

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

## Formulario De Inscripción 2020-2021

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
Apellido del alumno	Nombre	Segundo Nombre	
Nombre legal, si es diferente		Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual		Ciudad	Código Postal
Domicilio de correspondencia, si es diferente		Ciudad	Código Postal
Teléfono del hogar (    )	Celular de madre/padre (    )	Celular de madre/padre (    )	
Fecha de nacimiento	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Femenino		
2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA			
Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado
¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si*	*Escuela:
3) INFORMACIÓN DE FAMILIA			
<i>Escriba su nombre y apellido</i>		<b>Marque si el alumno vive con:</b>	
Padre/Padraastro/Padre de crianza		<input type="checkbox"/>	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
Madre/Madrastra/Madre de crianza		<input type="checkbox"/>	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor		<input type="checkbox"/>	
¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? (Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sí esta activo/a, ¿Qué rama?		<input type="checkbox"/> Fuerza Aérea	<input type="checkbox"/> Ejército
		<input type="checkbox"/> Guarda Costas	<input type="checkbox"/> Marina
		<input type="checkbox"/> Fuerza Naval	
4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR			
Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
5) INFORMACIÓN DE SALUD			
<b>Marque todo lo que proceda:</b>			
<input type="checkbox"/> No se conoce algún problema de salud		<b>Comentarios:</b>	
<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"/> Diabético ( <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)		* REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA	
<input type="checkbox"/> Otro medico (favor de explicar)		** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD	
<input type="checkbox"/> Otros medicamentos (favor de explicar)			

**6) PROGRAMAS ESPECIALES** **Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación****Individual vigente (IEP)** Terapia de habla Programa de Especialista de Recursos (RSP) Clase especial diurna (SDC) Plan 504 Adaptado Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Educación de dotados y talentosos (GATE) Plan de Conducta/Contrato de Conducta Equipo de estudio estudiantil (SST) Foster/Hogar de Crianza Sin Hogar/McKinney-Vento Otro \_\_\_\_\_ Ninguno aplica**7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA****SUSPENSIÓN:** Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.\***EXPULSIÓN:** Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.\* Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.\***\*Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)****8) NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES***Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial*Por favor marque la casilla que más se asemeje a **los padres**: No es graduado de preparatoria Graduado de preparatoria Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años) Graduado de universidad Escuela/Capacitación de Pos graduado Escuela/Capacitación de Pos graduado**9) ETNICIDAD DEL ALUMNO** No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino**10) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)** Indígena americana o de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano Camboyano Chino Filipino Guamaniano Hawaiano Hmong Japonés Coreano Laosiano Otro asiático Otro isleño pacifico Samoano Tahitiano Vietnamita Caucásico**\*\*\* FIRMA DE PADRE/TUTOR\*\*\***

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

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, 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

REV. 12/19

**OFFICE USE ONLY****GRADE:** \_\_\_\_\_**Student ID:** \_\_\_\_\_ **REGISTRATION COMPLETE****DOCUMENTS VERIFIED:** Photo ID Caregiver Proof of Address

Proof #1 Date: \_\_\_\_\_

Proof # 2 Date: \_\_\_\_\_

 Birth Verification Emergency Card Immunization record Physical Custody documents Health History Form Transcripts Student Housing Questionnaire Home Language Survey Mandatory Parent Notification Receipt Parent Handbook Lunch Application**SCHOOL OF RESIDENCE:** \_\_\_\_\_

BOARD OF EDUCATION  
Kathy Allavie, President  
Tom Hunt, Vice President  
Brent Lee, Clerk  
Patricia Lock-Dawson, Member  
Dr. Angelov Farooq, Member

## Riverside Unified School District

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT  
5700 Arlington Avenue  
Riverside, California 92504  
(951) 352-1200  
FAX: (951) 274-4202

David C. Hansen, Ed.D.  
District Superintendent



### **AVISO PARA LOS PADRES DE FAMILIA: NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO PARA LOS COLEGIOS/UNIVERSIDADES, EMPLEADORES POTENCIALES Y RECLUTADORES MILITARES**

Las universidades, empleadores y oficiales de reclutamiento de los servicios militares pueden solicitar a los distritos escolares que proporcionen información para comunicarse con los alumnos del 11º y 12º grado. Esta información es conocida como «Información del Directorio» e incluye el nombre, domicilio y número de teléfono de los alumnos. Las leyes Federales incluyendo la *Ley de Ningún Niño Dejado Atrás* (NCLB) exigen que los distritos escolares proporcionen esta información cuando se la soliciten aménos que los padres hayan solicitado por escrito que no sea proporcionada.

Si usted no desea que el Distrito Escolar Unificado de Riverside proporcione esta información del directorio de su hijo/a, por favor complete el formulario de abajo y regrese a la escuela de su hijo/a antes del 20 de noviembre de 2020.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Núm. de matricula estudiantil: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicitó que la ***información del directorio*** de mi hijo/a, incluyendo nombre, domicilio y número de teléfono, ***NO*** se proporcione a las siguientes entidades:

Marque abajo las que apliquen

\_\_\_\_\_ Servicios militares (Armada, Naval, Fuerza Aérea, Infantes de Marina de los Estados Unidos) y escuelas militares

\_\_\_\_\_ Universidades e instituciones educacionales

\_\_\_\_\_ Posibles empleadores

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE VIVENCIA DEL ESTUDIANTE

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):  
\_\_\_\_\_
- TEMPORALMENTE** viviendo con otra familia; 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 al 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:**  
[izavala@riversideunified.org](mailto:izavala@riversideunified.org)

**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**  
**MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2020-2021**  
**RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES**  
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

**Estimados Padres/Tutores legales:**

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

El manual se encuentra en: [http://riversideunified.org/departments/pupil\\_services/parent\\_handbook/](http://riversideunified.org/departments/pupil_services/parent_handbook/)

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del alumno (a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

**Medios de difusión**

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

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

**Política de uso aceptable**

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

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

**Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno**

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

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

**Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2020-2021, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.**

Firma de padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de alumno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**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  
 **Soplo /enfermedad del corazón** \_\_\_\_\_

**Limitaciones físicas** \_\_\_\_\_  
 Equipo especializado necesario en casa  
 Equipo especializado necesario en la escuela

**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

2020-2021 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries \_\_\_\_\_
Completed by \_\_\_\_\_

Student ID # \_\_\_\_\_ Gender: M / F \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_
Genero 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 si anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

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

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

## CONCEJO DE EDUCACIÓN

Mrs. Kathy Allavie, *President* | Mr. Tom Hunt, *Vice President*  
Mr. Brent Lee, *Clerk* | Mrs. Patricia Lock-Dawson, *Member* | Dr. Angelov Farooq, *Member*  
David C. Hansen, ED.D., *Superintendent*



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

## **Ciclo Escolar 2020-2021 – Estableciendo Comprobante de Residencia**

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

### **Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:**

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

### **Documentos que NO se Aceptan:**

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

Revisado 2/2020

# GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA GRADOS K-12 (incluyendo kínder transición)



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA <sup>1, 2, 3</sup>				
Ingreso a K-12 °	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>	1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>	

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

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

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

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

## INSTRUCCIONES:

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

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

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

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016 en CA) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad; es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.

**ADMITA CONDICIONALMENTE** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

## CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

**La asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

