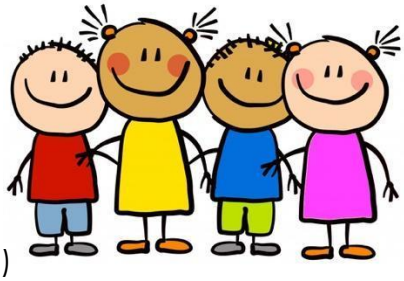
Solicitud de Inscripción

LBSD ofrece opciones de inscripción a estudiantes elegibles según la prioridad de edad y la disponibilidad de espacio. Los estudiantes que vivan dentro de los límites del distrito escolar tendrán prioridad de inscripción. Si reside fuera del área de asistencia del LBSD, primero debe completar una transferencia entre distritos con el distrito escolar de su residencia. En caso de dudas, no dude en llamar a la oficina del distrito al (408) 295-2450 o enviar un correo electrónico a lbsdsupport@lbsdk8.org. Junto con esta solicitud, envíe lo siguiente:

3 Pruebas de residencia (Esta política se aplica solo a las familias que viven dentro de los límites del distrito escolar)

- Factura de impuestos de su propiedad, contrato de arrendamiento o renovación del contrato de arrendamiento.
- Factura de servicios públicos actual con nombre y dirección.
- Facturas de servicios públicos del hogar
- Matrícula de automóvil o tarjeta de seguro
- Registros bancarios o de instituciones financieras
- Envío por correo de una agencia gubernamental (local, estatal o federal)



Comprovante de Nacimiento del estudiante

- Acta de Nacimiento, Pasaporte, Acta de Bautismo u otro Documento Oficial que indique la edad y fecha de nacimiento (DOB)

Registro de vacunacion actualizado

- comprovante de tuberculosis
- Tarjeta de vacunacion



Registro escolares anteriores

- Tarjeta de transferencia, boleta de calificaciones, carta de la escuela anterior, confirmando asistencia y nivel de grado, puntajes de exámenes, IEP.
- Prueba de custodia (si corresponde)

DISTRITO ESCOLAR DE LUTHER BURBANK (LBSD)

Solicitud de Inscripción a Kindergarten y Kindergarten Transicional

Año Escolar 2026-2027

Transitional Kindergarten (TK): *Los estudiantes deben tener* ***4 años cumplidos el 1 de septiembre de 2026 o antes****.*

Kindergarten: *Los estudiantes deben tener* ***5 años cumplidos el 1 de septiembre de 2026 o antes****.*

El ***Distrito Escolar Luther Burbank (LBSD)*** *permite que los estudiantes que cumplan con los requisitos se inscriban en* ***TK o Kindergarten*** *según la* ***prioridad por fecha de nacimiento y la disponibilidad de cupo****. Se dará prioridad de inscripción a los niños que residan dentro del* ***área de asistencia de la escuela****. Si usted* ***no reside dentro del área de asistencia del distrito****, primero debe completar un* ***formulario de transferencia interdistrictal*** *en el distrito escolar donde reside. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la* ***oficina principal****.*

Esta solicitud debe presentarse en ***4 Wabash Avenue, San José, CA 95128 • Teléfono:*** *(408) 295-1814 •* ***Correo electrónico:*** *lbsdsupport@lbsdk8.org*

Por favor, complete ***un formulario por separado para cada niño*** *de su familia para quien esté solicitando la inscripción.*

DECLARACIÓN

Para el ***año escolar 2026–2027****, los niños son elegibles para* ***Transitional Kindergarten (TK)*** *si cumplen* ***4 años el 1 de septiembre de 2026 o antes****. En circunstancias limitadas, el distrito escolar puede permitir que un niño que no cumpla con este requisito de edad se inscriba en TK, si se determina que es en el* ***mejor interés del niño*** *y con el* ***consentimiento del padre, madre o tutor legal****.*

PROCEDIMIENTO

1. Las solicitudes se colocarán en una lista de espera que se priorizará por prioridad de cumpleaños y disponibilidad de espacio. La prioridad para los niños que cumplan años el mismo día se determinará por sorteo.
2. Antes del primer día de clases, el distrito aceptará estudiantes de TK de estudiantes inscritos con documentación completa.
3. Se dará prioridad para la inscripción a los niños en el área de asistencia de la escuela. Después de que se haya ofrecido la inscripción a todos los niños del vecindario, las escuelas pueden inscribir a los estudiantes fuera del área de asistencia de la escuela según la disponibilidad de espacio, pero el transporte es responsabilidad del padre/tutor.
4. Para inscribir a un niño de edad elegible en TK o Kindergarten, el padre/tutor debe presentar los siguientes documentos:
    a. Paquete de inscripción completado**.**
    b. Todos los registros de vacunación requeridos y TB
    c. Prueba de examen físico y dental
    d**.** 3 comprobantes de residencia en el distrito dentro del distrito (con matasellos dentro de los 30 días posteriores a la presentación)
    e. Presentar un certificado de nacimiento/certificado de bautismo/pasaporte válido

_____

Apellido legal del estudiante, primero, segundo Fecha de Nacimiento

Registrarse para: ☐ Kínder Transicional ☐ Kínder **Género:** ☐ Masculino ☐ Femenino

He leído y comprendo toda la información anterior.

_____

Nombre del padre/tutor (letra de molde) Relación con el niño Firma del padre/tutor Fecha

District Office Use Only

Date Received:_____ **Child is on**: ☐ Waiting List ☐ Enrolled/Approved By:_____ **Date**:_____

DISTRITO ESCOLAR DE LUTHER BURBANK

REGISTRACIÓN ESCOLAR (Año Escolar 2026-2027)

Primer Apellido Legal | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha de nacimiento | Género

El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Legal Guardián ☐ Otro: _____

DIRECCIÓN PRINCIPAL DEL HOGAR: Este es el lugar donde reside el estudiante cada noche. Los PO no se aceptarán

Dirección | # de Apt | Ciudad | Código Postal

INFORMACION DE PADRES / GUARDIAN

1me Padre: ☐ Madre ☐ Padre ☐Otro: _____

Nombre: _____

Numero de Celular: _____

Otro número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nivel de Educación?_____

2do Padre ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

Nombre: _____

Numero de Celular: _____

Otro número de Teléfono: _____

Correo Electronico: _____

Nivel de Educación? _____

Ejemplos: ☐ No graduada(o) de Prepa ☐ Graduado de Prepa ☐ Algo de Universidad ☐ Graduado de Universidad ☐ Más que Universidad ☐ Niego indicarlo

Dirección Secundaria: Esto es solo si los padres viven separados

Dirección de: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____

Dirección | # de Apt | Ciudad | Código Postal

Por favor ingrese el nombre de contactos y su relación con los estudiantes. NO escriba a los padres / guardianes.

INFORMACION DE EMERGENCIA

Apellido | Primer Nombre | Relación | # de teléfono

Apellido | Primer Nombre | Relación | # de teléfono

Como padre o tutor legal del estudiante (cuyo nombre aparece arriba), certifico que la información proporcionada arriba es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa que conduzca a un beneficio económico en nombre del estudiante puede conducir a la inelegibilidad de cualquier tipo de ayuda; alargar el tiempo de procesamiento de la inscripción; o someterlo a responsabilidad penal o civil según lo permita la ley. El padre/tutor debe notificar al distrito escolar si es necesario hacer algún cambio.

Nombre de padre/tutor | Firma | Fecha

OFFICE USE ONLY: ☐ ID ☐ OFD

Check List: ☐ 3 Proof of Address ☐ Birth Cerf. / Baptismal Certificate ☐ Immunizations ☐ Physical ☐ Dental

Class Teacher: _____ Grade: ____ Student District #: _____ Date Enrolled: _____Starting Date: _____

INFORMACION LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido y Primer Nombre del estudiante | Fecha de Nacimiento | ¿Donde nació? | ¿Estado Donde Nació? | ¿Qué país?

Si NO nació en EEUU, ¿Cuándo entró el estudiante a los EEUU?: _____

¿Cuando comenzó su hijo(a) a asistir a la escuela en los EEUU? _____

¿Cuándo comenzó su hijo(a) a asistir a la escuela en California? _____

¿ Hay una **ORDEN de CORTE** activa en cual afecta a el estudiante? ☐ Si ☐ No (Si Marcó SÍ, Por favor incluya documentación

ETNICIDAD / RAZA DE ESTUDIANTES

ETNICIDAD: ¿El estudiante es Hispano o Latino? ☐ Si, es Hispano o Latino ☐ No, No es Hispano o Latino

RAZA: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamanian ☐ Hawaiano ☐ Hmong ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Otros asiáticos ☐ Otro isleño del Pacifico ☐ Samoano ☐ Tahitiano ☐ Vietnamita ☐ Blanco

ENCUESTA DE LENGUAJE DOMESTICO

con la determinación de los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta del idioma del hogar ayudarán a determinar si se debe evaluar el dominio de un estudiante en inglés. Se evaluará el dominio del inglés si la respuesta a cualquiera de las tres primeras preguntas es en otro idioma que no sea inglés. Esta información es esencial para que la escuela brinde programas y servicios educativos adecuados. Como padres o tutores, se requiere su cooperación para cumplir con estos requisitos. Responda a cada una de las preguntas enumeradas a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba los nombres de los idiomas que se aplican en el espacio provisto. Por favor, no deje ninguna pregunta sin respuesta. Si se comete un error al completar esta encuesta de idioma del hogar, puede solicitar una corrección antes de evaluar el dominio del inglés de su estudiante.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo(a) cuando comenzó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué idioma usa usted (padre/tutor) con más frecuencia cuando habla con el niño(a)? _____
4. ¿Qué idioma hablan los adultos con mayor frecuencia en el hogar? _____
5. ¿Qué idioma usa su hijo(a) en el preescolar o cuando era infantil? _____
6. ¿En qué idioma desea recibir información de la escuela? _____

EDUCACION ESPECIAL

¿Ha recibido este estudiante servicios de educación especial? ☐ Si ☐ No

¿Tiene un plan de 504? ☐ Si ☐ No

¿Hay un IFSP? ☐ Si ☐ No

Educación especial: ☐ Recursos (RSP) ☐ Clase Especial de día ☐ Habla / lenguaje

INFORMACION DE ESCUELA ANTERIOR (Solo si aplica)

Nombre de escuela | Ciudad | Estado / País | # de teléfono | Último Día que asistió

Como padre o tutor legal del estudiante (cuyo nombre aparece arriba), certifico que la información proporcionada arriba es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa que conduzca a un beneficio económico en nombre del estudiante puede conducir a la inelegibilidad de cualquier tipo de ayuda; alargar el procesamiento de la inscripción; o someterlo a responsabilidad penal o civil según lo permita la ley. El padre/tutor debe notificar al distrito escolar si es necesario hacer algún cambio.

Nombre de padre/tutor **Firma** **Fecha**

INFORMACION DE SALUD DEL ESTUDIANTE

_____

Apellido del estudiante Primer nombre Grado Fecha de nacimiento

¿CONDICIONES MÉDICAS O DE SALUD? ☐ **SI** ☐ **NO** *marque las que le aplican*

☐ ADD/ADHD ☐ Eccema/afección de piel ☐ Migraña ☐ Convulsiones
☐ Asthma ☐ Problemas del Corazón ☐ Sangrados nasales frecuentes
☐ Diabetes ☐ Dolores en las articulaciones ☐ Alergias Severas (anafilaxis)
☐ Oro (explique) _____

¿MEDICAMENTOS? ☐ Si ☐ No Por Favor escriba qué medicamentos toma su hijo(a)

_____

_____

¿El estudiante usa anteojos o lentes de contacto? ☐ SI ☐ NO

¿El estudiante usa audífonos o tiene antecedentes de problemas auditivos? ☐ SI ☐ NO

¿El estudiante tiene seguro de salud? ☐ SI ☐ NO

¿Actualmente su estudiante puede participar en el programa de educación regular? ☐ SI ☐ NO

Durante el año pasado, ¿su hijo(a) ha experimentado algún síntoma de asma como tos, silbidos, falta de aliento, opresión en el pecho o flema? ☐ Ningún ☐ De vez en cuando ☐ Cada Mes ☐ Cada semana ☐ Cada día ☐ No estoy seguro

¿El estudiante ha tenido alguna enfermedad, operación, o estado en un accidente grave? ☐ SI ☐ NO

En caso de que SI, ¿cuándo ocurrió esto? ¿Fue ella / él ingresado en el hospital? ☐ SI ☐ NO

Por favor comparta cualquier información de salud importante adicional sobre su hijo(a).

_____

_____

_____

Como padre o tutor legal del estudiante (cuyo nombre aparece arriba), certifico que la información proporcionada arriba es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa que conduzca a un beneficio económico en nombre del estudiante puede conducir a la inelegibilidad de cualquier tipo de ayuda; alargar el tiempo de procesamiento de la inscripción; o someterlo a responsabilidad penal o civil según lo permita la ley. El padre/tutor debe notificar al distrito escolar si es necesario hacer algún cambio.

_____

Nombre de padre/tutor Firma Fech

Distrito escolar de Luther Burbank

Encuesta de Vivienda

Apellido del estudiante | Primer Nombre | Fecha de Nacimiento | Genero

La información proporcionada a continuación ayudará a la LEA a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo(a). Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del sitio.
Actualmente, ¿usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones? (Marque lo que le corresponde)

☐ Permanecer en un refugio (refugio familiar, refugio para violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un tráiler de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)

☐ Compartir vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar

☐ Vivir en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)

☐ Vivir temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares

☐ Vivir en una residencia unifamiliar que es permanente

Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores ☐ SI ☐ NO

Su hijo(a) o hijos(as) pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistió (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos normalmente requeridos al momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y es en el mejor interés.
- 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(as), incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir todas las protecciones y servicios proporcionados bajo todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Enumere todos los niños(as) que actualmente viven con usted.

Nombre Completo	Género	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Si tiene alguna pregunta sobre esto, comuníquese con nuestra persona encargada al (408) 295-1814

Como padre o tutor legal del estudiante (cuyo nombre aparece arriba), certifico que la información proporcionada arriba es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa que conduzca a un beneficio económico en nombre del estudiante puede conducir a la inelegibilidad de cualquier tipo de ayuda; alargar el tiempo de procesamiento de la inscripción; o someterlo a responsabilidad penal o civil según lo permita la ley. El padre/tutor debe notificar al distrito escolar si es necesario hacer algún cambio.

Nombre de padre/tutor | Firma | Fecha

Nombre del Niño(a) Apellido, Primer Nombre | Fecha de Nacimiento | Masculino/Femenino | Escuela / Grado

Dirreccion | Ciudad | Código Postal | # de Celular

Santa Clara County Public Health Department
Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

Esta forma debe de ser completada por un Proveedor Medico Primario con una Licencia Médica de los Estados Unidos de América y regresada a la escuela de su hijo(a).

1.¿Su hijo(a) nació, viajó o residió por más de una semana en otro país donde se presenta un índice elevado de casos de Tuberculosis? ☐ Si ☐ No

2. ¿Ha sido expuesto(a) su hijo(a) a alguien con la enfermedad del Tuberculosis? ☐ Si ☐ No

3. ¿Alguien en la familia ha obtenido un resultado positivo del Tuberculosis o ha recibido medicamento para esto? ☐ Si ☐ No

4. ¿Algún padre/madre, miembro del hogar, o visitante que estuvo en la casa del niño (a) por más de una semana nació en un país con un índice elevado de Tuberculosis? ☐ Si ☐ No

5. ¿Tiene su niño(a) un sistema inmune débil, debido a infección de HIV, trasplante de órgano, tratamiento con alfa inhibidores TNF o dosis altas de esteroides sistemáticos? (por ejemplo. Prednisona de más de 15 mg diarios por más dos Semanas) ☐ Si ☐ No

*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e. travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥6 months in the U.S.).

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

Enter test result for all children with a positive risk assessment

Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date:	Result: ☐ Negative ☐ Positive ☐ Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date placed: Date read:	Induration _____ mm Result: ☐ Negative ☐ Positive
Chest X-Ray Date: _____	Impression: ☐ Normal ☐ Abnormal
LTBI Treatment Start Date: _____ ☐ Rifampin daily – 4 months ☐ Isoniazid/rifapentine – weekly X 12 weeks ☐ Isoniazid daily – 9 months ☐ Other: _____	☐ Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ ☐ Treatment medically contraindicated: _____ ☐ Declined against medical advice
Please check one of the boxes below and sign: ☐ Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test. ☐ Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease. ☐ Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and no TB symptoms. _____ Health Care Provider Signature, Title _____ Date	

Name/Title of Health Provider:
Facility/Address:
Phone number:

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, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera archivado por la escuela en forma confidencial.

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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

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

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD *(optional)*

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

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

☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Firma del padre/madre o guardián _____ Fecha _____

Nombre, domicilo, y teléfono del examinador

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 Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: □ Male □ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: □ White □ Black/African American □ Hispanic/Latino □ Asian □ Native American □ Multi-racial □ Other_____ □ Native Hawaiian/Pacific Islander □ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) □ Yes □ No	Visible Decay Present: □ Yes □ No	Treatment Urgency: □ No obvious problem found □ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) □ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

_____ _____ _____

Licensed Dental Professional Signature ***CA License Number*** ***Date***

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

□ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:

□ Medi-Cal/Denti-Cal □ Healthy Families □ Healthy Kids □ Other _____ □ None

□ I cannot afford a dental check-up for my child.

□ I do not want my child to receive a dental check-up.

Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ►_____

Signature of parent or guardian ***Date***

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31 of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

Programa de Educación Migrante

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Nombre del padre_____ Tel._____ Fecha_____

1. ¿Se ha mudado en los últimos tres años para obtener trabajo en la agricultura o la pesca?

☐ Sí ☐ No

2. Por favor marque los trabajos que ha realizado.

~Si su respuesta es ***Sí*** a cualquiera de estas preguntas, por favor complete el resto de la forma~
Por favor, marque los trabajos de agricultura/pesca que hace o ha hecho en el pasado:



☐Cosecha de frutas/ verduras



☐Cultivo/ preparando la tierra/ irrigación



☐Plantando árboles/ huertas



☐ Invernadero/vivero/ cultivo de hongos



☐Cosecha de nueces/ empacadora



☐Lechería/ ganado



☐Pesca comercial/ cangrejo/ mariscos



☐Empacadora de carne/ de mariscos

Otro _____

**Favor de escribir los nombres de todos los niños que viven en la casa (menores de 22 años)

Nombre	Apellido	Sexo	Escuela	Grado	Fecha de Nacimiento