



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO  
**EDUCACIÓN TEMPRANA**

Inscripción en el Preescolar Estatal

815 South Willow Avenue, Rialto CA 92376  
(909) 421-4201 Fax: (909) 421-7602



Por favor asegurarse de completar la lista de comprobación antes de llamar para una cita. Cualquier documento que le haga falta retrasará el proceso de inscripción. La elegibilidad se basa en ingresos con prioridad dada a los de 4 años de edad. La inscripción para los de 4 años de edad empezará en marzo y la inscripción para los de 3 años de edad empezará en mayo.

**\*\*\*INSCRIPCIÓN POR CITA SOLAMENTE\*\*\***

- INGRESOS:** debe ser por lo menos de los *últimos 30 días* o el *mes anterior*
- Si le pagan SEMANALMENTE: 4 talones de pago consecutivos
  - Si le pagan CADA DOS SEMANAS: 2 talones de pagos consecutivos
  - Si le pagan MENSUALMENTE: 1 talón de pago actual

Los siguientes son ejemplos de diferentes fuentes de ingresos:

**Por favor proveer todo el ingreso debajo que aplique:**

- Talón de pago (deben ser consecutivos)
  - Trabajador por cuenta propia (Impuestos, historial bancario, facturas/recibos **\*\*hablar con la oficinista para obtener formulario adicional**)
  - Desempleo/Discapacidad estatal/Compensación del Trabajador (talones de pago o carta de asignación o prestaciones de pago)
  - Pago militar y subsidio
  - SSI/Seguro Social (Carta anual junto con cheque **actual** o extracto bancario si tiene depósito directo o impreso de la Oficina del Seguro Social)
  - Beneficios de viudez o jubilación (Carta junto con cheque **actual** o extracto bancario si tiene depósito directo).
  - CalWorks/Asistencia monetaria/Estampillas de comida -**Formulario de Verificación de asistencia pública** lo pueden recoger en la oficina del Condado.
  - Manutención de menores/pensión **\*\*hablar con la oficinista para formulario adicional**
  - Ayuda financiera (específicamente designada por el costo de vida)
  - Asistencia de adopción
  - Asistencia de cuidado de crianza temporal (niño inscrito y sus hermanos)
- Formulario de verificación de empleo de cada padre que trabaja en el hogar (formularios incluidos)
- Acta de nacimiento, certificado de nacimiento, documentos de cuidado de crianza u orden legal de la corte de custodia de **TODOS los niños** en su cuidado menores de 18 años de edad.
- Comprobante de vacunas –(requisitos de vacunas incluidos)
- Prueba de Tuberculosis (PPD-Mantoux)
- Reporte reciente de Examen de Salud (formulario proveído en el paquete) **Debe ser firmado por el médico y con el sello de la clínica.**
- Comprobante de domicilio de los padres/tutores
- Identificación con foto de los padres/tutores



# RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

815 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 850-8150 • Fax (909) 873-4303

## GUÍA DE VACUNAS NECESARIAS PARA EL PREESCOLAR

18 meses - 5 años	3 dosis de Polio 4 dosis de DTaP 3 dosis de Hep B 1 dosis de MMR en o después del primer cumpleaños 1 dosis de Hib en o después del primer cumpleaños** 1 dosis de Varicela
-------------------	--

\*\*Sólo se requiere para niños menores de 4 años, 6 meses

*Polio* = Poliomielitis

*DTaP* = Difteria, el tétanos y la tos ferina

*Hib* = Haemophilus influenzae Tipo b

*Hep B* = Hepatitis B

*MMR* = Sarampión, paperas y rubéola

*Varicela*

Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

### LA RAZÓN POR LA QUE SU NIÑO(A) NECESITA VACUNARSE:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que todos los niños estén al día con sus vacunas para ingresar a un preescolar.

Las enfermedades como el sarampión se propagan rápidamente, de modo que los niños deben estar protegidos antes de entrar. El personal debe verificar los registros de vacunación de su hijo(a) antes de comenzar.

### LA LEY (en inglés):

Health and Safety Code, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380; California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075.

### LO QUE NECESITA PARA LA INSCRIPCIÓN:

Para asistir a un preescolar, el comprobante de inmunización de su niño(a) debe mostrar la fecha para cada una de las vacunas requeridas arriba. Si no tiene un comprobante de inmunización, o si su niño(a) no ha recibido todas las vacunas requeridas, llame a su doctor inmediatamente para hacer una cita.

Si un médico licenciado determina que su niño(a) no debe recibir cierta(s) vacuna(s) por razones médicas, presente una declaración escrita para obtener una **exención médica** para la(s) vacuna(s) que le falta(n), incluyendo la duración de la exención médica.

Las exenciones por creencias personales ya no es una opción para entrar a la guardería o el preescolar. Sin embargo, una exención por creencias personales válida archivada en un centro de cuidado infantil antes del 1 de enero de 2016 permanece vigente hasta el siguiente intervalo de grados (kínder de transición hasta el 6° grado), y se puede transferir entre preescolares en California. También debe presentar un comprobante de inmunización para todas las vacunas no exentas.

¿Tiene alguna pregunta? Visite [ShotsForSchool.org](http://ShotsForSchool.org) o comuníquese con su departamento de salud local al 800-722-4794.



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

815 South Willow Avenue, Rialto CA 92376  
(909) 421-4201 Fax: (909) 421-7602



## Autorización de Otorgar Información

Yo \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_ doy permiso a la  
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Manutención, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
# de Identificación del Empleado o # de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

## EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Name of Employer \_\_\_\_\_ Contact Person \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Employer Phone \_\_\_\_\_ Employer Email \_\_\_\_\_

Hire Date \_\_\_\_\_ Work Hours: Start \_\_\_\_\_ End \_\_\_\_\_ Job Title \_\_\_\_\_

Days of Employment: Sun \_\_\_\_\_ Mon \_\_\_\_\_ Tue \_\_\_\_\_ Wed \_\_\_\_\_ Thurs \_\_\_\_\_ Fri \_\_\_\_\_ Sat \_\_\_\_\_

Pay Schedule:  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly Gross Salary (Per Pay Period) \$ \_\_\_\_\_

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$ \_\_\_\_\_ Minimum hours per week \_\_\_\_\_ Maximum hours per week \_\_\_\_\_

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF EMPLOYEE

\_\_\_\_\_  
DATE

### OFFICE USE ONLY

#### Information obtained by:

Telephone Phone No: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Facsimile Fax No: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 E-Mail/ U.S.Mail \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

815 South Willow Avenue, Rialto CA 92376  
(909) 421-4201 Fax: (909) 421-7602



## Autorización de Otorgar Información

Yo \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_ doy permiso a la  
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Manutención, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
# de Identificación del Empleado o # de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

## EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Name of Employer \_\_\_\_\_ Contact Person \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_

Employer Phone \_\_\_\_\_ Employer Email \_\_\_\_\_

Hire Date \_\_\_\_\_ Work Hours: Start \_\_\_\_\_ End \_\_\_\_\_ Job Title \_\_\_\_\_

Days of Employment: Sun \_\_\_\_\_ Mon \_\_\_\_\_ Tue \_\_\_\_\_ Wed \_\_\_\_\_ Thurs \_\_\_\_\_ Fri \_\_\_\_\_ Sat \_\_\_\_\_

Pay Schedule:  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly Gross Salary (Per Pay Period) \$ \_\_\_\_\_

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$ \_\_\_\_\_ Minimum hours per week \_\_\_\_\_ Maximum hours per week \_\_\_\_\_

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF EMPLOYEE

\_\_\_\_\_  
DATE

### OFFICE USE ONLY

#### Information obtained by:

- |   |                 |             |
|---|-----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Telephone        | Phone No: _____ | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> Facsimile        | Fax No: _____   | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> E-Mail/ U.S.Mail | _____           | Name: _____ |

Notes: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_



**RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
EARLY EDUCATION**

815 South Willow Avenue, Rialto CA 92376  
(909) 421-4201 Fax: (909) 421-7602



**Solicitantes de Programas de Educación Temprana**

**NOTIFICACIÓN DE PÓLIZA DE FALSIFICACIÓN**

El Departamento de Educación de California, División Educación Temprana, requiere que la oficina de Educación Temprana informe a todas las familias que reciben servicios con fondos de Educación Temprana, de la Póliza de Falsificación del Distrito Escolar Unificado de Rialto.

La información que he proporcionado al Distrito Unificado de Rialto verificando mis ingresos con la intención de calificar para servicios específicos de Educación Temprana, son correctos. Entiendo que todos los casos de falsificación serán referidos a la Oficina Fiscal del Distrito del Condado de San Bernardino.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

## PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)  
en la \_\_\_\_\_ Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA)  
a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., \_\_\_\_\_ días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

## PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies: medicine: \_\_\_\_\_  
Vision: \_\_\_\_\_ insect stings: \_\_\_\_\_  
Developmental: \_\_\_\_\_ food: \_\_\_\_\_  
Language/Speech: \_\_\_\_\_ asthma: \_\_\_\_\_  
other: \_\_\_\_\_

Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_

Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

### IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

#### SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).  
\_\_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician's Assistant  Nurse Practitioner



# RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

815 S. Willow Avenue, Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

## HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Por favor lea y marque cualquier enfermedad o condición que su hijo(a) tenga.

**Escriba/liste condiciones de salud, medicamentos, explique cualquier condición marcada abajo en la sección de comentarios.**

- Ningun Problema de Salud Conocido
- Accidente o hospitalización seria
- Alergias que requieren tratamiento: \_\_\_\_\_
- Tratamiento requerido: \_\_\_\_\_
- Diabetes: Dependiente de Insulina:  Si  No
- Epilepsia / Ataque epiléptico
- Fecha del último ataque: \_\_\_\_\_ Tipo de ataque: \_\_\_\_\_
- Perdida de oído:  Derecho  Izquierdo Audífono:  Si  No
- Problemas Sicológicos Diagnostico: \_\_\_\_\_
- Asma
- ADHD (Hiperactivo) / ADD
- Autismo
- Defecto de Nacimiento / Desorden Genéticos
- Desorden de Sangre / Sangramiento
- Parálisis Cerebral
- Cáncer / Leucemia
- Problemas del corazón / Cirugías del Corazón
- Desorden del Riñón / Problemas con la Vejiga
- Impedimento en la Vista
- PPD/TB Positivo de la piel: Fecha y resultado de rayo-x de los pulmones: \_\_\_\_\_  
Tratamiento:  Si  No Si SI, explique: \_\_\_\_\_
- Requiere "cuidado especial de salud". **Explique abajo en la seccion de "comentarios".**

**Comentarios / Otras Condiciones / Medicamentos:** \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

**HISTORIAL DEL DESARROLLO** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	EMPEZO A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

**ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:**

ENFERMEDAD	FECHAS	ENFERMEDAD	FECHAS	ENFERMEDAD	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES?  SI  NO    ¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES? \_\_\_\_\_    ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO \_\_\_\_\_

**RUTINA DIARIA** (\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER? \_\_\_\_\_    ¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION? \_\_\_\_\_

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR: _____	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS: _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE: _____	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE: _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS? \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO? \_\_\_\_\_

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.) \_\_\_\_\_

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO? \_\_\_\_\_

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

### DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.  
 Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing  
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 3737 Main Street, Suite 700, Riverside, CA 92501  
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (951) 782-4200
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.**

*Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles esta porción a los padres.)

### CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de \_\_\_\_\_, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS. \_\_\_\_\_  
 Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

Firma (Padre/madre/representante autorizado) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.**

*Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)*

**DERECHOS PERSONALES****Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
  - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
  - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
  - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
  - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
  - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
  - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

3737 Main Street, Suite 700

CIUDAD

Riverside

CÓDIGO POSTAL

92501

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(951) 782-4200

SEPRE AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:****PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Preschool

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)



Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
(Por favor poner sus iniciales en cada constancia)

\_\_\_\_\_ **DERECHOS PERSONALES**  
Se me ha informado personalmente y he recibido una copia de los **derechos personales** incluidos en las Regulaciones del Código de California, Título 22 en el momento de admisión.

\_\_\_\_\_ **DERECHOS DE LOS PADRES**  
Hemos recibido una copia del formulario de "NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE PADRES SOBRE LA GUARDERÍA" autorizada.

\_\_\_\_\_ **PARTICIPACIÓN DE PADRES**  
Entiendo que un padre representando a mi hijo está motivado a participar en el programa preescolar cada mes.

\_\_\_\_\_ **PROCEDIMIENTOS DE ASISTENCIA**  
Entiendo que la persona(s) autorizada para recoger o dejar a mi hijo debe tener 18 años de edad o mayor. Las personas autorizadas **deben** también estar nombradas en la tarjeta de emergencia y poder presentar una identificación con foto al solicitarse. Mi hijo no será permitido salir con ninguna persona que no está nombrada en la tarjeta de emergencia. **NO SE ACEPTARÁN AUTORIZACIONES VERBALES.**

\_\_\_\_\_ **Entiendo que se tiene la expectativa que mi hijo asistirá al preescolar diariamente, de lunes a viernes por el total de 3 horas. Además entiendo que mi hijo llegará y será recogido a tiempo diariamente.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo pedir a la oficina del preescolar ayuda en localizar servicios sociales para ayudar a mi hijo o a mi familia.

\_\_\_\_\_ **CONDICIONES DE CONCLUSIÓN DE SERVICIOS**  
Los estudiantes pueden ser dados de baja del programa preescolar por 10 o más ausencias, 3 o más ausencias injustificadas o porque los estudiantes o sus padres se vuelven abusivos, poniendo en peligro la salud física, mental o emocional de los niños o empleados. El programa preescolar estatal debe ser un entorno seguro para todos los estudiantes y personal. También mi hijo puede ser dado de baja por llegar 3 o más veces tarde o ser recogido temprano o ser recogido tarde.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO DE ANIMALES**  
A través del año escolar tendremos animales en el salón de clase preescolar. Ya sea con el propósito de observación para una unidad de instrucción o como mascota de la clase para que los estudiantes desarrollen la responsabilidad de cuidar mascotas. Los estudiantes siempre están interesados en acariciar y atender a los animales que visitan como también cuidarlos. A los estudiantes se les enseña cómo atender a los animales con seguridad y cuidado. Por favor indicar si usted **SI** quiere o **NO** que su hijo participe en atender y cuidar al animal o mascota.

\_\_\_\_\_ **Sí**, mi hijo puede atender a los animales que estarán en la clase.

\_\_\_\_\_ **No**, yo no deseo que mi hijo atienda a ninguno de los animales que estarán en la clase.

\_\_\_\_\_ **MEDIOS DE COMUNICACIÓN**  
Doy mi permiso al Distrito Escolar Unificado de Rialto para que mi hijo sea fotografiado, filmado en video o entrevistado por cualquier razón de los medios de comunicación. También doy mi permiso al Distrito Escolar Unificado de Rialto para que use la fotografía o palabras de mi hijo en las publicaciones del distrito o sitio web. Entiendo que este permiso también aplica a las publicaciones del salón de clase.

\_\_\_\_\_ **Sí**, mi hijo puede aparecer en fotos tomadas por los medios de comunicación como periódicos o televisión.

\_\_\_\_\_ **No, yo no deseo** que mi hijo aparezca en fotos tomadas por los medios de comunicación como periódicos o televisión.

\_\_\_\_\_ **EXPEDIENTE ESTUDIANTIL**  
Cuando su estudiante avanza a Kindergarten o se transfiere a diferente preescolar en el Distrito Escolar Unificado de Rialto el maestro de su hijo enviará el expediente de su hijo al nuevo maestro. Esto incluye información sobre el progreso del desarrollo de su hijo, muestras del trabajo del estudiante e información de contacto de emergencia. **No incluye:** información personal financiera que usted sometió para calificar para el Programa Preescolar Estatal.

\_\_\_\_\_ **DERECHOS DE PADRES**  
Por este medio confirmo que he sido notificado de los derechos de padres o tutores como se especifica en el Código Educativo (E.C) del estado de California.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Información del estudiante						Office Use Only	
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal		School Year: _____	
Grado	¿Reprobó Grado? <input type="checkbox"/> Sí ¿Qué grado reprobó? _____ <input type="checkbox"/> No	Alias (conocido también con el nombre de)		Número del Seguro Social		Grade: _____ Date: _____	
Dirección		Apt./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana Otro: _____	Ciudad	Código postal	Student Number: _____	
Dirección postal si es diferente a la anterior			Ciudad	Código postal		School Assigned: _____	
Teléfono		Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad y estado)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Class Assigned: _____	
						Start Date: _____	
						Teacher: _____	
						Birth Verification: _____	
						Enter Code: _____ <input type="checkbox"/> Home School	
						<input type="checkbox"/> Overflow <input type="checkbox"/> Inter/Intra	
						<input type="checkbox"/> Other: _____	
						Address Verification:	
						<input type="checkbox"/> Utility/Rent Receipt	
						<input type="checkbox"/> Affidavit of Residence	
						<input type="checkbox"/> Other: _____	
						Staff Signature: _____	

Información de la familia (si hay un orden de la custodia/de detención para el niño, proporcione una copia)					
Nombre de la persona que inscribe al estudiante:			<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Tutores legales <input type="checkbox"/> Encargados		
Padre o tutor 1 Nombre legal del padre:			<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No en el hogar		
Padre o tutor 2 Nombre legal de la madre:			<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No en el hogar		
Niños que viven en el hogar					
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela	Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

**Padres/Tutores llenen la siguiente información:**

**Origen étnico**  
Por favor seleccionar uno:

¿Es el niño o niña hispano o Latino?

Sí, es hispano o latino  
 No, no es Hispano o latino

Información de escuela anterior – Anote última escuela que asistió primero					
1. Nombre de la escuela/Distrito		Ciudad y Estado		Grado	Última fecha que asistió
2. Nombre de la escuela/Distrito		Ciudad y Estado		Grado	Última fecha que asistió
¿Ha asistido el estudiante a escuelas de Rialto? (ejemplo: preescolar) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, nombre de la escuela:		Grado	Última fecha que asistió

**Raza**  
Por Favor seleccionar la raza del niño o niño:

Indio Americano o Nativo de Alaska (Orígenes de norte, centro o sur america)  
 Asiático hindú  
 Negro o Afro-Americano  
 Camboyano  
 Chino  
 Filipino  
 Guamano o Nativo de Guam  
 Hawaiano  
 Hmong  
 Japonés  
 Coreano  
 Laosiano  
 Otros asiáticos  
 Otros de las Islas del Pacifico  
 Samoano  
 Tahitiano  
 Vietnamés  
 Blanco (Orígenes de Europa, Africa del Norte o del Medio Oriente)

¿Qué fecha ingresó por primera vez el estudiante a una escuela de EE.UU.? Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Problemas de Asistencia:  Sí  No Problemas de Disciplina/Expulsión:  Sí  No

Estudio del idioma en el hogar	
El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes:	
1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo cuando empezó a hablar?	_____
2. ¿Qué idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en casa?	_____
3. ¿Qué idioma usa Ud. con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)?	_____
4. ¿Qué idioma hablan los adultos con más frecuencia en casa?	_____
Si las respuestas a las preguntas del uno al tres indican otro idioma que no es inglés, la ley del estado requiere se examine la capacidad en el idioma inglés. Se le notificarán los resultados de la evaluación.	

Exámenes estandarizados y Datos informativos
El Departamento de Educación de California requiere información respecto al nivel de educación que han completado los padres o tutores. Marcar el correspondiente.
<b>Padre o tutor 1</b> <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Título universitario, con cursos adicionales de postgrado
<b>Padre o tutor 2</b> <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad <input type="checkbox"/> Título universitario, con cursos adicionales de postgrado

Programas de Educación Especial previos
Favor dé la siguiente información para ayudar en la colocación escolar de su hijo(a):
<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no ha participado en ningún programa especial. <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) fue evaluado con exámenes del programa especial. <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) participó o participa en los siguientes programas marcados:
<input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada <input type="checkbox"/> Defecto auditivo o del oído <input type="checkbox"/> Problema de aprendizaje (LD) <input type="checkbox"/> Defecto visual <input type="checkbox"/> Incapacitado emocional (ED) <input type="checkbox"/> Terapia del habla o foniátrica <input type="checkbox"/> Clase Especial de Día (SDC) <input type="checkbox"/> Discapacitado severamente <input type="checkbox"/> Programa del Especialista de Recursos (RSP)

mi firma certifica que toda la información dada es correcta. Entiendo que cambios en dirección, números telefónicos o información de emergencia deben reportarse a la escuela en un plazo de 24 horas para la seguridad de mi estudiante.



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACIÓN TEMPRANA

815 South Willow Avenue, Rialto CA 92376  
(909) 421-4201 Fax: (909) 421-7602



## ASUNTOS DE CUSTODIA

### Disputas de padres sobre custodia en el ambiente escolar

Las disputas de custodia deben ser tramitadas por las cortes. La escuela no tiene jurisdicción legal para rehusar el acceso de los padres biológicos a sus hijos. La única excepción es cuando existe una orden de restricción o documentación de divorcio archivada en la oficina escolar, específicamente haciendo constar las limitaciones de visitación. Cualquier situación en que el estudiante tiene que salir de la escuela que cuestiona el bienestar del estudiante se tramitará a discreción del administrador o designado. Si cualquier situación interrumpe la escuela, se contactará a las autoridades y se solicitará la intervención de un oficial. A menos que se hayan revocado los Derechos Educativos ambos padres tienen acceso al expediente estudiantil.

Se les pide a los padres que hagan todo esfuerzo de no involucrar a las escuelas en sus asuntos de custodia personal.

La escuela hará todo lo posible de comunicarse con el padre que tiene la custodia cuando uno de los padres o cualquiera otra persona que no está en la lista de la tarjeta de emergencia intenta recoger al estudiante de la escuela.

Nosotros, \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_  
(Padre-A) (Padre-B)

los padres de, \_\_\_\_\_ hemos leído y entendemos la  
(Nombre del estudiante)

notificación anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre-A

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre-B

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Office Use Only

Date Received \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Enrollment Date: \_\_\_\_\_

Site Enrolled: \_\_\_\_\_



# TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA



Escuela :

ESTUDIANTE: APELLIDO [ ] NOMBRE [ ] #ESTUDIANTIL [ ] SEXO [ ]

FECHA DE NACIMIENTO [ ] GRADO [ ]

DOMICILIO [ ] CIUDAD [ ] CÓDIGO POSTAL [ ]

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL [ ] TELÉFONO DE LA CASA [ ]

Nombre del padre [ ] Lugar de trabajo [ ] Trabajo # [ ] Casa # [ ] Celular # [ ]

Nombre de la madre [ ] Lugar de trabajo [ ] Trabajo # [ ] Casa # [ ] Celular # [ ]

Necesidades Importantes de Salud (alergias, problemas médicos)	Correo electrónico del padre	Correo electrónico de la madre
	Hermanos/as: Escuela:	Permiso general para periódico, television, radio e Internet: por favor marcar solo uno: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene permiso para ser Fotografiado o grabado en video para propósito escolar. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene permiso para que su foto/trabajo se use o se publique en el sitio web del distrito o publicaciones en el Internet.
Medicamentos:		

HEALTH INSURANCE PLAN:  MOLINA  KAISER  IEHP  Medi-Cal  OTRO (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

PLAN ID # \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DE PREFERENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DOY PERMISO A LA ESCUELA PARA COBRAR A MI SEGURO POR SERVICIOS MÉDICOS DADOS POR LA ESCUELA: Si  NO

DOY PERMISO AL DISTRITO UNIFICADO DE RIALTO A DAR INFORMACIÓN DE SALUD AL PERSONAL NECESARIO: Si  NO

LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTAN AUTORIZADAS PARA QUE SE LES LLAME Y PUEDAN RECOGER A MIS HIJOS EN CASO DE EMERGENCIA O ENFERMEDAD: (Deben ser mayores de 18 años de edad y deben mostrar identificación con foto válida)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO
NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO
NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO
NOMBRE	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE	TELÉFONO

### POR FAVOR MARCAR CUALQUIER QUE APLICA A SU ESTUDIANTE (DEBE MARCAR UNO):

- Vive en una casa/apartamento/dúplex etc.(200)
- Vive en un albergue (100)
- Institución autorizada de niños/ Hogar Social(220)
- Vive en un campamento, parquet o automóvil(130)
- Vive en un hotel o motel (110)
- Menor sin acompañante (20)
- Colocación en casa de cuidado tutelar o custodia (210)
- Por adversidad económica, pérdida de vivienda o razón similar vive con amigos o parientes (120)

\*\*\* Requisito de la ley federal Por favor explicar: \_\_\_\_\_ (Por ejemplo: renta un cuarto)

### EN CASO DE UNA EMERGENCIA Y SI NO ME PUEDEN LOCALIZAR:

Si  NO  AUTORIZO A QUE SE PROPORCIONE DICHA ATENCIÓN SEGÚN SE ESTIME NECESARIO POR UN MEDICO/CONSEJERO MEDICO ENCARGADO, SEGÚN LAS PROVISIONES DE LA SECCIÓN 49407 DEL CÓDIGO EDUCATIVO DE CALIFORNIA Y SECCIÓN 25.8 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA IGUALMENTE ENTIENDO QUE BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS SE PUEDE LLAMAR A LA POLICÍA LOCAL O AMBULANCIA PARA ASEGURAR TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.

X FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_