

Lista de Verificación de Inscripción de RUSD 2019-2020

COMPROBANTE DE NACIMIENTO DEL MENOR (provea UNO de la lista que aparece debajo):

Acta de Nacimiento (Registro de Condado), Pasaporte Actual, Registro Hospitalario, O de Bautismo.

REQUISITOS DE VACUNACIÓN DE CALIFORNIA

PARA De Kínder a 12º Grado (incluyendo kínder

GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNACIÓN ^{1, 2, 3}				
K-12º Admisión (7º - 12º) ⁸	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
7º Grado Avance ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para la admisión K-12º también se aplican a los alumnos transferidos.
- Las vacunas combinadas (p. ej. sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)) cumplen con los requisitos para vacunas de componentes individuales. Las dosis de (DTP) cuentan para el requisito de difteria, tétano y tos ferina (DTaP).
- Cualquier vacuna administrada cuatro o menos días antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis cumplen con el requisito si una dosis se administró en o después del cuarto cumpleaños.
- Cuatro dosis de DTaP cumplen con el requisito si al menos una dosis se administró en o después del cuarto cumpleaños. Tres dosis cumplen con el requisito si se administró al menos una dosis de la vacuna Tdap, DTaP o DTP a partir del séptimo cumpleaños. Una o dos dosis de la vacuna para el Tétano y Difteria (Td) administrada en o después del séptimo cumpleaños cuentan para el requisito.
- Para la admisión de séptimo grado, consulte la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad, subdivisión (c).
- Dos dosis de sarampión, dos dosis de paperas y una dosis de vacuna contra la rubéola cumplen con el requisito, por separado o combinadas. Solo las dosis administradas en o después del primer cumpleaños cumplen con el requisito.
- Para los estudiantes de 7º a 12º grado, se requiere al menos una dosis de la vacuna que contiene tos ferina en o después del séptimo cumpleaños.
- Para los niños en escuelas sin calificación, los alumnos de 12 años o más están sujetos a los requisitos de avance de séptimo grado.
- El requisito de varicela para el avance de séptimo grado expira después del 30 de junio de 2025.

DTaP / Tdap = toxoide diftérico, toxoide tetánico y vacuna contra la tos ferina acelular

Hep B = vacuna contra la hepatitis B

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

Varicela = vacuna contra la varicela

INSTRUCCIONES:

Se requiere que las escuelas de California verifiquen los registros de vacunación para todas las admisiones de estudiantes nuevos en Kínder Transicional/Kínder hasta el 12º grado y que todos los estudiantes avancen al 7º grado antes de ingresar.

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.

Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con:
 Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito
 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 or (951) 352-1200

REV 2/2019

ADMITIR INCONDICIONALMENTE a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacunación requerida para la edad o el grado del alumno según se define en la tabla anterior:

- Recibo de vacunación.
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051.
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

ADMITIR CONDICIONALMENTE a cualquier alumno que carezca de documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para el grado del alumno (tabla anterior) y actualmente no se debe administrar ninguna dosis al momento de la admisión (según lo determinen los intervalos enumerados en el Programa de admisión condicional, columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO"), o
- Una exención médica temporal de algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12º

Antes de la admisión, el menor debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis posterior debido al período de tiempo permitido antes de que haya transcurrido la exclusión.

DOSIS	LA DOSIS MÁS TEMPRANA PUEDE SER ADMINISTRADA	EXCLUYE SI NO ES ADMINISTRADA
Polio #2	4 semanas después de la 1ª dosis	8 semanas después de la 1ª dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2ª dosis	12 meses después de la 2ª dosis
Polio #4 ¹	6 meses después de la 3ª dosis	12 meses después de la 3ª dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ª dosis	8 semanas después de la 1ª dosis
DTaP #3 ²	4 semanas después de la 2ª dosis	8 semanas después de la 2ª dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ª dosis	12 meses después de la 3ª dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ª dosis	12 meses después de la 4ª dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ª dosis	8 semanas después de la 1ª dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2ª dosis	12 meses después de la 2ª dosis y al menos 4 meses después de la 1ª dosis
MMR #2	4 semanas después de la 1ª dosis	4 meses después de la 1ª dosis
Varicela #2	Si es menor de 13 años de edad: 3 meses después de la primera dosis	4 meses después de la 1ª dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ª dosis	8 semanas después de la 1ª dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis cumplen con el requisito si una dosis se administró en o después del cuarto cumpleaños.
2. Si DTaP #3 es la dosis final requerida, DTaP #3 debe administrarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos deben excluirse si no se administran 12 meses después de la segunda dosis. Tres dosis cumplen con el requisito si se administró al menos una dosis de la vacuna Tdap, DTaP o DTP en o después del séptimo cumpleaños. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada en o después del séptimo cumpleaños cuentan para el requisito.

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.

Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con:
 Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito
 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 or (951) 352-1200

La **asistencia continua** después de la admisión condicional está supeditada a la documentación de la recepción de la vacunación requerida restante. La escuela debe:

- revisar los registros de cualquier alumno admitido condicionalmente en una escuela al menos cada 30 días a partir de la fecha de admisión,
- informar al padre o tutor de las dosis de vacuna requeridas restantes hasta que se reciban todas las vacunas requeridas o se presente una exención, y
- actualizar la información de vacunación en el registro del alumno.

Para un alumno que está bajo transferencia de otra escuela en los Estados Unidos cuyo registro de vacunación no ha sido recibido por la nueva escuela al momento de la admisión, la escuela puede admitir al menor por hasta 30 días escolares. Si el registro de vacunación no se ha recibido al final de este período, la escuela excluirá al alumno hasta que el padre o tutor proporcione la documentación del cumplimiento de los requisitos.

Por favor lea el formulario “Estableciendo los Comprobantes de Residencia”

(Para conocer la documentación aceptable para comprobar su domicilio)

Copia de Programa de Educación Individualizado (IEP)

(Sólo Estudiantes de Educación Especial)

Paquete de Matriculación de RUSD Completado

Identificación con Fotografía de Padre/Tutor

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.

Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con:
Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 or (951) 352-1200

REV. 2/2019

CONCEJO DE EDUCACIÓN

Dr. Angelov Farooq, *Presidente* | Sra. Kathy Allavie, *Vicepresidenta*

Sr. Tom Hunt, *Secretario* | Sr. Brent Lee, *Miembro* | Sra. Patricia Lock-Dawson, *Miembro*

David C. Hansen, Ed.D., *Superintendente*



Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA

Dr. Gary McGuire, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2019-2020 – Estableciendo los Comprobantes 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: los depósitos en garantía pueden no culminarse, así que vigile esto. Solicite 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;
- 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, Agua, Luz, Basura, Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE
RIVERSIDE
3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

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

CENTRO DE MATRICULACIÓN CENTRAL
5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

Formulario de Inscripción/Formulario de Información

1) INFORMACION DEL ALUMNO Apellido del alumno: _____ Nombre legal, si es diferente: _____ Domicilio actual: _____ Domicilio de correspondencia, si es diferente: _____ Teléfono del hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de inscripción: _____		Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Correo electrónico de la familia: _____ Ciudad: _____ Ciudad: _____ Ciudad de madre/padre: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Ciudad de nacimiento: _____ Estado: _____		6) INFORMACION DE SALUD Marque todo lo que proceda: <input type="checkbox"/> No se conoce algún problema de salud <input type="checkbox"/> Alergias (favor de explicar): _____ <input type="checkbox"/> Deficiencia de atención/hiperactividad <input type="checkbox"/> Asma (<input type="checkbox"/> depende de inhalador) <input type="checkbox"/> Diabetes (<input type="checkbox"/> depende de insulina) <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia (<input type="checkbox"/> requiere medicamento) <input type="checkbox"/> Cirugías: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades graves (favor de explicar): _____ <input type="checkbox"/> Otro médico (favor de explicar): _____ <input type="checkbox"/> Otros medicamentos (favor de explicar): _____		GRADE: _____ <input type="checkbox"/> REGISTRATION COMPLETE Student ID: _____ School of Residence: _____ Special Education Placement (if applicable): _____	
2) ULTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA Nombre de la escuela: _____ Último día que asistió: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____ Fecha en que estudiante ingresó por primera vez en escuela en Estados Unidos: _____		7) PROGRAMAS ESPECIALES <i>Estudiantes Nuevos Solemnete</i> <input type="checkbox"/> Si, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Individual vigente (IEP) <input type="checkbox"/> Terapia de habla <input type="checkbox"/> Programa de Especialista de Recursos (RSP) <input type="checkbox"/> Clase especial diurna (SDC) <input type="checkbox"/> Mi hijo/a no ha participado en algún programa especial.		DOCUMENTS VERIFIED: <input type="checkbox"/> Mandatory Parent Notification Receipt <input type="checkbox"/> Parent Handbook <input type="checkbox"/> Residency <input type="checkbox"/> Utility Bill Date: _____ <input type="checkbox"/> Utility Bill Date: _____ <input type="checkbox"/> Other Verification: _____ <input type="checkbox"/> Affidavit of Residency <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Signature <input type="checkbox"/> Photo ID <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Lunch Application <input type="checkbox"/> Emergency Card <input type="checkbox"/> Custody documents <input type="checkbox"/> Birth Verification <input type="checkbox"/> Immunization record <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Transcripts <input type="checkbox"/> Student Residency Questionnaire <input type="checkbox"/> Health History Form <input type="checkbox"/> Student Ethnicity and Race <input type="checkbox"/> Home Language Survey <input type="checkbox"/> Pending <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Date _____		Office Use Only <input type="checkbox"/> REGISTRATION COMPLETE Date: _____	
3) INFORMACION DE FAMILIA Escriba su nombre y apellido: _____ Padre/Padrastro/Padre de crianza: _____ Persona proporcionalmente cuidada al menor/Tutor: _____ Madre/Madrastra/Madre de crianza: _____ Persona proporcionalmente cuidada al menor/Tutor: _____ Colegio del Programa de Educación 192 de Miembro Familiar en las Fuerzas Armadas bajo Servicio Activo: _____		8) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA <i>Estudiantes Nuevos Solemnete</i> SUSPENSION: <input type="checkbox"/> Mi hijo/a fue previamente suspendido de una escuela pública/privada. EXPULSION: <input type="checkbox"/> Mi hijo/a fue expulsado de una escuela pública/privada. <input type="checkbox"/> Mi hijo/a está actualmente siendo referido para la expulsión de una escuela pública/privada o del distrito.*		Date: _____		Date: _____	
4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR Nombre (primero y apellido): _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____		9) NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES Marque todo lo que proceda: <input type="checkbox"/> Nos es en graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduated de universidad <input type="checkbox"/> Algunos de universidades (obtuvo licenciatura, 2 o 4 años) <input type="checkbox"/> Se niega a declarar o no conoce del graduado		Date: _____		Date: _____	
5) CUESTIONARIO DE RESIDENCIA PARA ESTUDIANTES <input type="checkbox"/> En una residencia para una sola familia <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento, per NO por dificultad económica <input type="checkbox"/> Con parientes o amigos por FALTA DE RECURSOS para obtener un hogar (120) <input type="checkbox"/> En un albergue o programa de vivienda de transición (100) <input type="checkbox"/> En un motel/hotel (110) <input type="checkbox"/> Temporalmente sin refugio, en su automóvil o campamento (130) <input type="checkbox"/> En casa Foster o Hogar de Grupo (190)		10) ETNICIDAD DEL ALUMNO <i>Estudiantes Nuevos Solemnete</i> <input type="checkbox"/> No, no es hispano o latino <input type="checkbox"/> Si, es hispano o latino		Date: _____		Date: _____	
11) RAZA DEL ALUMNO <i>Estudiantes Nuevos Solemnete</i> <input type="checkbox"/> Indígena americana o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Laotiano <input type="checkbox"/> Océanoico <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño pacífico <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tailandés		12) FIRMAS DE PADRE/TUTOR*** El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación: acceso, intimidación, o acoso estudiantil en todos los programas del distrito, actividades, y eventos en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de apoyo del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200		Date: _____		Date: _____	

Este formulario es solamente para informes de estadísticas/encuesta y seran mantenidas confidenciales.
 Por favor marque la caja que mas cercanamente se refiera a los padres.
 *Por la ley los padres son exigidos divulgar esta informacion (EC 49913)
 FIRMA DE PADRE/TUTOR
 El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación: acceso, intimidación, o acoso estudiantil en todos los programas del distrito, actividades, y eventos en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de apoyo del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

2019-20 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

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

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

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

Father/Guardian Name _____ Work Phone _____ Cell _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo
Email Address _____ Lives with student _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Mother/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 sí 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.
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.

Table with 3 columns: Name / Nombre, Relationship to student / Parentesco con el estudiante, Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell. Multiple rows for listing contacts.

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/ Tutor Fecha

Riverside Unified School District

CENTRAL REGISTRATION CENTER
5700 Arlington Avenue
Riverside, California 92504
PUPIL SERVICES DEPARTMENT
(951) 352-1200
FAX: (951) 274-4200

ETNICIDAD Y RAZA ESTUDIANTIL

El gobierno federal y el Departamento de Educación de California requieren información sobre la etnia y la raza de todos los alumnos. Favor de revisar las siguientes categorías y marcar las que mejor definan el origen étnico y la raza de su hijo/a.

Etnia	¿Es este alumno hispano o latino? (Elija sólo una) <input type="checkbox"/> No, no es hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí, es hispano o latino
La parte de la pregunta arriba se trata de la etnicidad, no la raza. Sin importar lo que usted eligió arriba, favor de continuar a contestar lo siguiente al marcar una o más casillas para indicar lo que usted considera ser la raza del alumno.	
Raza	¿Cuál es la raza de este alumno? (Elija una o más*) *Si usted marca más de una, favor de poner un círculo alrededor de la raza principal.
<input type="checkbox"/> Indígena americana o indígena de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Laosiano
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Otro asiático
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro isleño pacífico
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Guamaniano	<input type="checkbox"/> Tahitiano
<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Blanco

NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES

El Departamento de Educación de California manda que los distritos escolares incluyan la siguiente información sobre los alumnos. Esta información será confidencial y no formará parte del expediente permanente del alumno.

Favor de indicar el nivel educativo más alto de cualquiera de los dos padres:	
<input type="checkbox"/> No graduado de la escuela superior	<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad
<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela superior	<input type="checkbox"/> Estudios de posgrado
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de la universidad	<input type="checkbox"/> Declinar contestar
Yo verifico que la información de arriba es correcta	
_____ Firma del Padre, Madre o Guardián	_____ Fecha
_____ Apellido y nombre del alumno	_____ Fecha de nacimiento



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FORMULARIO DE RESIDENCIA MCKINNEY-VENTO

El propósito de este cuestionario es identificar a los estudiantes que viven en una situación desamparada. El completar la información siguiente, asegurará que se provean los derechos educativos, las protecciones, y los servicios conforme al acta federal McKinney-Vento Homeless Education Assistance Act.

No aplica; el estudiante no está sin hogar (si esta casilla está marcada, proceda a firmar y fechar al final)

Si su familia está sin hogar, seleccione una de las siguientes declaraciones:

Viviendo en un albergue, incluidos los albergues de vivienda de transición. (p.ej. *Path of Life Family Shelter*);
Por favor proporcione el nombre del albergue: _____

Dirección del albergue: _____

Viviendo en las calles, edificios abandonados, en autos, casa móvil, campamentos, lugares públicos, o viviendas que no son aptas para la vivienda;

Por favor proporcione información sobre el área en la que vive el estudiante:

Viviendo en un hotel/motel por falta de otra vivienda adecuada;

Por favor proporcione el nombre y la dirección del hotel/motel (incluyendo el número de habitación):

Viviendo con otra familia; **temporalmente** viviendo con otra familia o amigos debido a la falta de vivienda adecuada o por dificultades económicas.

Por favor proporcione la dirección de donde vive el estudiante:

Por favor responda a lo siguiente si marcó una de las cuatro casillas de arriba:

Fecha en que el estudiante se mudó a esta dirección: _____

¿Cuánto tiempo espera estar en esta dirección? _____

¿Están buscando vivienda permanente? _____

¿Viven los padres con el estudiante? _____

¿Si no, con quién vive el estudiante? _____ Relación con el estudiante: _____

Por favor, proporcione la siguiente información sobre los hermanos del estudiante de edad preescolar y escolar:

NOMBRE	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA	DISTRITO

Yo declaro bajo pena de perjurio de las leyes de California que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Padre/Tutor/Tutor Legal/Estudiante No Acompañado

Su Nombre en Letra de Molde

Fecha

For Office Use Only(Solamente para uso de la oficina):

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Jaemy Zavala in Pupil Services:
jzavala@rusd.k12.ca.us

Name of school site personnel receiving this form: _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

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

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 Leve Moderada Severa
 Inhalador en casa Inhalador en la escuela

Convulsiones Solo de bebé
 Actualmente toma medicamento _____

Alergias Leves Moderadas Severas

Abejas/insectos
 Comidas _____
 Fiebre del heno de temporada
 Alérgico al medicamento _____
 Otro _____
 EpiPen en casa EpiPen en la escuela

Limitaciones físicas _____
 Equipo especializado necesario en casa
 Equipo especializado necesario en la escuela

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 Glucagón? 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:

- Doctor's orders completed including parent and physician signatures.
- Diabetic Supplies
- Snacks
- Signed *Diabetic Treatment Plan for School* indicating parent review

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



SÉ EXTRAORDINARIO

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

Encuesta de Idiomas del Hogar

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	

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

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

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. Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero? _____
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 recibir correspondencia de la escuela traducido al español o ingles? _____ Ingles _____ Otro idioma _____

X _____ / _____
Firma del Padre/tutor / Fecha

Nombre del otro idioma _____

Nombre escrito del Padre/tutor _____

-Riverside Unified School District prohibits discrimination, harassment, intimidation, or bullying in all district programs, activities, and employment on the basis of actual or perceived ancestry, age, color, disability, gender, gender identity, gender expression, nationality, race or ethnicity, religion, age, sex, sexual orientation, parental or marital status, pregnancy, or association with a person or a group with one or more of these actual or perceived characteristics.
-El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.