

Escuela Primaria Washington
“!Encontrando una manera para que TODOS los estudiantes aprendan!”

1501 Ellis Street, Kingsburg, CA 93631

(559) 897-2955 FAX (559) 6863

Dr. Wes Sever, Superintendente
Sra. Laura North, Directora

Sra. Melanie Sembritzki, Asist. al Superintendente

Aviso de Inscripción al KT/Kínder 2018-19

FECHAS: lunes a viernes, del 5 al 9 de febrero, de 8:30 a.m. a 3:30 p.m.

Martes, 6 de febrero, 4:00 p.m. - 6:30 p.m.

Sábado, 10 de febrero, 12:00 p.m. - 4:00 p.m.

DONDE: Oficina de la Escuela Primaria Washington

REQUISITO DE EDAD:

Los estudiantes que cumplan 5 años el 1 de septiembre o antes, son elegibles para el Kínder.

Los estudiantes que cumplan 5 años de edad entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre son elegibles para el Kínder de Transición

INSCRIPCION PARA NUEVOS ESTUDIANTES:

La inscripción de nuevos estudiantes debe completarse en línea antes de venir a la oficina para registrarse. La inscripción en línea se abrirá para la matrícula de KT / K el 1ro de febrero. Si necesita acceso a una computadora, tendremos computadoras disponibles en la oficina.

Por favor, acceda al siguiente sitio web: register.kesd.org

Una vez que se accede al sitio web, seleccione el ícono “Aeries AIR” y siga el programa para completar el registro en línea.

Para completar el proceso de registro de un nuevo estudiante, se deben llevar los siguientes documentos a Washington el día del registro:

1. **Certificado de nacimiento certificado**
2. **Tarjeta de Seguro Social**
3. **Registro de vacunación, incluida prueba de prueba cutánea de TB**
4. **Examen físico completo**
5. **Comprobante de residencia** – Prueba aceptable de residencia (fecha actual): estado de la hipoteca, alquiler contrato / acuerdo, factura de PG & E, factura de Southern California Edison
6. **Formulario de residencia conjunta**, si su familia / hijo reside con otra familia
7. **Ordenes de custodia**
8. **Documentos de tutela**

Complete los formularios adjuntos y envíelos a la oficina el día que se registre:

1. Inventario de salud del estudiante
2. Evaluación de salud oral
3. Formularios de transporte de Southwest, si su hijo viajará en el autobús hacia / desde la escuela

Si no es residente del Distrito Escolar Primario de Kingsburg, complete un formulario de solicitud de transferencia entre distritos disponible en la oficina principal o en la Oficina del Distrito, ubicada en 1310 Stroud Avenue, Kingsburg.

** Requisito de fecha límite: aunque aceptamos estudiantes nuevos durante todo el año, la asignación de clases de prioridad (consideración de solicitud de maestros) se destinará a los estudiantes que hayan completado el proceso de inscripción antes del 12 de febrero.*

Distrito de Comunidad de Escuelas Primarias de Kingsburg 2016-2017
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 _____

Requisito de evaluación/exención de salud dental para ingreso escolar

La Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley de California ahora requiere que su hijo tenga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año escolar. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del periodo de 12 meses previo al inicio del año escolar, también son válidos. Si no puede llevar a su hijo al chequeo dental, podrá obtener una exención para este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1

Deberá 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 (número):	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado escolar:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre, madre o tutor:	Raza u 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"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de isla en el Pacífico <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Desconocido		

Section 2: Oral Health Data Collection

To be completed by the dental professional conducting the assessment

(Información de Salud Dental - a ser completado por el profesional dental)

Assessment Date: <i>(fecha de evaluación)</i>	Visible caries and/or fillings present: <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i> <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>	Visible caries present: <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i> <i>(caries visibles presentes)</i>	Treatment Urgency <i>(urgencia de tratamiento)</i>: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <i>(se recomienda atención dental)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed <i>(se necesita atención urgente)</i>
--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dental professional's signature
Firma del profesional de salud dental

Date
fecha

Sección 3

Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita ser disculpado de cumplir con este requisito

Solicito que mi hijo sea disculpado de cumplir con el requisito de evaluación de salud dental para ingreso escolar debido a la siguiente razón:

(Por favor marque el espacio que describe la razón)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el seguro de mi hijo.

Mi hijo está cubierto con el seguro: Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Ninguno Otro

No puedo pagar por el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que mi hijo reciba un chequeo dental.

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

La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. La identidad de su hijo no será asociada con ningún reporte producido como resultado de este requisito. Si tiene cualquier pregunta sobre este requisito, por favor contacte a la oficina de la escuela.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Date

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

Circle the appropriate choice and the days that apply:

Circula los dias que nesecites

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

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 entreguelo 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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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.

Aviso al Examinador: Por favor de 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 pongan las fechas de las inmunizaciones en el Registro de Inmunización de la Escuela en California (PM 286) en papel azul.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA
Historia de Salud	
Examen Físico	
Evaluación de Dientes	
Evaluación de Nutrición	
Evaluación del Desarrollo	
Pruebas Visuales	
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	
Análisis de Sangre (para anemia)	
Análisis de Orina	
Análisis de Sangre para el plomo	
Otra	

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acellular] pertusis) 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					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (Opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

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

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Firma del padre/madre o guardián Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	Fecha Fecha
----------------------------------------------------------------------------------	----------------