

LISTA DE VERIFICACION PARA MATRICULACIONES DE 7-8

Comprobante de Nacimiento del Estudiante (provea UNO de la lista abajo):

Acta de Nacimiento (Registro del Condado)

Pasaporte Actualizado

Registro del Hospital

Registro de Bautismo

Comprobante de Inmunizaciones (debe tener TODAS las inmunizaciones como se enumeran abajo y que esten documentadas en un registro medico):

Polio, 4 dosis requeridas (3 aceptadas si la ultima dosis fue dada despues del 4 cumpleaños)

DTP, 5 dosis requeridas (4 aceptadas si la ultima dosis fue dada despues del 4 cumpleaños)

MMR, 2 dosis

Hep B, 3 dosis

Varicela, 1 dosis, o documentacion medica de viruela

(2 doses necesarias si una dosis fue dada despues del cumpleaños numero trece)

Tdap, 1 dosis

Documentos Autorizados para Establecer la Residencia: (dos)

Todo documento debe estar a nombre del padre/tutor legal. Se acepta una declaracion jurada por escrito si vive con otra persona que no sea el padre/tutor legal, pero deben presentar los siguientes documentos y una identificacion con foto, y deben presentarse durante la matriculacion.

Por favor vea siguiente lista de los documentos autorizados

(*Todas las facturas deben tener una fecha de los pasados 30 dias)

Reporte del Traslado/Calificaciones del Salida o Boleta de Calificaciones del la Escuela Anterior

Copia del IEP (Estudiantes de Educacion Especial solamente)

Paquete de Matriculacion de RUSD Completado

Foto de Identificacion de Padre/Madre o Tutor

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: ☐ Masculino ☐ No binario ☐ 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?		☐ No ☐ Si*	*Escuela:

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido		Marque si el alumno vive con:	
Padre/Padrastra/Padre de crianza		☐	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor			
Madre/Madrastra/Madre de crianza		☐	
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor			
¿Acaso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en las fuerzas armadas?		☐ Si	☐ No
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)			
Sí esta activo/a, ¿Qué rama?		☐ Fuerza Aérea ☐ Ejército ☐ Guarda Costas ☐ Marina ☐ Fuerza Naval	

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

- ☐ No se conoce algún problema de salud
- ☐ Alergias (favor de explicar)
- ☐ Deficiencia de atención/hiperactividad
- ☐ Asma (☐ depende de inhalador*)
- ☐ Diabético (☐ depende de insulina*)
- ☐ Convulsiones/Epilepsia (☐ requiere medicamento*)
- ☐ Cirugías
- ☐ Enfermedades graves (favor de explicar)
- ☐ Otro medico (favor de explicar)
- ☐ Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

* REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS
INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD

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 **está 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: _____

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 stampa 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 ^{1, 2, 3}				
Ingreso a K-12 °	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para K-12°	+ 1 Tdap			
Paso a 7° grado ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- 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 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
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	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
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	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.

¿Tiene preguntas?

Vea el "California
Immunization Handbook"
(en inglés) en
ShotsForSchool.org



SÉ EXTRAORDINARIO

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

Encuesta de Idiomas del Hogar

Assessment Center Use Only: STU-ID: _____
School Year _____ School: _____
Appointment Date: _____ Time: _____
Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations

Instrucciones para padres y tutores: El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

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

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa? _____

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela traducido al español o ingles? _____Ingles _____ Otro idioma _____
Nombre del otro idioma _____

X _____
Firma del Padre/tutor _____ / Fecha _____
Nombre escrito del Padre/tutor _____



Riverside Unified School District
Pupil Services/SELPA Department
5700 Arlington Ave, Riverside CA 92504

STUDENT ID#: _____

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:

jzavala@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Servicios de salud

5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

☐ Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque ☒ la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

☐ Asma ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa
☐ Inhalador en casa ☐ Inhalador en la escuela
☐ Convulsiones ☐ Solo de bebé
☐ Actualmente toma medicamento _____

☐ Alergias ☐ Leves ☐ Moderadas ☐ Severas
☐ Abejas/insectos
☐ Comidas
☐ Fiebre del heno de temporada
☐ Alérgico al medicamento
☐ Otro _____

☐ EpiPen en casa ☐ EpiPen en la escuela

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

☐ Soplo /enfermedad del corazón _____

☐ Otras condiciones _____

☐ Diabetes ☐ Tipo I ☐ Tipo II

• ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? ☐ Sí ☐ No

Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____

• ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? ☐ Sí ☐ No

• ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? ☐ Sí ☐ No

Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____

• ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagón? ☐ Sí ☐ No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? ☐ Sí ☐ No

Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

☐ Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ Fecha _____

For Office Use Only:

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

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

2020-2021 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____

Completed by _____

Student ID # _____

Gender: M / F
Genero

Grade: _____
Grado

Age: _____
Edad

Birthdate: _____
Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____
Domicilio

Zip Code _____
Código Postal

Home Phone _____
Teléfono

Father/Guardian Name _____
Padre/Tutor

Work Phone _____
Num. del Trabajo

Cell _____

Email Address _____
Correo Electrónico

Lives with student _____ Yes _____ No
Vive con el estudiante

Mother/Guardian Name _____
Padre/Tutor

Work Phone _____
Num. del Trabajo

Cell _____

Email Address _____
Correo Electrónico

Lives with student _____ Yes _____ No
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 _____
Nombre del doctor

Phone _____
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.**

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

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 _____
Firma de Padre/ Tutor

Date _____
Fecha

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/

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 _____