

Two Rock Union School District

5001 Spring Hill Road • Petaluma, CA • 94952

Phone: (707) 762-6617 • Fax: (707) 762-1923

www.trusd.org

A: _____

Nombre de la escuela anterior

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Re: Lanzamiento de Registros para:

Nombre del estudiante

Grado

Fecha de nacimiento

Nombre del estudiante

Grado

Fecha de nacimiento

Nombre del estudiante

Grado

Fecha de nacimiento

Los estudiantes nombrados arriba se han inscrito en nuestro distrito escolar. Envíe todos los registros de los estudiantes, incluidos los registros de salud y cualquier registro de evaluación de educación especial a nuestra escuela.

Por la presente otorgo permiso para publicar todos los registros relacionados con mi hijo. Esta información puede incluir la carpeta acumulativa, puntajes de logros de inteligencia, registros de salud, comprender que tengo el derecho de inspeccionar y revisar todo el material en el registro acumulativo de mi hijo que está destinado para uso escolar.

Firma del padre

Fecha

Toni L. Beal, Superintendent/Principal
Board of Trustees

Ken Mazzetta, President

Kathy Wilson, Clerk

Julie Jacobsen

Gayleen Maas

John Silvestrini

DISTRITO ESCOLAR UNIDO TWO ROCK - FORMA DE REGISTRACION DE ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante: Masculino Femenino Kinder Transicional

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tel. Celular: _____

Previa Escuela Asistida (1st-6th grados) _____

Dirección: _____ Grados: _____ Fechas: _____

El estudiante ha asistido previamente a una escuela de OAUSD? Si _____ No _____ Cuando _____

(K) Asistió a Preescolar: Si No

Nombre de Preescolar _____

Ciudad _____

Estado _____

CUMPLEAÑOS DE ESTUDIANTE:

Mes _____ Día _____ Año _____

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad _____ Estado _____

Condado _____

<p>ESTADO DOMICILIARIO DE ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar Permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Sin Hogar/Asilo Temporal</p> <p>Una forma de Cuidado de Afidavit debe ser llenada para estudiantes que viven con un Tutor legal que no sea el padre/madre.</p>	<p>CUSTODIA DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Custodia Compartida</p> <p><input type="checkbox"/> Custodia Individual</p> <p><input type="checkbox"/> Tutorial</p> <p>Si hay Arreglo de Custodia Legal sobre éste estudiante por favor provea una copia a la Oficina de la Escuela y marque uno de los de arriba.</p> <p>Fecha de expiración de la orden judicial _____</p>	<p>ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> No-Hispano</p> <p>Fecha primera en que el estudiante asistió a una escuela en Estados Unidos: _____</p> <p>En California: _____</p>	<p>RAZA DEL ESTUDIANTE</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Laociano</p> <p><input type="checkbox"/> Americano Nativo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Dejado en Blanco Intencionalmente</p>	<p>NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES Por favor indique abajo</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Prepa/Post Grad</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Colegio</p> <p><input type="checkbox"/> Algo de Colegio (AA incluido)</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> No Graduado de Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Rehusar ó Desconocido</p> <p>Madre/Tutor Legal: _____</p> <p>Padre/Tutor Legal: _____</p>
--	---	--	---	---

Apellido del Estudiante:

PADRE/TUTOR LEGAL: Relación con Estudiante: _____ Lenguaje: _____

Nombre: _____

Empleador: _____
Nombre Ocupación Num. de Celular o de Trabajo

U.S. Servicio Militar: Rama: _____ Fechas de Servicio: _____

DIRECCION PRINCIPAL DE CORREO ELECTRONICO: _____

MADRE/TUTOR LEGAL: Relación con Estudiante: _____ Lenguaje: _____

Nombre: _____

Empleador: _____
Nombre Ocupación Num. de Celular o de Trabajo

U.S. Servicio Militar: Rama: _____ Fechas de Servicio: _____

DIRECCION PRINCIPAL DE CORREO ELECTRONICO: _____

Otros Niños en la Familia:

Apellido _____	Primer Nombre _____	Seg. Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Apellido _____	Primer Nombre _____	Seg. Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Apellido _____	Primer Nombre _____	Seg. Nombre _____	Fecha de Nac. _____

PROGRAMAS ESPECIALES

- RSP SDC SPEECH
- GATE Active IEP/504
- Otro: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

FECHA _____

SCHOOL USE ONLY

- Teacher _____
- Grade _____ Year _____
- Check when received:
- Birth verification _____
- Immunization Records _____
- Oral Assessment (TK-1st) _____
- Proof of Residence _____
- Student Health History _____
- Interdistrict Transfer form _____
- Home Language Survey _____
- Health Exam (TK-1st) _____
- Emergency Card _____
- Lunch Application _____
- Cum Requested Date _____
- Employee: _____
- Date Completed: _____

Primer Nombre:

SSID#:

**DISTRITO ESCOLAR UNIDO TWO ROCK
ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR**

Nombre del Estudiante: _____ Apellido _____ Primer Nombre Dado _____ Segundo Nombre Dado _____

Escuela: _____ Edad: _____ Nivel de Grado: _____ Nombre del Maestro: _____

Instrucciones para Padres y Tutores:

El *Código de Educación de California* contiene requerimientos legales el cual dirige a la escuela a determinar los idiomas hablados en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial en orden para que la escuela provea programas y servicios de instrucción adecuada.

Como padres y tutores, se pide su cooperación en cumplir con este requisito legal. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas listadas abajo lo más exactas posibles. Para cada pregunta, escriba el/los nombre/s del lenguaje que aplique en cada espacio proveído. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Cuál idioma su niño/a aprendió cuando él/ella comenzó a hablar? _____
2. ¿Cuál idioma su niño/a habla más frecuentemente en casa? _____
3. ¿Cuál idioma ustedes (los padres o tutores) usan más frecuentemente cuando hablan con su niño/a? _____
4. ¿Cuál idioma es más frecuentemente hablado por adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto) _____

Por favor firme y anote la fecha de esta forma en los espacios proveídos abajo, luego regrese la forma con su paquete de registración. Gracias por su cooperación.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

HISTORIAL DE SALUD

FECHA _____ GRADO _____ MAESTRO/A _____

ALUMNO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ALUMNOS PREVIAMENTE MATRICULADOS

Marque aqui si no se han presentado nuevos problemas de salud _____

ALUMNOS NUEVOS

_____ **Problemas Cronicos de Salud** que actualmente requieren de atención medica regular:

Convulsiones _____ Asthma _____ Diabetes _____
Problemas urinarios _____

Por favor explique:

_____ **Requiere Medicina en Forma Regular:** Indicar el nombre, la dosis y la frecuencia

_____ **Alergia:**

A la comida: _____ Reaccion: _____
Picadura de insecto: _____ Reaccion: _____

_____ **Historia de Anaphylaxis:**

Debemos mantener la medicina en la escuela? SI _____ NO _____

_____ **Problemas de la Vista:**

Debe utilizar anteojos en la escuela? SI _____ NO _____

_____ **Problemas del Oido:**

Perdida temporal _____ Perdida permanente _____

_____ **Alguna Operación, Cirugia?** Por favor explique _____

_____ **Otra Información Pertinente** _____

_____ **El alumno no sufre de problemas cronicos de salud.**

Firma

Oral Health Assessment 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: [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)]
---	--	---	---

Oral Health Assessment Form

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

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 entregarlo 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 GUARDIAN

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(m/m/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	/ /

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 que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

*de ser indicado

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	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/dT/d (difteria, tétano y [acetular] pertuis [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					
VARICELA (Viruela locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

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

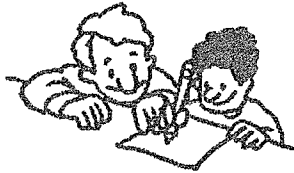
*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM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

Two Rock Union School District

5001 Spring Hill Road • Petaluma, CA • 94952

Phone: (707) 762-6617 • Fax: (707) 762-1923

www.trusd.org



Padres Pueden Ayudar en Casa

Preparación para la Escuela

- Antes de comenzar el año escolar enseñale a su hijo/a una manera segura de ir a la escuela o de llegar a la parada del autobús. Quizas gustaría compartir y conocer la escuela con su hijo/a.
- Levante a su hijo/a temprano y con bastante tiempo cada día para llegar a la escuela sin prisa o confusión.
- Marque el nombre de su hijo/a en toda la ropa, libros o otros artículos traídos a la escuela.
- Proporcionele ropa cómoda a su hijo/a que le permita movimiento para jugar.
- Favor de dejar a su hijo/a en la puerta del salón de clase o el lugar designado. Su hijo/a está en un lugar seguro, con personas simpáticos y profesionales y su hijo/a se acostumbrará bien y rápido a la escuela.
- Mantenga la escuela informada. Si usted cambia el número de teléfono o niñera, o hay otras cosas que puede afectar su hijo/a, favor de comunicarse con la escuela.

Ayudandole a su hijo a tener éxito en la escuela

- Ayudale a su hijo/a a tener control de si mismo y a compartir atención con los demás.
- Ayudale a su hijo a planificar y completar proyectos y actividades.
- Elogie a su hijo por sus logros. Alabanza ayuda a desarrollar actitudes positivas.
- Enseñele a su hijo a entender y cumplir con instrucciones simples.
- Dele a su hijo varias responsabilidades personales y de casa.
- Proporcionar una variedad de experiencias para ampliar la conciencia de su hijo del mundo.
- Hable con su hijo. Haga tiempo cadad día para platicar sobre el día escolar con su niño y demuestre interés positivo.
- Anime a su niño a pensar y tomar decisiones apropiadas.
- Ayude a su hijo a desarrollar el hábito de cortesía hacia los demás.
- Mantenga un tiempo definido para comer, descansar, jugar y dormir. Un horario regular desarrollar hábitos consistentes.
- Séa consistente con sus expectativas y comportamiento.
- Anime a su hijo a desarrollar su independencia.
- Lea con su hijo en casa todos los días. Los estudios muestras que leer 15 minutos cada día tiene un gran impacto positivo en el éxito escolar.

Toni L. Beal, Superintendent/Principal

Board of Trustees

Ken Mazzetta, President Kathy Wilson, Clerk Julie Jacobsen Gayleen Maas John Silvestrini