

USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)*

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Medio</i>
Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	Gender <i>Genero</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Main Phone # <i>teléfono principal</i>
Residence Address <i>Dirección de residencia</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Mailing Address <i>Dirección de envío</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>

INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED *INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR*

School name <i>Nombre de escuela</i>	Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>código postal</i>
School Phone <i>Teléfono de la escuela</i>	School Fax <i>Escuela Fax</i>			
Student's Birthplace City <i>Ciudad de Nacimiento</i>	State <i>Estado</i>	County <i>Condado</i>		
Month/Year first enrolled in US school <i>Mes/año primero matriculado en la US escuela</i>	In CA school <i>En California escuela</i>			

SPECIAL SERVICES *Servicios especiales*
 What special services has your child received?
¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo?

Special Ed <i>Educación especial</i>	Other <i>Otro</i>
<input type="checkbox"/> Resource (RSP) <i>Recurso (RSP)</i>	<input type="checkbox"/> Gifted (GATE) <i>Dotado (GATE)</i>
<input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <i>Clase de Día Especial (SDC)</i>	<input type="checkbox"/> Intervention (reading/math) <i>Intervención (Leyendo/mates)</i>
<input type="checkbox"/> Speech/Language <i>Habla / Lenguaje</i>	<input type="checkbox"/> Counseling <i>Asesoramiento</i>
<input type="checkbox"/> IEP or 504 <i>IEP o 504</i>	<input type="checkbox"/> EL development <i>Desarrollo del idioma inglés</i>
	<input type="checkbox"/> Attended EESD Preschool <i>Asistió a EESD Preescolar</i>

ETHNICITY with which the student most closely identifies
ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica

Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race
Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza

Not Hispanic or Latino
No hispano o Latino

RACE *CARRERA*: Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Compruebe hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*
 (Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)

Chinese (201) *Chino*

Japanese (202) *Japonés*

Korean (203) *Coreano*

Vietnamese (204) *Vietnamita*

Asian Indian (205) *Asiático Indio*

Laotian (206) *Laosiano*

Cambodian (207) *Camboyano*

Hmong (208) *Hmong*

Other Asian (299) *Otro Asiático*

Hawaiian (301) *Hawaiano*

Guamanian (302) *Guamanio*

Samoan (303) *Samoano*

Tahitian (304) *Tahitian*

Other Pacific Islander (399) *Otros Pacific Islander*

African American or Black (600) *Afroamericano o negro*

White (700) *Blanco*
 (Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? *¿en el hogar de los estudiantes, son idiomas hablados aparte del inglés?*

YES *SÍ*

NO *NO*

If YES, what language and what family members?
Sí es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?

PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / Guardián

 Mother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Guardián (Apellido, Nombre)*

 Father/Guardian (Last, first) *Padre/Guardián (Apellido, Nombre)*

 Mother/Guardian Residence *Madre/Guardián Residencia*

 Father/Guardian Residence *Padre/Guardián Residencia*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mailing Address *Dirección de envío*

 Mother/Guardian email *Madre/Guardián correo electrónico*

 Father/Guardian email *Padre/Guardián correo electrónico*

 Mother/Guardian primary phone *Madre/Guardián telefono principal*

 Father/Guardian primary phone *Padre/Guardián telefono principal*

 Mother/Guardian Employer *Madre/Guardián Empleador*

 Father/Guardian Employer *Padre/Guardián Empleador*

 Mother/Guardian Work Phone *Madre/Guardián Telefono del trabajo*

 Father/Guardian Work Phone *Padre/Guardián Telefono del trabajo*

WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE? *¿Con qué adultos vive el estudiante?* Shared custody *Custodia compartida*
 Father *Padre* Mother *Madre* Step-father *Padrastra* Step-mother *Madrastra* Guardian *Guardián* Other *Otro*

EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, compruebe el nivel educativo apropiado para padre/tutor a continuación:*

- Non high school graduate *No graduado de preparatoria*
- High school graduate *Graduado de preparatoria*
- Some college (includes AA) *Un poco de Universidad (incl. AA)*
- College graduate *Graduado de la Universidad*
- Post-Grad/Higher *Escuela de posgrado/formación post grado*
- Decline to state *Declinar declara*

LEGAL ALERT LEGAL ALERTA

YES SÍ Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*

NO NO

Restraining order *Orden de restricción* **IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**

Custody order *Orden de custodia*

Adoption *Adopción*

Name change *Cambio de nombre*

Other *Otro* _____

EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: _____
 FECHA EFECTIVA: _____

MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty? YES NO
¿es padre/guardián en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo? SÍ NO

I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.

Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y la liberación para volver a las escuelas públicas.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

 Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*

 Date *Fecha*

OFFICE USE ONLY: Date Entered _____ Teacher _____ Grade _____ Bus Stop AM _____ Bus Stop PM _____
 Birth Verification: Birth cert/other _____ Shots confirmed YES NO Kinder dental YES NO 1st grade physical YES NO Lunch app YES NO
 INTRADISTRICT YES NO School _____ INTERDISTRICT YES NO School _____ ID# _____



HOME LANGUAGE SURVEY *Encuesta Sobre Idiomas Nativos*

NOTE: If a language other than English is indicated in Questions 1, 2, 3, or 4, your child must be tested for English Proficiency. *Nota: Si se indica un idioma distinto del inglés en las preguntas 1, 2, 3 o 4, su niño deberá analizarse en dominio del idioma inglés.*

Student's Last Name *Apellido del estudiante* First Name *Nombre* Middle Name *Medio* Grade *Grado* Age *Años*

Please refer to LIST OF LANGUAGES (below right) *Por favor refiérase a la lista de idiomas (a la derecha)*

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk?

¿Idioma que su hijo aprendió cuando él primero comenzó a hablar?

2. What language does your child most frequently use at home?

Idioma ¿usa su niño con más frecuencia en casa?

3. What language do you most frequently use to speak to your child?

¿Idioma más frecuentemente usas para hablar con su hijo?

4. What is the language most often spoken by the adults at home?

¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar?

LIST OF LANGUAGES *Lista De Idiomas*

Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>	Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>
56	Albanian <i>Albanés</i>	64	Marathi <i>Maratí</i>
11	Arabic <i>Árabe</i>	48	Marshalese <i>Marshallese</i>
12	Armenian <i>Armenio</i>	44	Mien (Yao)
42	Assyrian <i>Asirio</i>	49	Mixteco
61	Bengali <i>Bengalí</i>	40	Pasto
13	Burmese <i>Birmanó</i>	41	Polish <i>Polaco</i>
03	Cantonese <i>Cantonés</i>	06	Portugese <i>Portugés</i>
36	Cebuano (Visayan)	28	Punjabi
54	Chaldean <i>Astrólogo</i>	45	Rumanian <i>Rumano</i>
20	Chamorro (Guamanian)	29	Russian <i>Ruso</i>
39	Chaozhou (Chiuchow)	30	Samoan <i>Samoano</i>
15	Dutch <i>Holandés</i>	52	Serbo-Croatian <i>Serbocroata</i>
16	Farsi (Persian) <i>Persa</i>		(Bosnian, Croatian, Serbian)
05	Filipino (Pilipino or Tagalog)	60	Somali <i>Somalí</i>
17	French <i>Francés</i>	01	Spanish <i>Español</i>
18	German <i>Alemán</i>	46	Taiwanese <i>Taiwanés</i>
19	Greek <i>Griego</i>	63	Tamil
43	Gujarati	62	Telugu
21	Hebrew <i>Hebreo</i>	32	Thai <i>Tailandés</i>
22	Hindi	57	Tigrinya
23	Hmong	53	Toishanese
24	Hungarian <i>Húngaro</i>	34	Tongan <i>Tonga</i>
25	Ilocano	33	Turkish <i>Turco</i>
26	Indonesian <i>Indonesio</i>	38	Ukranian <i>Ucranio</i>
27	Italian <i>Italiano</i>	35	Urdu
08	Japanese <i>Japonés</i>	02	Vietnamese <i>Vietnamita</i>
65	Kannada	99	All other non- English languages <i>Todos los demás idiomas no ingleses</i>
09	Khmer (Cambodian)		
50	Khmu		
04	Korean <i>Coreano</i>		
51	Kurdish (Kurdi, Kurmanji) <i>Kurdo</i>		
47	Lahu		
10	Lao		
07	Mandarin <i>Mandarín</i> (Putonghua)		

Date *Fecha* Parent/Guardian Signature *Firma del Tutor*

If a language OTHER THAN ENGLISH is indicated in any box above, please complete the remainder of this form. *Si cualquier otro idioma que no sea el inglés es el indicado arriba, por favor complete el resto de este forma.*

5. Does your child (choose all that apply):

¿Su hijo / a (Elija todas las que apliquen):

YES *SÍ* NO *NO* Understand in that language?
Entender en ese idioma?

YES *SÍ* NO *NO* Speak in that language?
Habla en ese idioma?

YES *SÍ* NO *NO* Read in that language?
Leer en ese idioma?

YES *SÍ* NO *NO* Write in that language?
Escribir en ese idioma?

6. How many years of INSTRUCTION has your child had in a language other than English? *¿Cuántos años de instrucción ha tenido su hijo en un idioma diferente al inglés?*

7. Did your child attend school in another country?

¿Sus hijos asisten a la escuela en otro país? YES *SÍ* NO *NO*

8. On what date did your child first enroll in a United States School?

¿Cuál es la fecha en que su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?

Date *Fecha*

Grade level first enrolled: *¿Cuál es el nivel de grado en que su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?*

Grade *Grado*

STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Vivienda Estudiantil

ENTERPRISE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
1155 MISTLETOE LANE, REDDING, CA 96002
530-224-4100



Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.

Por favor una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Volver a la oficina de registro de escuela dentro de 14 días.

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Medio</i>	
School <i>Escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age <i>Años</i>

Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435. Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible para recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?
<i>¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?</i> | YES <i>SÍ</i> | NO <i>NO</i> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?
<i>¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?</i> | YES <i>SÍ</i> | NO <i>NO</i> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?
<i>¿Está este estudiante en una colocación temporaria de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?</i> | YES <i>SÍ</i> | NO <i>NO</i> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?
<i>Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?</i> | YES <i>SÍ</i> | NO <i>NO</i> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Name <i>Nombre</i>	School <i>Escuela</i>

If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.

Si contestó SÍ a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.

Where is this student currently living? *¿Dónde el alumno vive actualmente?*

- In a motel *En un motel*
- In a shelter *En un abrigo*
- With more than one family in a house or apartment *Con más de una familia en una casa o apartamento*
- Moving from place to place *Mover de un lugar a otro*
- In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite
En un lugar no diseñado para dormir alojamiento como un coche, parque o camping
- Traditional housing (through community agency) *Vivienda tradicional (a través de la Agencia de la comunidad)*
- Awaiting Foster Care Placement *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o* Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o* Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth) *Impreso nombre del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)* Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)* Date *Fecha*

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE



ENTERPRISE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

EMERGENCY CONTACT INFORMATION Información de Contacto in Casa de Emergencia

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

Form with radio buttons for school selection: ALTA MESA, BOULDER CREEK, LASSEN VIEW, MISTLETOE, PACE ACADEMY, PARSONS, REDDING COLLEGIATE ACADEMY, ROTHER, SHASTA MEADOWS

Student information fields: Student Last Name, First Name, Middle, Birthdate, Gender (M/F), Main Phone, Teacher, Grade

Student's Physical Street Address, City, Zip Code

Student's Mailing Address, City, Zip Code

Interpreter Needed for [language], Preferred interpreter name/phone

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la informacion de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS PADRES/GUARDIANES

Child lives with Father Mother Other Niño vive con Padre Madre Otro

Parent/Guardian Name Padre/Guardian Nombre Parent/Guardian Name Madre/Guardian Nombre

Relationship Relación Birthdate Fecha del nacimiento Relationship Relación Birthdate Fecha del nacimiento

Address Dirección Address Dirección

City Ciudad State Estado Zip Código postal City Ciudad State Estado Zip Código postal

Place of Employment Lugar de empleo Place of Employment Lugar de empleo

Work/Cell Phone Trabajo/Celular Work/Cell Phone Trabajo/Celular

Email address Dirección de correo electrónico Email address Dirección de correo electrónico

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below. En caso de no llegar a los padres, el permiso es dado para liberar al estudiante a las personas que se enumeran a continuación.

Name Nombre Relationship Relación Main Phone Telefono principal Work/Cell Trabajo/Celular

Name Nombre Relationship Relación Main Phone Telefono principal Work/Cell Trabajo/Celular

Name Nombre Relationship Relación Main Phone Telefono principal Work/Cell Trabajo/Celular

Name Nombre Relationship Relación Main Phone Telefono principal Work/Cell Trabajo/Celular

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:
 Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre Address Dirección Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre	Gender Genero	Birthdate Fecha del nacimiento	School Escuela

STUDENT'S HEALTH CONDITIONS *CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE*

- Asthma *Asma*
 Epilepsy *Epilepsia*
 Diabetes *Diabetes*
 Heart Condition *Corazón condición*
 Seizures *Convulsiones*
 Allergy, foods (if this is checked, please complete EESD Form A) *alergia, alimentos (si esto se comprueba, por favor complete EESD forma A)*
 Allergy, other than food *Alergia, distintos de alimentos*
 Operation, serious injury, or illness *operación, lesión grave o enfermedad*
 Other *otros* _____

Details *En detalle:* _____

- YES *Sí* NO *NO*
 Does your child take medication regularly? If so, what kind? _____
¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿qué?
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have a speech problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de discurso? Si es así, explique.
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have an ear problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique.
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have a physical handicap? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique.
 YES *Sí* NO *NO*
 Does your child have an eye problem? If so, explain. _____
¿Su hijo tiene un problema de ojo? Si es así, explique.

Doctor *Médico* Phone *Teléfono* Dentist *Dentista* Phone *Teléfono* Hospital Preference *Hospital preferencia*

Medical Insurance Company/Group Policy # *Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #*

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.
 Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transportará para tratamiento médico de emergencia.

PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. POR FAVOR, COMPRUEBA LA UNA CAJA Y FIRME ABAJO.

I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: _____
NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo por sus creencias religiosas personales. Explicar: _____

I hereby authorize the staff of Enterprise Elementary School District to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.

Por la presente autorizo al personal de la empresa distrito escolar primario de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y dar mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo a personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad servicios para mi hijo en la escuela las actividades relacionadas con.

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.
 Según horarios nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y proyección de la lengua. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, su hijo se proyectará sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Guardian* Date *Fecha*

Kindergarten Speech & Language Screening Form*Discurso de jardín de la infancia y lenguaje forma de detección*

Good speech and language skills are prerequisites to successfully learning to read and write. Speech and language services are available to all eligible school-aged children, at no charge, through their school districts. Every parent enrolling a Kindergarten student in our district is asked to complete this form. Based on the information you give, our staff will contact you if the need for further observation and/or assessment is indicated.

Buenas habilidades de habla y el lenguaje son prerequisites para aprender a leer y escribir con éxito. Servicios del habla y del lenguaje están disponibles para todos los niños en edad escolar, sin cargo alguno, a través de sus distritos. Todos los padres inscribir a un estudiante de Kindergarten en nuestro distrito se le pide que complete este formulario. Basado en la información que dan, nuestro personal lo contactará si se indica la necesidad de mayor observación y evaluación.

Student's Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	School <i>Escuela</i>	
			YES <i>SÍ</i>	NO <i>NO</i>
1. Does your child hear you when you call from another room? <i>¿Tu hijo te escucha cuando llames desde otra habitación?</i>				
2. Does your child answer simple questions? <i>¿A su hijo preguntas sencillas de respuesta?</i>				
3. Can your child tell about his/her activities? <i>¿Puede su hijo relatar acerca de sus actividades?</i>				
4. Do you understand what your child says? <i>¿Entiendes lo que dice su hijo?</i>				
5. Do others understand what your child says? <i>¿Otros entienden lo que dice su hijo?</i>				
6. Can your child use sentences of 5-6 or more words in length? <i>¿Puede su hijo usar sentencias de 5-6 o más palabras de longitud?</i>				
7. Can your child put words together in meaningful sentences? <i>¿Puede su hijo juntar palabras en oraciones significativas?</i>				
8. Does your child communicate easily around familiar people? <i>¿Su hijo se comunica fácilmente alrededor de familiares?</i>				
9. Does your child understand most of what is said at home or at school? <i>¿Su niño entiende más de lo que se dice en casa o en la escuela?</i>				
10. Can your child follow complex directions, such as "Put the cup on the table & bring me the spoon?" <i>¿Puede el niño seguir instrucciones complejas, como "Poner la copa sobre la mesa y tráeme la</i>				
11. Can your child pay attention to a story and answer simple questions about it? <i>¿Puede su hijo prestar atención a una historia y contestar preguntas sencillas sobre lo?</i>				
12. Do playmates notice or have difficulty understanding your child? <i>¿Compañeros de juego avisan o tienen dificultad para entender a su hijo?</i>				
13. Does your child use details in sentences (such as "I have two, red balls at home")? <i>¿Su hijo detalles de uso en frases (como "yo tengo dos, rojo bolas en casa")?</i>				
14. Can your child re-tell a familiar short story and stick pretty much to the topic? <i>¿Puede su hijo relatar a un familiar cuento y palo bonito mucho al asunto?</i>				
15. Can your child carry on a conversation with other children or familiar grown-ups? <i>¿Puede llevar su hijo en una conversación con otros niños o familiares mayores?</i>				
16. Does your child talk easily without stuttering? <i>¿Su hijo fácilmente hablar sin tartamudear?</i>				
17. Does your child's voice frequently sound hoarse or "scratchy"? <i>¿Voz de su hijo con frecuencia suena ronca o "scratchy"?</i>				

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: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> 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.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

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"/> M <input type="checkbox"/> F
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)]
Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature]	Número de matrícula de CA CA License Number	Fecha [Date]	

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.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street		City	SCHOOL
		ZIP code	

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	___/___/___
Physical Examination	___/___/___
Dental Assessment	___/___/___
Nutritional Assessment	___/___/___
Developmental Assessment	___/___/___
Vision Screening	___/___/___
Audiometric (hearing) Screening	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
Blood Test (for anemia)	___/___/___
Urine Test	___/___/___
Blood Lead Test	___/___/___
Other	___/___/___

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)

and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

Signature of parent or guardian	Date
Name, address, and telephone number of health examiner	
Signature of health examiner	
Date	

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 111 B) found at your child's school.

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

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 entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

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)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
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	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [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(s) locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
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)

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

*de ser indicado

*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 (PH 171 B), formularlo que se consigue en la escuela de su niño(a).
CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp*