

Bienvenidos a Emerson Elementary 2024-2025

Documentos que necesita al momento de la inscripción:

1. Identificación del padre
2. Acta de nacimiento
3. Registro de vacunas
4. (2) comprobantes de domicilio



Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse conmigo (951) 788-7462 Ext.
41057



Grado	Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna ^{1, 2, 3}				
Ingreso a K-12 °	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para K-12°	+ 1 Tdap			
Paso a 7° grado ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

Instrucciones:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

Admita Incon Incondicionalmente a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente*

Admita Condicionalmente a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

BOARD OF EDUCATION

Mr. Dale Kinnear, *President* | Mr. Tom Hunt, *Vice President*
Dr. Noemi Hernandez-Alexander, *Clerk* | Mr. Brent Lee, *Member*
Dr. Angelo Farooq, *Member* | Ms. Renee Hill, *Superintendent*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2024-2025 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que NO se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 3/2024

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

- No se conoce algún problema de salud Comentarios:
- Alergias (favor de explicar)
- Deficiencia de atención/hiperactividad
- Asma (depende de inhalador*)
- Diabético (depende de insulina*)
- Convulsiones/Epilepsia (requiere medicamento*)
- Cirugías
- Enfermedades graves (favor de explicar)
- Otro medico (favor de explicar)
- Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS
INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) PROGRAMAS ESPECIALES

- Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
- Plan de Conducta/Contrato de Conducta
- Terapia de habla Equipo de estudio estudiantil (SST) Programa de Especialista de Recursos (RSP) Foster/Hogar de Crianza
- Clase especial diurna (SDC) Sin Hogar/McKinney-Vento Plan 504 Adaptado Ninguno aplica
- Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:

- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*
- Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

*Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino
- Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elijá uno o más)

- Indígena americana o de Alaska Filipino Coreano Tahitiano Indio asiático Guamaniano Laosiano Vietnamita
- Negro o afroamericano Hawaiano Otro asiático Caucásico Camboyano Hmong Otro isleño pacífico
- Chino Japonés Samoano

*** FIRMA DE PADRE/TUTOR***

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), acoso basado en la actual o percibida ascendencia, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, estado de inmigración, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Para preguntas o para presentar quejas con respecto a la discriminación, intimidación, hostigamiento (incluso acoso sexual), con el Oficial de Cumplimiento de Equidad del Distrito: Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83030, rayala@riversideunified.org, y/o David Marshall, Oficial de Resolución, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex. 80426, dmarshall@riversideunified.org. Asunto relacionado con acoso estudiantil o Título IX: Bethany Scott, 3380 14th Street Riverside, CA 92501, (951) 788-7135 ex 80135, bscott@riversideunified.org, y Sección 504 Coordinador: Gerardo Arenas, Administrador - Coordinador de Programa, Servicios Estudiantiles, 5700 Arlington Avenue Riverside, CA 92504, (951) 352-1200 ex. 83503, garenas@riversideunified.org.

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: _____ Student ID: _____ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire
 Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical
 Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents
 Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino No binario

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma

Convulsiones

Fecha de la última convulsión _____

Tipo de convulsión _____

Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

Alergias

Abejas

Comidas _____

Alérgico al medicamento _____

Otro _____

Limitaciones físicas _____

Equipo especializado necesario en casa

Equipo especializado necesario en la escuela

Intolerancia a la lactosa

Soplo /enfermedad del corazón _____

Otras condiciones _____

Diabetes **Tipo I** **Tipo II**

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher

Distrito escolar unificado de Riverside Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

Instrucciones para padres y tutores: El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

Assessment Center Use Only: STU-ID: _____
School Year: _____ School: _____
Appointment Date: _____ Time: _____
Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations

Alumno: _____	Apellido _____	Primero _____	Segundo _____	Grado _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____	Apt. # _____	Ciudad _____	Estado _____	Area postal _____	Teléfono _____
1. _____	Nombre de la escuela, distrito escolar anterior _____ Ciudad, Estado _____				
2. _____	Nombre de la escuela, distrito escolar anterior _____ Ciudad, Estado _____				

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

¿Le gustaría que la correspondencia escolar se le envíe a casa en inglés o traducida a otro idioma? _____ / _____

Firma del Padre/tutor _____ / Fecha _____

Nombre escrito del Padre/tutor _____

2024-2025 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F / Nonbinary** _____ **Grade:** _____ **Age:** _____ **Birthdate:** _____
Genero Grado Edad Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ **Zip Code** _____ **Home Phone** _____
Domicilio Código Postal Teléfono

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication _____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que **si** anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian**. If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older.**
Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor**. Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 años de edad.**

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/ Fecha



Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Seleccione una casilla a continuación.**

- Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

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

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Por favor, indique todos sus hijos en edad escolar que actualmente viven con usted:

Nombre	M/F/Non binario	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si 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 le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el Coordinador de servicios estudiantiles, **Chris Sewell**, por teléfono al **(951) 352-1200** o por correo electrónico csewell@riversideunified.org

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program, scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

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>
--	--	--	---

<hr/> Firma del profesional de salud dental matriculado <i>[Licensed Dental Professional Signature]</i>	<hr/> Número de matrícula de CA <i>CA License Number</i>	<hr/> Fecha <i>Date]</i>
---	--	------------------------------------

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.]

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2024-2025
RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: <https://www.riversideunified.org/department/pupil-services/parent-handbook>

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión

Si, doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*Como indicado arriba*)

No, no doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (*A menos que haya sido contactado para dar permiso especial*)

Política de uso aceptable

Si, yo/nosotros estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno

Si, doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

No, no doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2024-2025, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de alumno _____ Fecha _____

Información del Estudiante Recién Inscrito en RUSD:

Por favor incluya solo a los estudiantes recién inscritos en RUSD. Si hay más de 3 estudiantes, complete un formulario adicional.

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela :

Fecha de Nacimiento:

 D D M M A A A A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

 D D M M A A A A

Nombre del Estudiante:

Numero de Identificación#

Nombre de Escuela:

Fecha de Nacimiento:

 D D M M A A A A

Tamaño Total del Hogar y Verificación de Ingresos Mensuales:

Por favor marque con un círculo el número que represente el tamaño total de miembros en su hogar, incluyéndose a usted mismo. Luego, marque con un círculo el nivel de ingresos mensuales total: A, B o C (marque solo una opción).

● Tamaño del hogar (1)

- a) \$0 - \$1,632
- b) \$1,633 - \$2,322
- c) \$2,323 - o más

● Tamaño del hogar (2)

- a) \$0 - \$2,215
- b) \$2,216 - \$3,152
- c) \$3,153 - o más

● Tamaño del hogar (3)

- a) \$0 - \$2,798
- b) \$2,799 - \$3,981
- c) \$3,982 - o más

● Tamaño del hogar (4)

- a) \$0 - \$3,380
- b) \$3,381 - \$4,810
- c) \$4,811 - o más

● Tamaño del hogar (5)

- a) \$0 - \$3,963
- b) \$3,964 - \$5,640
- c) \$5,641 - o más

● Tamaño del hogar (6)

- a) \$0 - \$4,546
- b) \$4,547 - \$6,469
- c) \$6,470 - o más

Si su hogar tiene más de 6 miembros, complete un formulario adicional o comuníquese con Servicios de Alimentación y Nutrición al (951) 352-6740.

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa y he divulgado todos los ingresos. Reconozco que la escuela puede recibir fondos estatales y federales basados en esta información y que puede estar sujeta a revisión.