



SOUTHERN KERN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2601 W Rosamond Blvd
Rosamond, CA 93560
(661)256-5000 Fax (661)256-1247

Inscripción del Distrito

¿Ha asistido su estudiante en una escuela en los Estados Unidos previamente?
(Escoja uno)

- No, el estudiante nunca ha asistido en una escuela en los Estados Unidos.
- Si, el estudiante ha asistido en una escuela en los Estados Unidos.

¿Si es así, en qué fecha inicio la inscripción a una escuela de grados K-12 en los Estados Unidos?

Imprima el Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Firma del Padre/Guardián

Relación al Estudiante

Fecha



SOUTHERN KERN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2601 W Rosamond Blvd
Rosamond, CA 93560
(661)256-5000 Fax (661)256-1247

Información de la Escuela Anterior

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la última escuela del estudiante:

Ciudad: _____

Estado: _____

País: _____

No aplica. Es la primera vez que se inscribe el estudiante a una escuela.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

1. ¿Recibió su hijo(a) alguna ayuda especial en su escuela anterior?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación especial (Resource Specialist Program —RSP, habla, colocación en clase especial) | <input type="checkbox"/> Ayuda para mejorar la asistencia |
| <input type="checkbox"/> Servicios bilingües | <input type="checkbox"/> Ayuda para mejorar el comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Asesoría psicológica | <input type="checkbox"/> Servicios para personas sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Reunión del Equipo del Éxito Escolar | <input type="checkbox"/> Ayuda con las tareas escolares |
| | <input type="checkbox"/> Arreglos de acuerdo a 504 |

Otro: _____

2. ¿Repitió su hijo/a algún grado?

Sí No Si la respuesta es “Sí”, ¿qué grado? _____

3. ¿Alguna vez fué expulsado su hijo/a?

Sí No Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué razón? _____

¿En qué distrito? _____ ¿Está resuelta la expulsión? _____

4. ¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (Marque sólo una casilla.) Esta información se empleará para determinar si su hijo/a califica para recibir ayuda adicional de conformidad con la Ley para que Ningún Niño se Quede Atrás (No Child Left Behind Act) de 2001.

- En una residencia unifamiliar
- Con más de una familia en la misma casa o apartamento debido a dificultades económicas
- En un refugio o programa de vivienda transitoria
- En un motel, automóvil o campamento
- En un alojamiento de cuidado tutelar
- Otro: _____

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

Muchas gracias por dedicar unos minutos de su tiempo para llenar este formulario. ¡Esperamos trabajar con usted para ayudar a su hijo/a a que tenga éxito en la escuela!

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOUTHERN KERN
ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA LA PARTICIPACION, LA LIBERACION Y LA
RENUNCIA DE LA OBLIGACION E INDEMNIDAD

AL SER FIRMADO, ESTE CONSENTIMIENTO DE PADRES TIENE EFECTO POR EL AÑO ESCOLAR.
EL CONSENTIMIENTO ADICIONAL DE LOS PADRES NO SERA NECESARIO PARA VIAJES ESCOLARES. USTEDES ESTARAN INFORMADOS ANTES DE CUALQUIER VIAJE ESCOLAR. SIN EMBARGO, PARA LAS ACTIVIDADES QUE OCURREN CON FRECUENCIA, COMO LAS COMPETENCIAS DE MATHLETES, LAS COMPETENCIAS DEPORTIVAS, ETC., DEBE DE VERIFICAR EL CALENDARIO DE LA ESCUELA.

Favor de Imprimir

Año Escolar: 20____ - 20____

Escuela _____

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Direccion: _____
Numero De Calle Ciudad Codigo Postal

Nombre de Padre/Guardian _____ Telefono de Casa _____

Empleador de Padre/Guardian _____ Telefono de Obra _____
Nombre Ciudad

Nombre de Madre/Guardian _____ Telefono de Casa _____

Empleador de Madre/Guardian _____ Telefono de Obra _____
Nombre Ciudad

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Telefono _____

(Si no podemos comunicarnos con un padre)

Nombre del Doctor _____ Telefono _____

Nombre de proveedor de seguro _____ Telefono _____

Número de Poliz _____ Fecha Efectiva _____

ACUERDO DE LA LIBERACION Y LA RENUNCIA DE LA OBLIGACION Y LA INDEMNIDAD

Para que mi hijo/hija pueda tomar parte en el programa atletico, viaje escolar o excursion, que es patrocinado, planeado y dirigido por el Distrito Escolar Unificado de Southern Kern, para cualquier proposito incluyendo, pero no limitado a la observacion, el uso de varias facilidades o el equipo, o de la participacion en cualquiera manera, el abajo firmante para el mismo o para ella misma y cualquier representante personal, los herederos, y los parientes mas cercanos, concuerda a lo siguiente:

1. LOS ABAJO FIRMANTES LIBERAN, RENUNCIAN, DESCARGAN Y CONVIENEN QUE NO VAN A TRAER JUICIO CONTRA EL DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE SOUTHERN KERN, sus oficiales, los empleados, miembros del Concilio Escolar ni los agentes (ya refirmado como "liberados") de toda obligacion a mi hijo/hija, los abajo firmantes, sus representantes personales, asignados, herederos, y los parientes mas cercanos para ninguna perdida o daño, y para ningun reclamo ni demandas por lo tanto por motivo de herida a la persona o la propiedad o resultado de la muerte de mi hijo/hija, mientras mi hijo/hija toma parte en el programa, viaje escolar o excursion atletico que es patrocinado, planeado y dirigido por el DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE SOUTHERN KERN;
2. LOS ABAJO FIRMANTES CONCUERDAN A INDEMNIZAR Y SALVAR Y TENER INOCUAS los liberados y cada uno de ellos de cualquier perdida, obligacion, daño o cuesta que ellos pueden contraer debido a la participacion de mi hijo/hija en el programa atletico, viaje escolar o excursion, que es patrocinado, planeado y dirigido por el DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE SOUTHERN KERN;
3. LOS ABAJO FIRMANTES ASUMEN RESPONSABILIDAD COMPLETA PARA EL RIESGO DE HERIDA, MUERTE, O DAÑO A LA PROPIEDAD mientras mi hijo/hija toma parte en el programa atletico, viaje escolar o excursion, que es patrocinado, planeado y dirigido por el DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE SOUTHERN KERN;
4. LOS ABAJO FIRMANTES RECONOCEN QUE LA PARTICIPACION EN UN PROGRAMA ATLETICO PRESENTA UN RIESGO DE DAÑO FISICO. Los abajo firmantes tambien reconocen que una herida puede resultar de tomar parte en el programa atletico. Los abajo firmantes reconocen que el riesgo de cualquier parte del cuerpo de mi hijo/a o de cualquiera de sus sistemas de cuerpo puede doler o herir por tomar parte en el programa atletico. Los abajo firmantes aquí reconocen que ellos asumen voluntariamente y astutamente cualquier y todos los riesgos de herida contra el DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE SOUTHERN KERN al tomar parte en el programa atletico.
5. LOS ABAJO FIRMANTES expresan aun mas concuerda que el ACUERDO DE LIBERACION, RENUNCIA Y INDEMNIDAD debe estar tan ancha e inclusiva como es permitido por la ley del Estado de California y si cualquier porcion del mismo es invalido, se concuerdan que el equilibrio, sin embargo, continuara en la fuerza y el efecto legal complete.

LOS FIRMANTES DEBAJO HAN LEIDO Y FIRMADO VOLUNTARIAMENTE EL ACUERDO DE LIBERACION Y RENUNCIA DE OBLIGACION Y INDEMNIDAD, y están de acuerdo que ninguna otra representación, declaración, ni incentivos orales aparte del acuerdo escrito se ha hecho.

HE LEIDO ESTE ACUERDO

Firma de Padre o Guardian

Fecha

HISTORIA DE SALUD:

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Apellido _____

Nombre Segundo Nombre

1. Al mejor de su conocimiento, ha sido expuesto su hijo/a a una enfermedad transmisible dentro los últimos 21 días? SI NO

2. ¿Tiene su hijo/a cualquiera de los problemas siguientes de salud? SI NO

a. Operaciones o heridas graves (Fechas): _____

b. Enfermedad crónica o periódica huesos rotos recientes Asma
 Enfermedad Cardíaca Polinosis Desmayo Frecuente
 Hernia (Ruptura) Convulsiones (Epilepsia) Diabetes

c. ¿Otras Condiciones Físicas o Enfermedades?

3. La fecha de la inyección del TETANO más reciente _____

4. ¿Tiene su hijo/a cualquier alergia a drogas u otras cosas? (picada de insecto, penicilina, plantas, polenes, alimentos etc)

5. Medicamentos que su hijo/a toma (el tipo de medicina, la razón, la dosis y la frecuencia, el nombre del doctor que prescribe): _____

Es importante que la medicina necesaria este disponible y que su hijo/a conozca la dosis prescrita. Si usted tiene cualquier preocupación con respecto a la habilidad física de su hijo/a para tomar parte en esta actividad, le aconsejamos que su hijo/a tenga un examen físico.

LIBERACION DE OBLIGACION Y CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Testigo que la historia de la salud es correcta, y que mi hijo/hija descrito aquí tiene el permiso para entrar en todas actividades prescrita a menos que sean anotados por mí y que es físicamente saludable para participar. Yo (nosotros) el padre o guardian legal de _____, un menor, por la presente solicita que el/ella sea permitida asistir en los viajes escolares/actividades durante el año escolar y si sea necesario, por lo presente autorizo y consiento a cualquier examen de la radiografía, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico rendido bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y el personal del salón de la emergencia licenciados bajo las provisiones del Acto de la Práctica de Medicina o un dentista licenciado bajo las provisiones del Acto de la Práctica Dental y en el personal de algún hospital agudo que tiene una licencia actual para operar un hospital del Estado del Departamento de California de Sanitaria. Se entiende que esta autorización esta dado en avance de algún diagnóstico específico, tratamiento, o cuidado de hospital requerido, pero es dado a proporcionar la autoridad y el poder de rendir el cuidado que el médico referido de su mejor juicio puede creer conveniente. Se entiende que el esfuerzo se hará para contactar el abajo firmante antes del tratamiento al paciente, pero que cualquier tratamiento no será retenido si el abajo firmante no puede ser contactado. Yo no mantendré responsable el DISTRITO ESCOLAR

UNIFICADO DE SOUTHERN KERN, sus oficiales, los empleados para la ayuda médica y reembolsará el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOUTHERN KERN para gastos de médico u otro gasto contraído en el cuidado de mi hijo/hija. Esta Autorización es dada conforme a la Sección del Código de la Familia 6910 y se queda efectivo solo para el acontecimiento y fecha listado arriba. Para que mi hijo/hija pueda recibir el tratamiento médico necesario en caso de una herida o la enfermedad, yo por lo presente testigo que el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOUTHERN KERN y a sus representantes son inocuos en el efecto de esta autoridad.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

La Sección del Código de Educación 35330:

Todas personas que hacen el viaje escolar o la excursión se creará en haber renunciado todos reclamos contra el Distrito o el Estado de California para la herida, el accidente, la enfermedad, o la muerte que ocurre durante o por la razón del viaje escolar o la excursión. Todos adultos que van en viajes escolares o excursiones fuera del estado y todos padres o los guardianes de alumnos que van en viajes escolares o las excursiones fuera del estado firmarán una declaración que renuncia tales reclamos.



SOUTHERN KERN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2601 W Rosamond Blvd
Rosamond, CA 93560
(661)256-5000 Fax (661)256-1247

Información para la Familia Militar

Como parte de los nuevos requisitos de responsabilidad en virtud de la ley Cada Estudiante Tiene Exito (ESSA), el Departamento de Educacion de EE.UU. esta exigiendo a las autoridades educativas identificar estudiantes de las familias que son miembros de las fuerzas armadas. Estos estudiantes seran parte de un nuevo subgrupo de cuentas. Por favor, llene este formulario y devuelva a su escuela.

Nombre del Estudiante _____ Grado _____ Escuela _____

Por Favor Marque Uno:

- No hay personas a cargo de los militares en servicio activo que residen en este hogar.
- Yo, el padre/tutor soy militar activo.
Nombre del pariente militar: _____
Relacion con el estudiante: _____ # De hermanos en este distrito escolar: _____

Rama del ejercito: (Marque uno)

- Fuerza Aerea Infantería De Marina Guardia Nacional
 Ejército Nave Guardacostas Otro: _____

Gracias de antemano por su cooperacion.

Cualquier pregunta, pueden dirigirse con Leanne Hargus, Superintendente Asociada (661) 256-5000 ext. 1118



SOUTHERN KERN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2601 W Rosamond Blvd
Rosamond, CA 93560
(661)256-5000 Fax (661)256-1247

McKinney-Vento Acta de Residencia y Educacion Informacion de Derechos

Miles de niños en todo el país conosen la falta de vivienda cada año. La Ley de Asistencia McKinney-Vento fue creada con el objetivo de asegurar la matricula, la asistencia y el éxito de los niños y jóvenes sin hogar en la escuela.

La Ley McKinney-Vento proporciona ciertos derechos para los estudiantes sin hogar. Esto incluye la renuncia de ciertos requisitos, tales como demostrar conprobante de residencia cuando los estudiantes se están inscribiendo y permitiendo la elegibilidad para ciertos servicios.

Cuando las familias y los estudiantes se encuentran en transición debido a su situación de la vivienda, es importante que conozcan sus derechos con respecto a la educación. Si los estudiantes cumplen con los requisitos establecidos en la Ley McKinney-Vento (42 U.S.C. 11431 et seq., Título VII, Subtítulo B), sus derechos son los siguientes:

- Los estudiantes pueden asistir a su escuela de origen o la escuela donde residen temporalmente.
- A Los estudiantes, se les debe proporcionar una declaración por escrito de sus derechos cuando se inscriben y al menos otras dos veces por año.
- Los estudiantes pueden inscribirse sin registros de escuela, médicos, o otros registros similares.
- Los estudiantes tienen derecho a transportación a la escuela.
- A Los estudiantes se les debe proporcionar una declaración que explique por que la inscripción se les niega o cualquier otro servicio.
- Los estudiantes deben recibir los servicios, como el transporte, mientras que las disputas se resuelven.
- Los estudiantes son automáticamente elegibles para servicios de Título 1.

De acuerdo con el Departamento de Educación de EE.UU., las personas que viven en las siguientes situaciones son consideradas personas sin hogar:

- Compartir vivienda con la familia o los amigos debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas
- Viviendo en moteles y hoteles por falta de otra vivienda adecuada
- Niños y jóvenes que han abandonado su hogar o son desplazados- juventud sin acompañamiento.
- Hogares para madres solteras o embarazadas por falta de un lugar para vivir
- Los programas de vivienda de transición
- Las calles
- Los edificios abandonados
- Los lugares públicos no destinados para ser vivienda
- Automóviles, trailas (no incluye casas móviles destinados a vivienda permanente), y campamentos
- En espera de cuidado de crianza
- Niños migratorios que se alojen en la vivienda no aptos para la habitación

Por favor complete el formulario en el reverso de este documento y entréguelo a la oficina de la escuela.

Las preguntas pueden ser dirigidas a los administradores del sitio, o con

Leanne Hargus, Superintendente Asociada/Enlace de McKinney-Vento, 661-256-5000x1118.

CUESTIONARIO/DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

La finalidad de este documento es en referencia a la Ley McKinney-Vento para Ayuda a las Personas sin Hogar (*McKinney-Vento Assistance Act*). Sus respuestas ayudarán a determinar que documentos son necesarios para matricular a su hijo con rapidez.

Estudiante: _____ Hombre ___ Mujer ___

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

1. ¿Viven usted y su hijo(a) en una residencia regular y fija adecuada para pasar la noche?
Si ___ **No** ___
(Si respondió "Si", deténgase aquí. Como prueba de residencia, debe suministrar una factura de gas o electricidad a su nombre. Si respondió "NO", continúe llenando el formulario.)
2. ¿Viven usted y su hijo(a) en:
 refugio
 motel/hotel
 temporalmente con otra familia en una casa, casa móvil o apartamento
 automóvil o vehículo recreativo (RV)
 campamento
 vivienda de transición
 otro lugar _____
3. El estudiante vive con:
 uno de los dos padres
 los dos padres
 un familiar calificado
 amigo(s)
 un adulto que no es su tutor legal
 solo, sin ningún adulto
4. Yo:
 soy el padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado anteriormente
 soy un adulto calificado, familiar del estudiante nombrado anteriormente
Parentesco: _____

Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta y tengo de la misma un conocimiento personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

Residencia: _____
Calle Ciudad Código Postal

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nº de teléfono: (____) _____ Nº de teléfono celular: (____) _____

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOUTHERN KERN
VERIFICACION DE RESIDENCIA**

Año Escolar: 20__ - 20__

Informacion del Estudiante:

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Apellido	Nombre	Grado
Direccion	Apt/Spc	Ciudad
		Codigo Postal

Los estudiantes que asisten en el Distrito Escolar Unificado de Southern Kern, deben residir dentro sus limites de manera permanente a tiempo completo, al menos que el estudiante ha recibido una transferencia interdistrital aprobada. De acuerdo con el Titulo 5, Codigo de Regulaciones de California Seccion 432 (f) (2), los distritos escolares de California deben verificar la residencia del estudiante anualmente.

Para verificar que la residencia esta dentro del Distrito Escolar Unificado de Southern Kern, proporcione dos (2) documentos de residencia actuales. Los documentos deben incluir el nombre del padre/guardian, dirección de residencia, y estar fechados dentro de 30 dias. Si el padre/guardian no tiene documentos para comprobar su residencia en su nombre, La Declaracion de Residencia (al lado reverso) debe ser completada por el padre/guardian y el dueño/residente legal de la propiedad.

- Los dos documentos de residencia estan a nombre del padre/guardian (complete solo este lado).
- Los documentos de residencia **NO** están a nombre del padre/guardian (complete ambos lados).

Comprobantes aceptables de Residencia-

Cualquiera de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Factura de Electricidad o carta de servicio a la residencia de parte de la compafii a Electrica<input type="checkbox"/> Factura de Gas/Propano o carta de servicio a la residencia de parte de su compafii a de gas.<input type="checkbox"/> Factura de Agua<input type="checkbox"/> Factura de basurero | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Factura de Cable TV/Satelite<input type="checkbox"/> Factura de proveedor de internet<input type="checkbox"/> Ultima declaracion de impuestos de Propiedad<input type="checkbox"/> Papeles de fideicomiso (solo si el fideicomiso ha cerrado dentro de 30 dias) |
|--|---|

Los siguientes documentos NO seran aceptables como prueba de residencia: contrato para alquilar o de arrendamiento, hipoteco o declaracion de seguro, extracto de banco, licencia de conducir, o factura de telefono. Apartados postales no cumplen con los requisitos de residencia.

- Este estudiante tiene una transferencia interdistrital del Distrito y no esta obligado a proporcionar documentos para comprobar residencia. Adjuntado esta la copia de transferencia interdistrital.

La falsificación de informacion o documentos requeridos para la verificación de residencia o el uso de direccion de otra persona puede resultar en la revocacion inmediata de la matrcula del estudiante _ Si en cualquier tiempo hay alguna duda de la residencia del estudiante, El Distrito Escolar Unificado de Southern Kern investigara. El Distrito tambien puede pedir documentos adicionales para verificacion. Si un estudiante no esta viviendo dentro de los lmites del distrito a tiempo completo , o si los arreglos de vivienda del estudiante no estan de acuerdo con las declaraciones proporcionadas por el padre/guardian, el estudiante sera excluido de asistir a la escuela en el Distrito Escolar Unificado de Southern Kern. Revisas periodicas a la casa pueden ser realizados a la discrecion de la escuela para verificar la residencia EC 48200 ,48204

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Yo, _____ (Padre/Guardian), declare bajo pena de perjurio que el estudiante mencionado arriba reside en la direccion indicada en los documentos.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA COMPARTIDA

La finalidad de este documento es considerar la Ley McKinney-Vento para Ayuda a las Personas sin Hogar (*McKinney-Vento Assistance Act*). La información suministrada nos ayudará a acelerar el proceso de matriculación del estudiante.

Estudiante: _____ (H/M) Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Yo, _____, padre/madre o tutor del estudiante nombrado anteriormente, estoy compartiendo la residencia de

_____/_____,
Nombre del propietario/titular del arrendamiento/arrendatario Parentesco

situada en _____
Número, Calle Ciudad Código postal

Teléfono: () _____
Nº de teléfono celular o localizador: () _____

Este arreglo de alojamiento es: temporal ___ permanente ___ Duración _____

Mi número de licencia para conducir o tarjeta de identificación de California es:

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Yo, _____ certifico que
(Propietario, titular del arrendamiento, propietario de la vivienda, pariente calificado, amigo o vecino)

Padre/madre o tutor y _____
Estudiante

Viven conmigo en: _____
Calle Ciudad Código postal

Mi número de licencia para conducir o tarjeta de identificación de California es:

Firma

Fecha

Distrito Escolar de Southern Kern Unified

Formulario de Firma de los Padres

Año Escolar: 20__-20__

Debe entregar este formulario firmado a la oficina de inscripciones del distrito para completar los permisos requeridos, y reconocimientos para su estudiante. Su firma debajo es reconocimiento que se le ha dado la oportunidad de descargar los documentos enumerados debajo.

Estos documentos son disponibles en nuestro sitio web del distrito <https://www.skusd.k12.ca.us/documents>

Documentos de Inscripción	
Southern Kern Unified Aviso Anual del Padre	Calendario Escolar
Política de Uso Aceptable de Google Suite	Acuerdo de Tecnología Para el Estudiante
Autorización Para Administrar Medicación	Aplicación Para Transportación
Formulario Para El Programa Después de Escuela	Arreglos Para Comida Médica
TDAP y 2 Varicella Notificación Para Estudiantes grado 7	Información de Pesticidas
Físico Para Estudiantes de Kindergarten y grado 1	Autorización de medicación

Sus firmas confirman que la información que ingreso, aprobé, y confirmo en el Portal de Inscripciones es precisa a lo mejor de su conocimiento, y que ha revisado, entendido, y esta de acuerdo con cumplir las políticas del Distrito Escolar Unificado de Southern Kern.

Nombre del Estudiante (Letra de Molde)

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre de Madre/Guardian

Firma de Madre/Guardian

Fecha

Nombre del Padre/Guardian

Firma de Padre/Guardian

Fecha



California Pediatric Tuberculosis Risk Assessment



- Use this tool to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.
- **Do not repeat testing** unless there are **new risk factors** since the last test.
If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded:
For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease, evaluate for active TB disease with a chest x-ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing. A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.

LTBI testing is recommended if any of the boxes below are checked.

- Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month
 - Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
 - If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
 - Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-U.S.-born persons ≥ 2 years old
- Immunosuppression**, current or planned
HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥ 2 mg/kg/day, or ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks) or other immunosuppressive medication
- Close contact** to someone with infectious TB disease during lifetime

Treat for LTBI if LTBI test result is positive and active TB disease is ruled out.

- None**; no TB testing is indicated at this time.

Provider Name: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

See the California Pediatric TB Risk Assessment User Guide for more information about using this tool. To ensure you have the most current version, go to the [TB RISK ASSESSMENT page](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/TB-Risk-Assessment.aspx) (https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/TB-Risk-Assessment.aspx)



Colección de Datos de ingresos- Distrito Unificado de Southern Kern 20__ - 20__

PARTE I: Llene la siguiente información del estudiante que vive en su hogar

						Programa Después	Transportación		#DE	CODIGO
DE	APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA	GRADO	De Escuela?	De Autobús?		SALON	
ESCUELA			/ /			Sí No	Sí No			
			/ /			Sí No	Sí No			
			/ /			Sí No	Sí No			
			/ /			Sí No	Sí No			
			/ /			Sí No	Sí No			
			/ /			Sí No	Sí No			

PARTE II: Llene la siguiente información del Tamaño e Ingreso de Hogar

Para asistencia en determinar el tamaño e ingreso de su hogar, vea la información adicional al lado reverso.

1. Circule el número total de adultos y niños viviendo en su hogar:

CIRCULE UNO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 OTRO: _____

2. Ingresó total anual del hogar: \$

PARTE III: Información y Firma de Padre/Guardián

Yo certifico (prometo) que la información provista en este formulario es verdad y que he incluido todo ingreso. Entiendo que la esquila puede recibir fondos estatales y federales basados a la información que he provisto y que la información puede ser sujeto a revisión.

Firma del adulto del hogar llenando este formulario

Nombre imprimido del adulto llenando este formulario

Fecha

NUMERO DE TELEFONO DE HOGAR

NUMERO DE TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

La información presentada en este formulario es un registro educativo confidencial yes protegido por todas las leyes de privacidad federales y estatales relevantes que pertenecen a registros educativos incluyendo, y sin limitación a los Derechos Familiares Educativos y Acta de Privacidad de 1974 (FERPA), como enmendado (20 U.S. C.§1232g; 34 CFR Parte 99); Titulo 2, División 4, Parte 27, Capitulo 6.5 del Código Educativo de California, empezando Ia Sección 49060 etsec.; La Acta de Practicas de Información de California (Sección del Código Civil de California 1798 etsec.) y Artículo 1, Sección 1 de la Constitución de California

¿Quiénes debo incluir en ¹¹ "Tamaño del hogar"?

Debe incluirse a usted y todas personas viviendo en su hogar, sean o no sean familiares (por ejemplo, niños, abuelos, otros familiares, o amistades) que comparten ingresos y gastos. Si vive con gente que es económicamente independiente (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y pagan gastos prorrateados), *no* los incluya.

¿Qué es incluido en ingreso "Total de Hogar"? Ingresó total de hogar incluye todo lo siguiente:

- Ganancias del trabajo: Use su ingreso de ganancias, no su pago después de impuestos. Ganancia de ingreso es lo que gana antes de impuestos y otras deducciones. Esta información está en su talón de cheque, o si no está seguro, su supervisor puede proporcionar esta información. Los ingresos netos solo se reportan para negocios propios, granjas, o ingresos alquileres.
- Welfare, Manutención de Hijos, Pensión Alimenticia: incluya la cantidad que cada persona en el hogar recibe de cada uno de estos recursos, incluyendo cualquier cantidad que se reciba de CalWorks.
- Pensiones, Retiramiento, Seguro Social, ingreso Suplementario de Seguro (SSI), Beneficios de Veteranos (Beneficios VA), y Beneficios de Discapacidad: incluya la cantidad que cada persona en el hogar recibe de estos recursos.
- Todo otro ingreso: incluya compensación a los trabajadores, desempleo o beneficios de huelga, contribuciones regulares de gente no viviendo en el hogar, y cualquier otro ingreso recibido. No incluya ingresos de CaiFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos de padres de crianza recibidos por su hogar. .
- Asignaciones Familiares Militares y Pagos de Combate: Incluya subsidio de vivienda fuera de la base militar. No incluya Vivienda Militar Privada o pago de combate.
- Ingresos de Horas a Través del Tiempo (horas extra): Incluya los ingresos de horas a través de tiempo SOLAMENTE si los recibe regularmente.

¿Cómo reporto ingresos de hogar para pagos recibidos mensuales, dos veces al mes, quincenal, o semanal?

Determine cada recurso de ingreso del hogar a base de las definiciones anteriores. Hogares que reciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar el ingreso en tal forma:

- o Si es pagado mensualmente, multiplique el total por 12
- o Si es pagado dos veces par mes, multiplique el total por 24
- o Si es pagado par quincena (cada dos semanas), multiplique el total por 26
- o Si es pagado cada semana, multiplique el total por 52
- Combine todos los pagos anualizados para determinar el ingreso total del hogar en la Parte II, 2.

Si su ingreso cambia, incluya los sueldos y salarios que recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1,000 cada mes, pero perdió un poco de trabajo el mes anterior y gana \$900, ponga que le pagan \$1,000 por mes. Solo incluya ganancias de través de tiempo si usted lo recibe regularmente. Si ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o sueldos, ponga cero o su ingreso reducido más corriente. Para Información adicional de Tamaño e Ingresó Total del Hogar, por favor revise El Manual de Elegibilidad para Comidas de Escuela en la página web del Departamento de los Estados Unidos de Guías de Agricultura y Recursos <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.