



**Miembros de la Mesa**

Beth Albiani  
Nancy Chaires Espinoza  
Carmine S. Forcina  
Dr. Crystal Martinez-Alire  
Chet Madison, Sr.  
Anthony "Tony" Perez  
Bobbie Singh-Allen

**Bindy Grewal**

Asistente del Superintendente  
Educación PreK-6

(916) 686-7704  
FAX: (916) 686-7796

Robert L. Trigg Education Center  
9510 Elk Grove-Florin Rd., Elk Grove, CA 95624

Enero, 2019

Estimados Padres/Tutores Legales:

Le damos la más cordial bienvenida a usted y a su hijo a el Distrito Escolar Unificado de Elk Grove. El primer día será uno que usted siempre recordará. ¡Éste es el primer paso hacia una aventura maravillosa en el mundo lleno de cosas interesantes para hacer y para aprender!

**INFORMACIÓN IMPORTANTE DE REGISTRO  
para escuelas con  
CICLOS ESCOLARES CONTINUOS  
AÑO ESCOLAR 2019 – 2020**

Por favor regrese el paquete de inscripción para el **13 de febrero, 2019 a las 3:30 pm** para que usted reciba un número de selección de prioridad para el ciclo escolar. Si usted regresa el paquete después de esta fecha, usted perderá el **proceso de selección al azar del ciclo escolar del kínder** y la asignación.

Cuando usted regrese el paquete de inscripción completo, usted debe traer los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento
- Cartilla de Inmunizaciones (vacunas) – favor de ver la forma adjunta de las vacunas requeridas
- Prueba de residencia – dentro de los límites del distrito consistiendo de los siguientes (esto debe ser un domicilio con el nombre de la calle, un P.O. buzón de correo no se aceptará):

**Debe producir UNO de esta columna:**

- Recibos de impuestos de propiedad de la residencia actual.
- Declaraciones de hipoteca en el nombre del padre/tutor.
- Si la casa está en construcción, un título firmado de las escrituras o la venta, o el contrato de compra/venta se aceptará si está al nombre del padre/tutor. **Además**, si usa uno de los documentos, un recibo actual de PG&E, SMUD que indique la localidad del servicio o un pago de hipoteca debe ser presentado a la escuela en seis meses.
- Acuerdo/contrato de renta – firmado actualmente en el nombre del padre/tutor. **Además**, si usa uno de los documentos, un recibo actual de PG&E o SMUD que indique la localidad del servicio del padre/guardián debe ser presentado a la escuela en dos meses.

**Y**

**Debe producir UNO de esta columna:**

- Registro del vehículo del padre/tutor con el domicilio actual.
- Licencia de conducir del padre/tutor con el domicilio actual.
- Documentos de la corte indicando el domicilio actual.
- Verificación de pago/factura (recibo de tarjeta de crédito, copia del recibo de salario) de los últimos dos meses consecutivos de dos de los siguientes servicios de utilidades: gas electricidad, agua o basura debe ser presentado con el domicilio actual del padre/tutor en dos meses de haber registrado al estudiante.
- Recibos de pagos de la renta /alquiler de **dos** meses consecutivos deben ser presentados en dos meses de haber registrado al estudiante.
- Documentación del Departamento de Asistencia Humana con el domicilio actual.

Las matriculaciones serán aceptadas de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm.

**Excepciones a la Columna A y la Columna B, documentos residenciales:**

- Familias sin hogar: Las familias deben comunicarse con el coordinador de desamparados del distrito escolar al 916.686.7568.
- Jóvenes de Crianza/Adoptados Temporalmente: Las familias deben comunicarse con el coordinador de desamparados del distrito escolar al 916.686.7568.
- Órdenes de la Corte: Si usted está matriculando a su niño y tiene una orden de la corte colocada, y actualizada estipulando la custodia del niño, **por favor proporcione la orden de la corte a la escuela.**

**Documentos Adicionales (como es aplicable)**

- Declaración Jurada—Forma de Residencia No Permanente: Padre/Tutor y residente legal debe llenar y someterla a la escuela **si**:
  - Su familia no tiene una casa permanente y vive con un residente legal entre los límites escolares.
  - Su familia renta una habitación con un residente legal entre los límites entre los límites escolares.

**Esta forma puede ser descargada de la página electrónica del EGUSD.**

- Autorización del Cuidador-Declaración Jurada: Un familiar calificado debe completar y someter a la escuela **si**:
  - Usted es mayor de 18 años, **y** es calificado como un familiar inscrito en la forma,
  - Usted cuida a un niño que vive en su hogar, **pero**
  - Usted no tiene orden de la corte que le otorgue custodia del niño.

**Esta forma puede ser descargada de la página electrónica del EGUSD.**

- Solicitud de Traslado dentro del Distrito: Si usted está solicitando asistir a una escuela en el Distrito Unificado Escolar de Elk Grove que se encuentra fuera del área de asistencia escolar de su escuela de residencia, **usted debe inscribirse en esa escuela de residencia** y someter una solicitud a su escuela de residencia de acuerdo con las normas y guías del proceso de traslados en el distrito. La escuela de residencia iniciará el proceso de aceptar las solicitudes de los traslados el 8 de abril del 2019. (Los traslados entre distritos están sujetos a los requisitos de elegibilidad de acuerdo con el espacio disponible y del cuidado de niños.)

**Esta forma está disponible en la oficina de su escuela de residencia.**

- Forma de Verificación del Cuidado de Niños: Padre/Tutor de estudiantes en los grados K-8 deben completar y someter la forma **si**:
  - Su hijo recibe cuidado de niños antes y/o después del día escolar en un hogar privado que se encuentre entre los límites escolares por un mínimo de tres días a la semana. El proveedor privado de cuidados de niños debe proporcionar al sitio escolar los documentos enumerados en esta forma.
  - Su hijo está matriculado en una instalación de cuidado de niños que se encuentre en los límites escolares por un mínimo de tres días a la semana. Pídale a su proveedor de cuidado de niños que le proporcione prueba de matriculación en esa instalación. Llévelo a la escuela.

**Esta forma puede ser descargada de la página electrónica del EGUSD.**

Esperamos trabajar con usted y con su hijo como asociados para ayudar a su hijo para que crezca como un individuo feliz, saludable, y bien educado. El Distrito Escolar Unificado de Elk Grove le da la bienvenida a usted y a su hijo a una “Comunidad de Estudiantes.”

Sinceramente,



Bindy Grewal, Ed.D.  
Asistente del Superintendente, Educación Pre-K-6



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

¿Ha asistido el estudiante a una escuela de EGUSD (incluyendo preescolar):  SÍ  NO # Identificación del Estudiante EGUSD \_\_\_\_\_
¿Está este estudiante actualmente expulsado o tiene una audiencia de expulsión pendiente en EGUSD o en otro distrito?  SÍ  NO

\*Indica que una respuesta es requerida

\*Nombre legal completo del estudiante \_\_\_\_\_
(Como está en el certificado de nacimiento) Apellido Primer Inicial Nombre del Sufijo (Jr. III. IV)

\*Grado \_\_\_\_\_ #SSID del Estudiante (si lo sabe) \_\_\_\_\_ \*Género:  Masculino  Femenino

Apodo (AKA) También Conocido Como Apellido (AKA) También Conocido Como Primer Nombre (AKA) Segundo Nombre (AKA) Nombre del Sufijo

\*Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_ \*Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Ciudad Estado País

Correo Electrónico del Estudiante: \_\_\_\_\_

RAZA / ETNICIDAD

\*1) Etnicidad  hispana o latina (una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sud/Centro América u otra cultura u origen española)  No hispana o latina

\*2) Raza – Por favor escoja una o más categorías de razas

- Caucáseo  Africano americano  Indio americano
 Chino  Japonés  Coreano
 Vietnamés  Indio asiático  Laosiano
 Camboyano  Hmong  Otro asiático
 Nativo de Hawái  Guameño  Samoano
 Tahitiano  Otro isleño del Pacífico  Filipino

DEMOGRAFÍA

\*Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_
(Número & Calle – Apto.) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

\*Dirección Envío de Correo: \_\_\_\_\_
(Si es diferente a la dirección de residencia) (Número & Calle – Apto. O buzón #) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

\*Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ \*Tipo:  Hogar  Celular Personal  Empleo

\*ENCUESTA IDIOMA DEL HOGAR (Para estudiantes “nuevos” solamente registrándose por primera vez en el distrito escolar.)

\*1. ¿Cuál idioma su hijo aprendió cuando él/ella empezó hablar por primera vez? \_\_\_\_\_

\*2. ¿Cuál idioma su hijo habla más frecuentemente en el hogar? \_\_\_\_\_

\*3. ¿Cuál idioma usted usa más frecuentemente en el hogar cuando usted habla con su hijo? \_\_\_\_\_

\*4. ¿Cuál es el idioma que los adultos hablan más a menudo en el hogar? \_\_\_\_\_
(padres, guardianes, abuelos, o cualquier otro adulto)

FOR OFFICE USE ONLY

School Name \_\_\_\_\_ Enrollment Date \_\_\_\_\_ Birth Date Verified  Birthplace Verified 
Birth Verification Method \_\_\_\_\_ Address Verification Method (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_
Immunizations Complete?  YES  NO Student Notifications?  YES  NO Permit Type \_\_\_\_\_ Permit Date \_\_\_\_\_
Track \_\_\_\_\_ Enrolled by \_\_\_\_\_ Date entered in Synergy \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación actual de la vida actual de su hijo, si aplica? (*Federalmente Requerida*)

Sin hogar (Si es así, identifique la categoría de la residencia)  Albergue temporal  Hotel/motel  Temporalmente doble  Sin albergue temporalmente

Residencia de Crianza Primaria (Si es así, identifique el tipo de vivienda)  Hogar Familiar de Crianza o Plan Familiar  Institución con Licencia de Niños (grupo del hogar)

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo?  Acomodación 504  GATE  Programa Educación Especial  ESL/Bilingüe  Ninguno

Petición para Servicios Educación Migrante # de Identificación Migrante del Estudiante: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

\*Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ \*  Tutor Legal \*  Otro

\*Parentesco: \_\_\_\_\_ ¿Vive esta persona con el estudiante?:  Sí  NO Compartir la información:  Sí  NO

\*Dirección Envío del

Correo: \_\_\_\_\_  
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

\*Teléfono primario \_\_\_\_\_ ¿Contacto? \_\_\_\_\_ ¿No en el directorio? \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Celular Personal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_ # de Extensión \_\_\_\_\_

\*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

\*Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria  Algo de colegio o título de asociado  Graduado del colegio/post graduado  
 Graduado de la escuela preparatoria  Graduado del colegio  
Servicio Militar:  Activo en las Fuerzas Armadas:  Tiempo Completo en la Guardia Nacional:  Reserva para las Fuerzas Armadas:

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ \*  Tutor Legal \*  Otro \* Difunto  Sí

\*Parentesco: \_\_\_\_\_ ¿Vive esta persona con el estudiante?:  Sí  NO Compartir la información:  Sí  NO

Dirección Envío del  
Correo: \_\_\_\_\_  
(si es diferente al del estudiante) (Número & Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ ¿Contacto? \_\_\_\_\_ ¿No en el directorio? \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Celular Personal: \_\_\_\_\_ # de Extensión \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleo: \_\_\_\_\_ # de Extensión \_\_\_\_\_

\* Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

\* Nivel de Educación - por favor marque *una* casilla que aproxime más a su nivel de educación:

- No graduado de la escuela preparatoria  Algo de colegio o título de asociado  Graduado del colegio/post graduado  
 Graduado de la escuela preparatoria  Graduado del colegio

## MATRICULACIÓN

Previa Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Escuela) (Dirección) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal) (#s de Teléfonos / Fax )

Previo Distrito Escolar: \_\_\_\_\_ Última Fecha de Asistencia Escolar: \_\_\_\_\_

\* ¿Qué mes, día, y año su hijo entró (se matriculó) a una Escuela Pública de California? Mes/Día/Año: \_\_\_\_\_

\* Fecha de Entrada a una Escuela en los Estados Unidos (U.S.) – Mes/Día/Año: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE TODOS/OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA ASISTENCIA ESCOLAR	VIVEN EN EL HOGAR
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

### Contactos de Emergencia:

Individuos que puedan ser contactados en caso de una emergencia cuando el padre o guardián no pueda ser localizado. (Identificación válida debe ser proporcionadas para entregar el estudiante)

*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	
*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	
*Parentesco:	Nombre:	Entrega del estudiante:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono del Hogar:	Celular Personal:	Teléfono del Empleo:	Ext.:
Correo Electrónico:		Idioma Preferido:	

Nombre del Cuidado/Guardería de Niños:	Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Dirección:	Ciudad:	Zona Postal:
Oficial de Libertad Condicional	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:
Trabajador Social (Agencia):	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:
Trabajador Social (Condado):	Correo Electrónico:	Teléfono/Ext.:

Nombre del Doctor:	Teléfono:	Ext.:	Hospital:
Compañía de Póliza de Seguro:	Teléfono:	Ext.:	Póliza de Seguro #:

Información Adicional:

### \*HISTORIAL DE SALUD FAVOR DE MARCAR AQUÍ SI EL ESTUDIANTE HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD CONOCIDOS

Marque cualquier o todas las condiciones médicas del estudiante. Use la siguiente sección para explicar/recomendar.

- |  |  |   |  |  |   |
|--|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALERTA MÉDICA (condición no enumerada – describa enseguida) | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Concusión            | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza- migraña    | <input type="checkbox"/> Alerta de inmunizaciones  | <input type="checkbox"/> Procedimientos especializados de salud |
| <input type="checkbox"/> ADHD  | <input type="checkbox"/> Autismo               | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística    | <input type="checkbox"/> Plan de salud               | <input type="checkbox"/> Desorden intestinal       | <input type="checkbox"/> Incapacidad del habla                  |
| <input type="checkbox"/> Alergia – no alimenticia                                    | <input type="checkbox"/> Desorden autoinmune   | <input type="checkbox"/> Dental               | <input type="checkbox"/> Incapacidad de escuchar     | <input type="checkbox"/> Ortopédico / escoliosis   | <input type="checkbox"/> Síndrome – otro                        |
| <input type="checkbox"/> Alergia – alimentos   | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Condición del corazón       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                           |
| <input type="checkbox"/> Alergia - nueces  | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones  | <input type="checkbox"/> Desorden urinario                      |
| <input type="checkbox"/> Alergia – cacahuates  | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca    | <input type="checkbox"/> Eczema               | <input type="checkbox"/> Hipertensión                | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme         | <input type="checkbox"/> Incapacidad de la visión               |
| <input type="checkbox"/> Desorden de ansiedad  | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral    | <input type="checkbox"/> Fractura             | <input type="checkbox"/> IEP Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> Condición de la piel-otra | <input type="checkbox"/> Desorden de peso                       |
| <input type="checkbox"/> Artritis  |  |   |  |  |   |

Explicación/Recomendaciones sobre lo anterior:

¿Toma el estudiante medicamentos actualmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Se requiere la medicina durante el día escolar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--

**EL MEDICAMENTO NO PUEDE SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA SIN UNA SOLICITUD FORMAL FIRMADA POR UN MÉDICO Y UN PADRE. LOS FORMULARIOS DE MEDICAMENTOS ESTÁN DISPONIBLES EN LA OFICINA ESCOLAR.**

ENTIENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO NO SE PUEDA LOCALIZAR NINGÚN PADRE/GUARDIÁN O CONTACTO DE EMERGENCIA, LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA PARA LLEVAR A MI ESTUDIANTE AL MÉDICO DE CABECERA O MÉDICO LICENCIADO, O AL HOSPITAL MÁS CERCANO HACIENDO RESPONSABLE AL PADRE/GUARDIÁN DEL COSTO.

\*Nombre de la persona llenando la forma (letra de molde): \_\_\_\_\_ \*Parentesco: \_\_\_\_\_

\*Firma del Padre/Guardián (certificando que la información es correcta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor de llenar **TODAS** las páginas de esta forma

¡Gracias!

Rev. 5/3/17

# Requisitos de Inmunizaciones para el Año Escolar 2019-2020

## Grados TK/K – 12

Vacunas	4-6 años de edad Escuela Primaria en el kínder y kínder transicional y grados mayores	7-17 años de edad Escuelas Primarias y Secundarias	7º grado (o alumnos de 12 años de edad y mayores para aquellos alumnos sin asignación de grados)
<b>Polio (OPV o IPV)</b>	<b>4 dosis</b> (3 dosis están bien si una de estas fue administrada en o después del 4º cumpleaños)	<b>4 dosis</b> (3 dosis OK if one was given on or after 4th birthday)	
<b>Difteria, Tétanos y Pertussis (Tos Ferina)</b>	<b>5 dosis de DTaP, DTP, o DT</b> (4 dosis están bien si una de estas fue administrada en o después del 4º cumpleaños)	<b>5 dosis de DTaP, DTP, DT, Tdap, o TD</b> (4 dosis están bien si una de estas fue administrada en o después del 4º cumpleaños. Tres dosis satisfacen este requisito si cuando menos una de las vacunas Tdap, DTaP o TDP fue administrada en o después del 7º cumpleaños. Una o dos dosis de la vacuna Td fue administrada en o después del 7º cumpleaños cuenta como una dosis requerida.)	<b>1 dosis de Tdap</b> (Fue administrada en o después del 7º cumpleaños)
<b>Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR o MMR-V)</b>	<b>2 dosis</b> (Dos dosis de sarampión, dos dosis de paperas, y una dosis de la vacuna rubeola satisfacen el requisito, ya sea separadas o combinadas. Solamente las dosis administradas en o después del primer cumpleaños satisfacen el requisito.)	<b>2 dosis</b> (Dos dosis de sarampión, dos dosis de paperas, y una dosis de la vacuna rubeola satisfacen el requisito, ya sea separadas o combinadas. Solamente las dosis administradas en o después del primer cumpleaños satisfacen el requisito.)	
<b>Hepatitis B (Hep B o HBV)</b>	<b>3 dosis</b>	<b>3 dosis**</b>	
<b>Varicela (varicela loca, VAR, MMR - V, o VZR)</b>	<b>2 dosis</b>	<b>2 dosis</b>	<b>2 dosis</b>

\*Todos los estudiantes del 7º grado deben satisfacer los requisitos para las edades de 7-17 años.

\*\*Para todos los estudiantes ingresando al 7º grado, ellos pueden iniciar el grado sin haber recibido la inmunización completa de la vacuna Hep B, pero el seguimiento para obtener las tres dosis será necesario.

### INSTRUCCIONES:

Las escuelas de California están requeridas en verificar los documentos de inmunizaciones de todos los estudiantes ingresando al Kínder/Kínder Transicional hasta el 12º grado y de los estudiantes ingresando al 7º grado antes de su admisión.

1. Notificar a los padres de las inmunizaciones requeridas y recolectar los documentos de las inmunizaciones
2. Copiar las fechas de cada vacuna de la cartilla de vacunas del niño a la cartilla de inmunizaciones de California
3. Comparar el número de las dosis en la tarjeta azul a los requisitos mencionados arriba.
4. Determinar si el niño puede ser admitido



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO de ELK GROVE**  
**Servicios de Salud y Apoyo al Estudiante**  
**INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pediatra (Nombre y Teléfono): \_\_\_\_\_

Dentista (Nombre y Teléfono): \_\_\_\_\_

Otro Proveedor de Salud (Nombre y Teléfono): \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*Historial de Salud\*\*\*\*\***

Por favor marque una ( ✓ ) si su hijo ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes condiciones:

- |   |  |
|---|--|
| _____ TDA/H (ADHD)                              | _____ Salud Mental (Diagnostico/Consejería)            |
| _____ Alergias (Alimentos, Medicina, Polen)     | _____ Preocupaciones Ortopédicas                       |
| _____ Asma                                      | _____ Desorden de Convulsiones                         |
| _____ Autismo                                   | _____ Anemia de Células Falciformes (Diagnostico/Tipo) |
| _____ Preocupación del Comportamiento           | _____ Problemas De Dormir                              |
| _____ Dental                                    | _____ Condiciones de la Piel (Eccema/Sarpullido)       |
| _____ Diabetes                                  | _____ Preocupaciones Yendo al Baño                     |
| _____ Escuchando (Aparatos, tubos de los oídos) | _____ Visión (Gafas/Contactos/Glaucoma/Incapacidad)    |
| _____ Condiciones Gastrointestinales            | _____ Otras Condiciones de Salud                       |

Si usted marcó (✓), por favor explique la condición de salud que usted marcó:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicina(s): Nombre/Dosis/Frecuencia: \_\_\_\_\_  
(Por favor infórmese sobre la forma del EGUSD Norma de Medicamentos y Ayuda en la Administración de Medicamentos)

Hospitalizaciones/Enfermedad Seria: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna recomendación especial hecha por el pediatra sobre la salud de su hijo mientras y durante el día escolar? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_



**Miembros de la Mesa**  
 Jeanette J. Amavisca  
 Priscilla S. Cox  
 Carmine S. Forcina  
 Steve Ly  
 Chet Madison, Sr.  
 Anthony "Tony" Perez  
 Bobbie Singh-Allen

**Bindy Grewal**  
**Asistente del Superintendente**  
 Educación PreK-6

(916) 686-7704  
 FAX: (916) 686-7796  
 Email: dcherry@egusd.net

Robert L. Trigg Education Center  
 9510 Elk Grove-Florin Rd., Elk Grove, CA 95624

## NOTIFICACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Por favor tenga en mente que existen algunas condiciones en el Distrito Escolar Unificado de Elk Grove que pudiera requerir que:

1. Su hijo sea reasignado a otra clase en su escuela de residencia;
2. Su hijo sea reasignado a otra escuela de Elk Grove durante el año escolar;
3. Su hijo sea reasignado a otro ciclo escolar

Las circunstancias para estas condiciones incluyen:

- Sobrepoblación en la escuela de residencia
- Sobrepoblación en el nivel del grado
- Sobrepoblación en un ciclo escolar específico
- Límites escolares creados debido a la construcción de escuelas nuevas. Cambios en los límites escolares afectan a los estudiantes en todos los niveles de grados; escuelas primarias, intermedia, y preparatorias.

### PROCESO DE COLOCACIÓN

Notros iniciaremos este año el proceso de la selección al azar del ciclo escolar del kínder, el cual se realiza a través de un proceso automático generado por computadora. Esto alivia la necesidad de que nuestras familias se firmen en fila, y se le proporciona a cada familia la misma oportunidad de elegir su ciclo escolar (track). Este proceso automático permite una oportunidad mayor para la distribución demográfica y hacer una representación más balanceada de nuestra comunidad en cada ciclo escolar (track).

Haciendo lo más posible, los estudiantes de la misma familia deberán ser colocados en el mismo ciclo escolar a menos de que uno o más estudiantes estén inscritos en programas de educación especial o a menos de que el padre/tutor legal solicite que los estudiantes sean asignados a diferentes ciclos escolares.

Gracias por su comprensión y por permitirle al Distrito Escolar Unificado de Elk Grove en proporcionarle la oportunidad de proporcionar a su hijo un programa educacional de alta calidad.

Su firma enseguida reconoce que usted ha sido informado de las circunstancias por las cuales pudiera resultar la reasignación de su hijo y del proceso usado en la determinación de la colocación.

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha

- Original to School
- Copy to Parent/Guardian

Office Use Only  
 Date Received: \_\_\_\_\_





**Members of the Board**

Beth Albiani  
Nancy Chaires Espinoza  
Carmine S. Forcina  
Chet Madison, Sr.  
Dr. Crystal Martinez-Alire  
Anthony "Tony" Perez  
Bobbie Singh-Allen

**Bindy Grewal, Ed.D.**

Assistant Superintendent,  
PreK-6 Education

(916) 686-7704  
FAX: (916) 686-7796

Robert L. Trigg Education Center  
9510 Elk Grove-Florin Rd., Elk Grove, CA 95624

## ENCUESTA DE SERVICIOS ESPECIALES

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Previo Distrito Escolar:** \_\_\_\_\_

- 1. ¿Ha repetido grado su hijo? Si es así, ¿que grado? \_\_\_\_\_  Sí  No
- 2. ¿Ha recibido su hijo servicios del Programa de Educación Especial (IEP)?  Sí  No
- 3. ¿Tiene usted una copia del IEP de su hijo?  Sí  No
- 4. ¿Ha recibido su hijo servicios de Terapia de Lenguaje?  Sí  No
- 5. ¿Ha recibido su hijo servicios del Programa Título I?  Sí  No
- 6. ¿Ha recibido su hijo Servicios Bilingües?  Sí  No  
¿Qué Lenguaje? \_\_\_\_\_
- 7. ¿Ha estado su hijo en un Salón de Clase de Educación Especial Independiente o en el Centro de Aprendizaje?  Sí  No
- 8. ¿Ha sido su hijo identificado como un Estudiante Dotado "GATE"?  Sí  No  
 Sí  No
- 9. ¿Tiene usted otros hijos que reciben servicios de educación especial? Si es así, ¿Qué tipo de servicios?  Sí  No

**Nombre del hijo**

**Grado**

**Escuela**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Hay alguna información que usted desea compartir con la maestra acerca del progreso académico o necesidades especiales de su hijo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACION DE EMERGENCIA  
(REQUERIDO)\*  
ELK GROVE UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

School _____	Track _____
Grade _____	Room _____
Teacher/Counselor _____	
Bus # _____	Bus Stop _____
Student Number _____	

Nombre: \_\_\_\_\_ Género: Fem. \_\_\_ Mas \_\_\_

Apellido legal (si es diferente) \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Tel: del hogar: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Liste a continuación el padre o guardián que vive con el hijo/a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el hijo/a: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ Tel.: del hogar: \_\_\_\_\_  
Tel.: del trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el hijo/a: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ Tel.: del hogar: \_\_\_\_\_  
Tel.: del trabajo: \_\_\_\_\_

Si los padres están divorciados o separados, ¿quién tiene custodia física? Los padres deberán notificar inmediatamente al distrito cuando haya algún cambio.  
 Ambos  Madre  Padre  Guardián

Guardería: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad, emergencia o accidente y no se pueda localizar al padre/guardián, los adultos a continuación están autorizados a representar en el nombre del padre/guardián. (Por favor escriba dos nombres de vecinos, amigos, parientes o niñera.)

1. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Seguro médico \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ # teléfono del médico \_\_\_\_\_ Hospital de preferencia \_\_\_\_\_

**EL PADRE  
DEBE  
MARCAR  
UNO**

1. En caso de una emergencia, cuando no se pueda localizar al padre o guardián, yo autorizo al personal escolar para hacer los arreglos convenientes para que mi hijo/a reciba atención médica/hospital incluyendo transportación necesaria, según su mejor juicio. Autorizo al médico mencionado arriba para que se haga cargo del cuidado y tratamiento que considere necesario. En el caso de que dicho médico no esté disponible, yo autorizo que la atención y el tratamiento sea proporcionado por un médico o cirujano con licencia. Estoy de acuerdo en cubrir los costos como resultado de lo anterior.
2. No elijo la declaración anterior y deseo que la acción de enseguida se realice en el caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Tengo entendido que el Distrito Escolar Unificado de Elk Grove no proporciona seguro médico para cubrir los gastos de lesiones de estudiantes, pero pone a disposición seguro de estudiantes. Y he recibido información sobre este programa.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre/guardián Fecha Firma del padre, madre/guardián Fecha

**POR FAVOR MARQUE LO SIGUIENTE SI ES PERTINENTE A SU HIJO/A**

MARQUE AQUI SI NO HAY PROBLEMAS CONOCIDOS DE SALUD

**OJOS**  
Usa anteojos  Todo el tiempo   
Usa lentes de contacto  Todo el tiempo   
Requiere asiento preferencial   
Fecha del último examen de vista: \_\_\_\_\_  
Bajo del cuidado del Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Comentarios: \_\_\_\_\_

**OIDOS**  
Tiene problema de audición  Tiene tubos en los oídos   
Usa aparato de audición  Requiere asiento preferencial   
Bajo del cuidado del Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Comentarios: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) DE HERMANO/AS	ESCUELA DE ASISTENCIA	GRADO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

\*El Código de Educación 49408 del estado de California requiere que la información de emergencia se mantenga al corriente.  
\*\*El padre, madre o guardián de un estudiante de escuela pública que sigue un régimen continuo de medicamentos para una condición sin episodios (alumnos que toman medicamento por un tiempo prolongado en un horario regular) deberá de informar a la enfermera escolar u otro empleado certificado asignado acerca del medicamento que está tomando. (Código de ED. de California 49480)  
\*\*\*De acuerdo al Código de Educación del estado de California hace obligatorio que cada estudiante reciba educación física. Si en un momento dado, su hijo/a está enfermo/a o tiene una condición que usted cree que requiera ser disculpado/a de actividades por más de 5 días escolares, una nota de explicación del personal de salud de su hijo/a será requerida.

**SALUD EN GENERAL**

1. Tiene la(s) condición(es):  
Epilepsia  Desmayos  Diabetes   
Hiperactividad (ADHD)  Condición cardíaca  Migrañas   
Asma   
Alergias  (por favor describa): \_\_\_\_\_

Reacción alérgica a la picadura de abejas  (por favor describa): \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_  
¿Algunas de estas condiciones ponen en peligro su vida?  Sí  No  
Por favor explique: \_\_\_\_\_

2. Liste los medicamentos recetados: \_\_\_\_\_  
Dosis actual: \_\_\_\_\_  
Para (diagnóstico): \_\_\_\_\_  
¿Tiene que tomar el medicamento durante horas de escuela?  Sí  No  
Recetado por el Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Tiene una condición física que limita su participación en:  
Actividades en el aula  Educación física   
Por favor explique: \_\_\_\_\_  
Bajo del cuidado del Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

4. FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA TÉTANOS \_\_\_\_\_

**U.S. Department of Education  
Office of Indian Education  
Washington, DC 20202  
TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

**Parent/Guardian:** This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file and will not need to be completed every year.** Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

**STUDENT INFORMATION**

Name of the Child \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_  
(As shown on school enrollment records)

Name of School \_\_\_\_\_

**TRIBAL ENROLLMENT**

Name of the individual with tribal enrollment: \_\_\_\_\_  
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: \_\_\_\_\_ Child \_\_\_\_\_ Child's Parent \_\_\_\_\_ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: \_\_\_\_\_

The Tribe or Band is (select only one):

- \_\_\_\_\_ Federally Recognized
- \_\_\_\_\_ State Recognized
- \_\_\_\_\_ Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)
- \_\_\_\_\_ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) \_\_\_\_\_ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) \_\_\_\_\_

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**ATTESTATION STATEMENT**

I verify that the information provided above is accurate.

Name Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS FOR THE ED 506 FORM

### FOR APPLICANTS:

**PURPOSE:** To comply with the requirements in 20 USC 7427(a), which provides that: "The Secretary shall require that, as part of an application for a grant under this subpart, each applicant shall maintain a file, with respect to each Indian child for whom the local educational agency provides a free public education, that contains a form that sets forth information establishing the status of the child as an Indian child eligible for assistance under this subpart, and that otherwise meets the requirements of subsection (b)".

**MAINTENANCE:** A separate ED 506 form is required for each Indian child that was enrolled during the count period. A new ED 506 form does **NOT** have to be completed each year. All documentation must be maintained in a manner that allows the LEA to be able to discern, for any given year, which students were enrolled in the LEA's school(s) and counted during the count period indicated in the application.

### FOR PARENTS/GUARDIANS:

**DEFINITION:** Indian means an individual who is (1) A member of an Indian tribe or band, as membership is defined by the Indian tribe or band, including any tribe or band terminated since 1940, and any tribe or band recognized by the State in which the tribe or band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

**STUDENT INFORMATION:** Write the name of the child, date of birth and school name and grade level.

**TRIBAL ENROLLMENT INFORMATION:** Write the name of the individual with the tribal membership. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one name: either the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name of the tribe or band of Indians to which the child claims membership. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally-recognized tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. If Terminated Tribe or Organized Indian Group is elected, additional documentation is required and must be attached to this form.

- **Federally Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity limited to those indigenous to the U.S. The Department of Interior maintains a list of federally-recognized tribes, which OIE can provide you upon request.
- **State Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity that has recognized status by a State. The U.S. Department of Education does not maintain a master list. It is recommended that you use official state websites only.
- **Terminated Tribe-**a tribal entity that once had a federally recognized status from the United States Department of Interior and had that designation terminated.
- **Organized Indian Group-** Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Write the enrollment number establishing the membership of the child, if readily available, or other evidence of membership. If the child is not a member of the tribe and the child's eligibility is through a parent or grandparent, either write the enrollment number of the parent or grandparent, or provide other proof of membership. Some examples of other proof of membership may include: affidavit from tribe, CDIB card or birth certificate. Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such tribe or band of Indians.

**ATTESTATION STATEMENT:** Provide the name, address and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

The Department of Education will safeguard personal privacy in its collection, maintenance, use and dissemination of information about individuals and make such information available to the individual in accordance with the requirements of the Privacy Act.

**PAPERWORK BURDEN STATEMENT** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335. OMB Number: 1810-0021 Expiration Date: 07/31/2019.

### 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"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
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.*

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAS): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***



# EGUSD SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN DECLARACIÓN MÉDICA

## SUSTITUCIONES Y/OACOMODACIONES DE ALIMENTOS

1. ESCUELA/AGENCIA <b>EGUSD</b>		2. ESCUELA/LOCALIDAD		3. NÚMERO DE TELÉFONO	
4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE				5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO	
6. NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN				7. NÚMERO DE TELÉFONO	
8. MARQUE UNA CASILLA: <input type="checkbox"/> El participante tiene una incapacidad o condición médica y requiere un alimento especial o acomodación. (Vea las definiciones al reverso de esta forma.) Escuelas o agencias participando en programas nutricionales federales deben cumplir con las peticiones de alimentos especiales y con cualquier equipo adaptivo. <b>Un doctor con credencial debe firmar esta forma.</b>  <input type="checkbox"/> El participante no tiene una incapacidad y tendrá limitaciones en algunos alimentos que él/ella pueda consumir. El Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición de EGUSD se esmerarán en acomodar peticiones razonables y notificará el personal de la cafetería de la escuela/localidad sobre las restricciones o limitaciones debido a intolerancia(s) a alimentos o razones médicas. Esta forma no es apropiada para ser usada para las preferencias a alimentos. <b>Un doctor acreditado, asistente de doctor, o enfermera registrada debe firmar esta forma.</b>					
9. INCAPACIDAD O CONDICIÓN MÉDICA REQUIRIENDO SUSTITUCIÓN O ACOMODACIÓN DE ALIMENTO:.					
10. SI EL PARTICIPANTE TIENE UNA INCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD QUE AFECTA MAYORMENTE LA VIDA DEL PARTICIPANTE:.					
11. PRESCRIPCIÓN DE DIETA Y/O ACOMODACIÓN: (POR FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN APROPIADA):					
12. INDIQUE TEXTURA: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cortada en trozos <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré					
13. ALIMENTOS A SER OMITIDOS Y SUSTITUCIONES (POR FAVOR ESPECIFIQUE ALIMENTOS A SER OMITIDOS Y SUSTITUCIONES SUGERIDAS. USTED PUEDE INCLUIR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)					
A. Alimentos A Ser Omitidos			B. Sustituciones Sugeridas		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
14. EQUIPO ADAPTIVO :					
15. FIRMA DEL PREPARADOR*		16. NOMBRE IMPRESO		17. NÚMERO DE TELÉFONO	18. FECHA
19. FIRMA DE LA AUTORIDAD MÉDICA*		20. NOMBRE IMPRESO		21. NÚMERO DE TELÉFONO	22. FECHA

\* La firma del doctor es requerida para los participantes con una incapacidad. Para participantes sin ninguna incapacidad, un doctor acreditado, un asistente de doctor, o una enfermera registrada deben firmar esta forma.

La información en esta forma debe ser actualizada para reflejar la condición médica o necesidad nutricional más reciente del participante.

De acuerdo a la ley federal y la norma del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta agencia prohíbe la discriminación en contra de alguna persona de acuerdo al color de la piel, raza, origen nacional, género, edad, o incapacidad. Para someter una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor de oportunidades y empleador equitativo.

# PETICIÓN PARA LA DECLARACIÓN MÉDICA SUSTITUCIÓN DE ALIMENTOS Y/O ACOMODACIONES

## INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** Escriba con letra impresa el nombre de la escuela o agencia que proporciona la forma al padre.
2. **Localidad:** Escriba con letra impresa el nombre de la localidad donde los alimentos serán servidos (eje: escuelas, cuidado infantil, centro comunitario, etc.)
3. **Número de Teléfono de la Localidad:** Escriba el número de teléfono de la localidad donde los alimentos serán servidos. Vea #2.
4. **Nombre del Participante:** Escriba con letra impresa y la información con el nombre del niño o adulto participando.
5. **Edad del Participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, use la Fecha de Nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Guardián:** Escriba con letra impresa el nombre de la persona solicitando la declaración médica del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o guardián.
8. **Marque Una:** Marque (✓) en la casilla indicando si el participante tiene una incapacidad o no tiene ninguna.
9. **Incapacidad o Condición Médica Requiriendo un Alimento Especial o Acomodación:** Describa la condición médica que requiera un alimento especial o acomodación (eje: diabetes juvenil, alergia a cacahuates, etc.)
10. **Si el participante tiene una Incapacidad, él/ella Proporciona una Descripción breve de la Incapacidad Afectando la Actividad Mayor de la Vida Diaria:** Describa como la condición física o médica es afectada por la incapacidad. Por ejemplo: "Alergia a los cacahuates causa una reacción alérgica que arriesga la vida."
11. **Receta de Dieta y/o Acomodaciones:** Describa una dieta específica o acomodación que haya sido recetada por un doctor, o describa la modificación de la dieta solicitada para una condición que no incapacite. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben ser líquidos o en puré. El participante no puede tomar ningún alimento sólido."
12. **Indique Textura:** Marque (✓) en la casilla indicando la textura del alimento que es requerido. Si el participante no necesita modificación, marque "Regular."
13. **A. Alimentos a Ser Omitidos:** Liste alimentos que deben ser omitidos en la dieta. Por ejemplo: "excluya leche en forma líquida."  
**B. Sustituciones Sugeridas:** Liste alimentos específicos a ser incluidos en la dieta. Por ejemplo: "leche de soya."
14. **Equipo Adoptado:** Describa equipo específico requerido para asistir al participante durante la alimentación. (Ejemplos: puede incluir una taza con tapa y popote para beber, cuchara grande, muebles de acceso a silla de ruedas, etc.)
15. **Firma del Preparador:** Firma de la persona completando esta forma.
16. **Nombre Letra Impresa:** Escriba el nombre de la persona completando esta forma.
17. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la persona completando esta forma.
18. **Fecha:** Fecha en la cual esta forma es terminada.
19. **Firma de Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica solicitando el alimento especial o acomodación.
20. **Letra Impresa:** Nombre, letra impresa, de la autoridad médica.
21. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha en la cual la autoridad médica firmó esta forma.

### DEFINICIONES\*:

"Una Persona con Incapacidad" es definida como una persona que tiene una incapacidad física o mental la cual limita sustancialmente una o más de las actividades mayores de la vida diaria, tiene un récord de tal incapacidad, o es considerada como tal incapacidad.

"Incapacidad física o mental" significa (a) un desorden o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica afectando uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; músculo-esqueleto; órganos de los sentidos especiales; órganos incluyendo del habla/discurso; cardiovascular; reproductivos; digestivo; genitourinario; sanguíneo – linfático; piel; o (b) cualquier desorden mental o psicológico, tal como retraso mental, síndrome orgánico del cerebro, enfermedades emocionales o mentales, y cualquier incapacidad de aprendizaje.

"Actividades mayores de vida diaria" son funciones tales como cuidarse a sí mismo, realizando habilidades manuales, caminando, viendo, oyendo, hablando, respirando, aprendiendo, y trabajando.

"Tiene un récord de tal incapacidad" es definido como teniendo un historial de, o haya sido clasificado (o no clasificado) como teniendo una incapacidad mental o física que sustancialmente limita una o más de las actividades mayores de la vida diaria.

(\*Citaciones de la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973)





# FORMA DE PRIORIDAD EN LA SELECCIÓN DEL CICLO ESCOLAR KÍNDER (TRACK)

\*Complete una forma para cada estudiante ingresando al kínder.

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Apto.#) (Ciudad) (Zona postal)

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Tel. del Hogar: \_\_\_\_\_

## Parte I

**Por favor enumere todos los nombres de los niños que vivan en esa casa y que actualmente estén asistiendo (o están inscritos a asistir a una escuela en Elk Grove Unified School District Grados K-12).**

Apellido	Primer Nombre	Ciclo Escolar Actual	Nivel del Grado	Escuela Actual

## Parte II

### PREFERENCIA DEL CICLO ESCOLAR

Marque sus opciones en los espacios siguientes. Todos los espacios deben tener una opción. (A, B, C, D)

1ª Opción \_\_\_\_\_ 2ª Opción \_\_\_\_\_ 3ª Opción \_\_\_\_\_ 4ª Opción \_\_\_\_\_

### HORARIO DE LA SESIÓN:

AM o  PM

¿Desea colocar a sus niños en el mismo ciclo escolar (track)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*Complete una forma para solicitar el ciclo escolar de cada estudiante del kínder.

Mi firma indica que he leído y entendido que cuando yo firmo esta forma no me garantiza el ciclo escolar pedido. (La asignación del ciclo escolar (track) pueda cambiar debido a la matriculación escolar o las condiciones enumeradas en la Notificación de Entendimiento.)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha