicación? _____ Nombre/ número Doctor _____

Problemas de corazón Diagnóstico _____ Nombre/ número Doctor _____

Hospitalización Fecha/ explique _____
(Pasados 12 meses)

Ortopédico Frenos/zapatos correctivos? Muletas Silla de ruedas? Terapia física?
Condiciones CCS? Otras limitaciones físicas _____

Problemas Visión Usa lentes? Todo el tiempo Sólo lectura Contactos Fecha último examen _____

Código de Educación de California Ed-49423 estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesita una "Autorización de Medicamentos" completado anualmente. Esta forma debe ser archivada en la escuela antes de que se pueda dar la medicación.

* Estas condiciones requieren un Plan de Salud. Nota: Cualquiera de las condiciones anteriores pueden requerir un Plan de Salud.
Todos los formularios pueden obtenerse en la Oficina de Salud de la Escuela.



Please complete back side and sign

Por favor liste cualquier otra información importante de salud o comportamiento

El Código de Educación de California 49480 requiere que los padres/ tutores legales informen a la enfermera de la escuela o designado o al empleado de la escuela certificado de cualquier niño que esté tomando una medicación durante un tiempo continuo. Con el consentimiento del padre/ tutor legal, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el personal médico y de la escuela y puede asesorar referente a los posibles efectos de la droga.

Está el niño tomando medicamento regularmente? No _____ Sí _____ Si es positivo, favor complete lo siguiente:

Clase de medicina	Dosis	Médico	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CCA 49423. Si se necesita medicación prescrita durante el día escolar, se puede ayudar siempre que la escuela reciba: (1) una declaración escrita del médico detallando el método, la cantidad y el horario de tiempo; y (2) una declaración por escrito de los padres/ custodios, etc. **El medicamento debe estar claramente etiquetado y enviado a la escuela en un envase de la farmacia (formulario disponible en la escuela).**

Compañía de Seguro Médico _____

Número de póliza _____ Dirección _____

No. de licencia de conducir del padre o custodio _____

No. de licencia de conducir de la madre o custodio _____

Hermanos (mayor a menor)

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NO HAY PROBLEMAS DE SALUD/ NECESIDADES ESPECIALES CONOCIDAS

Firma del padre o custodio _____ Fecha _____

Kingsburg Joint Union School District

Kingsburg Elementary Charter School District



WESLEY SEVER, ED.D.
Superintendent

MELANIE SEMBRITZKI
Assistant Superintendent
Curriculum & Instruction,
Special Projects

Oral Health Notification Letter

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en 1-844-421-3484.
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.benefitscal.com/>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en 855-832-8082.

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.
 - Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame a Sheryl Adams en 897-5193.

Atentamente,



Wesley Sever, Ed.D.
Superintendent

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: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <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) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
---	---	---	---

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.

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

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

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos 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					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

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

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

Firma del examinador de salud

Fecha

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.dhcs.ca.gov/services/chdp

Washington School Request for Southwest Transportation
Escuela Washington Requisitos para el transporte escolar

Office submitted to
Southwest on:

Name of Student to be transported: _____ Room: _____
Nombre del Estudiante que va ser transportado: _____ Salon: _____

Address: _____
Direccion: _____

Name of Parent: _____ Phone Number: _____
Nombre del padre 'o madre: _____ Telefono: _____

Address of pickup or drop off if different than above:

Direccion dondo sera levantado y dejado solo si es diferente a la arriba:

Circle the appropriate choice and the days that apply:
Circula los dias que nescites

Pick-Up M T W TH F
Levantar

Effective Date: _____
fecha efectiva

Drop-Off M T W TH F
Dejar

Parent Signature: _____
firmada del padre



SOUTHWEST TRANSPORTATION AGENCY
STUDENT RELEASE TO SIBLING OR
ADULT/GUARDIAN AGREEMENT

School: _____

Grade: _____

Route: _____

Students Address _____

- A. This agreement will allow the student (s) stated below to be released to a sibling and /or an adult/guardian. This agreement also dismisses Southwest Transportation from any responsibility once the student is released.
B. Este acuerdo permitirá al estudiante (s) declarado a continuación para ser lanzado a un hermano y/o un adulto o tutor. Este acuerdo también descarta transporte de Southwest de cualquier responsabilidad, una vez que el estudiante es liberado.

I _____ give permission for _____ to get off the
Parent Name Student Name
bus with and / or be released to _____
Name of Sibling/Adult/Guardian

Parent Signature Date

Yo _____ doy permiso para _____ a bajarse del
Nombre de Padre Nombre de Estudiante
autobús con / o liberará a _____
Nombre de Adultos/ Hermano/Tutor

Firma de Padre Fecha

SUBMIT