



Distrito Unificado de Rialto
Lista de Documentos Requeridos para Matriculación
(Preescolar – Educación Especial Solamente)

- Comprobante de vacunas
- *Examen de TB (Tuberculosis) – debe incluir los resultados
- Prueba de fecha de nacimiento (Acta de nacimiento, certificado oficial de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, o declaración jurada)
- Verificación de domicilio actual a nombre de padre/tutor (Recibo de servicios públicos, correspondencia oficial, contrato de renta/arrendamiento o recibo de pago, talón de ingreso, registración de votar, o una declaración jurada **dentro de 30 días**)
- Identificación de padre/tutor que esté matriculando al estudiante
- IEP **actual y firmado** – si está disponible

** Aplica a cualquier estudiante (Grado TK al 12) que desea ser matriculado por primera vez en California o que haya estado fuera de los Estados Unidos por más de 12 meses*

Después de registrar al estudiante, deberá llamar a Irma Lovato al 909-820-7700 x2350 para hacer una cita para examen de visión y audición

Centro de Registración

260 South Willow Avenue, Rialto, CA 92376

Phone: 909-873-4300 Fax: 909-873-4301

email: registrationcenter@rialtousd.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal	
Grado		¿Retenido? ¿En qué grado?		Conocido como (otros nombres usados)	
Dirección		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro:	Código postal	
Dirección postal si es diferente		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro:	Código postal	
Número de teléfono		Fecha de nacimiento		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

OFFICE USE ONLY

Grade: _____

Date: _____

Student #: _____

School of Residence: _____

School Assigned: _____

Start Date: _____

Teacher/Counselor: _____

Birth Verification: _____

Enter Code: _____

Overflow Inter/Intra

Other: _____

Address Verification: _____

Utility/Rent Receipt

Affidavit of Residence

Other: _____

INFORMACIÓN DE FAMILIA (Si hay orden de custodia/restricción para su hijo, por favor proveer copia)

Nombre de personal inscribiendo al estudiante:		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres de acogida <input type="checkbox"/> Tutores legales <input type="checkbox"/> Encargado de cuidado	Teléfono de casa:
Nombre legal de madre:		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No en el domicilio	Teléfono del trabajo:
Nombre legal de padre:		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No en el domicilio	Teléfono de casa:
			Teléfono del trabajo:

NINOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

INFORMACION DE ESCUELA PREVIA (Poner la última escuela a la que asistió primero)

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Último día de asistencia
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Último día de asistencia

¿Ha asistido su estudiante a escuelas de Rialto USD?
 Sí No (eje., Preescolar)

Si es sí, nombre de escuela: _____ Grado: _____ Último día de asistencia: _____

Problemas de asistencia: Sí No

Problemas de disciplina: Sí No

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR (El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que habla cada estudiante en el hogar. Esta información es esencial para que las escuelas provean la instrucción apropiada a todos los estudiantes. Su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante se requiere).

- ¿Qué idioma su hijo/hija aprendió al hablar cuando empezó a hablar?
- ¿Qué idioma su hijo/hija usa con más frecuencia en casa?
- ¿Qué idioma usted habla con más frecuencia con su hijo/hija?
- ¿Qué idioma con más frecuencia hablan los adultos en casa?

(Si la respuesta en las preguntas 1-3 indican otro idioma que inglés, la ley estatal requiere que se haga un examen de proficiencia en inglés. Usted será notificado de los resultados).

NIVEL EDUCATIVO DE PADRES PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS

<p>El Departamento de Educación de California requiere información sobre el nivel más alto de educación que completaron los padres que inscriben al estudiante. Por favor marcar para ambos padres.</p> <p>Madre</p> <p><input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado</p> <p>Padre</p> <p><input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado</p>	<p>Por favor proveer la siguiente información para colocación del estudiante en la escuela.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo NO participó en ningún programa especial <input type="checkbox"/> Mi hijo tuvo una evaluación especial <input type="checkbox"/> Mi hijo participó o participa en los siguientes programas de educación especial</p> <p><input type="checkbox"/> Educación Física Adaptada <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje (LD) <input type="checkbox"/> Discapacidad severa <input type="checkbox"/> Discapacidad emocional (ED) <input type="checkbox"/> Clase especial de día (SDC) <input type="checkbox"/> Recursos Especiales (RSP) <input type="checkbox"/> Discapacidad de audición <input type="checkbox"/> Discapacidad visual</p>
---	---

ETNICIDAD

Por favor seleccionar uno:
 ¿Es su estudiante hispano o latino?
 Sí es hispano o latino
 No es hispano o latino

RAZA

Por favor seleccionar la raza de su hijo/hija.

Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norteamérica, centro o Suramérica)
 Afroamericano o negro
 Camboyano
 Chino
 Filipino/Americano filipino
 Guamano
 Hawaiano
 Hmong
 Japonés
 Coreano
 Laos
 Otro asiático
 Otro Islas del Pacifico
 Samoano
 Tahitiano
 Vietnamita
 Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente)

Mi firma certifica que toda la información proveída es correcta. Entiendo que cambios en domicilio, número de teléfono o información de emergencia deben ser reportados a la escuela en 24 horas para la seguridad de mi estudiante.



TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA



Escuela: _____

NOMBRE DEL ALUMNO APELLIDO NOMBRE # DEL ALUMNO SEXO

FECHA DE NACIMIENTO GRADO:

DOMICILIO CIUDAD CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL TELÉFONO DE LA CASA

Nombre del padre <input type="text"/>	Lugar de trabajo <input type="text"/>	Teléfono del trabajo <input type="text"/>	Teléfono celular <input type="text"/>
---------------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

Nombre de la madre <input type="text"/>	Lugar de trabajo <input type="text"/>	Teléfono del trabajo <input type="text"/>	Teléfono celular <input type="text"/>
---	---------------------------------------	---	---------------------------------------

Necesidades Especiales De Salud (Alergias y problemas médicos)	Email del padre <input type="text"/>	Email de la madre <input type="text"/>
	Hermanos/as: <input type="text"/> Escuela: <input type="text"/>	
Medicinas: <input type="text"/>	Permiso general para aparecer en periódico, televisión, radio, y en página electrónica de la red cibernética (Internet). Por favor marcar solamente uno: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene mi permiso para ser fotografiado o grabado por medio de frecuencia audible o en una cinta de video durante eventos escolares. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mi estudiante tiene mi permiso para que su fotografía o trabajo sea utilizado en las publicaciones del Distrito y sea anunciado en la página electrónica del Distrito o en la red cibernética (Internet).	

Sí No Doy permiso al Distrito Escolar Unificado de Rialto para dar la información de salud necesaria a su personal.

PLAN DE SALUD/SEGURO MÉDICO MOLINA KAISER INLAND EMPIRE HEALTH

#DE PLAN : Medi_CAL OTRA (ESPECIFIQUE) DOCTOR TELÉFONO

HOSPITAL DE PREFERENCIA TELÉFONO

YO DOY PERMISO A LA ESCUELA PARA COBRAR A MI SEGURO POR SERVICIOS MÉDICOS DADOS EN LA ESCUELA sí NO

LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTÁN AUTORIZADAS PARA QUE SE LES LLAME Y PUEDAN RECOGER A MIS HIJOS EN CASO DE EMERGENCIA O ENFERMEDAD:

<input type="checkbox"/> PARIENTE	<input type="checkbox"/> VECINO	<input type="checkbox"/> AMIGO	TELÉFONO <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PARIENTE	<input type="checkbox"/> VECINO	<input type="checkbox"/> AMIGO	TELÉFONO <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PARIENTE	<input type="checkbox"/> VECINO	<input type="checkbox"/> AMIGO	TELÉFONO <input type="text"/>

FOR FAVOR MARCAR CUALQUIERA 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, parque o automóvil(130).
- Vive en un hotel o motel(110).
- Menor sin acompañante(20).
- En espera para ser colocado en una casa de cuidado tutelar o custodia(210).
- A causa de una adversidad económica, perdió vivienda o por razón similar vive con amistades o parientes(120):

Por favor explicar: _____
(Por ejemplo: alquila o renta un cuarto)

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

sí NO AUTORIZO A QUE SE PROPORCIONE DICHA ATENCIÓN SEGÚN SE ESTIME NECESARIO POR UN MÉDICO/CONSEJERO MÉDICO ENCARGADO, SEGÚN LAS PROVISIONES DE LA SECCIÓN 49407 DEL CÓDIGO DE EDUCACIÓN 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 TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA.

X
FIRMA DEL PADRE /TUTOR LEGAL _____ FECHA _____



CHILD WELFARE AND ATTENDANCE

260 S. WILLOW AVE • RIALTO • CA • 92376 • PHONE (909) 873-4336 • FAX (909) 873-4337

CUESTIONARIO PARA LAS FAMILIAS SIN HOGAR PROPIO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de última escuela a la que asistió: _____ Grado: _____

Nombre del último Distrito escolar al que asistió: _____ Fecha: _____

Nombre de la escuela en la que inscribió al estudiante: _____ Fecha que empieza: _____

Otros niños que viven en la misma casa y son parte de esta familia:

Nombre Completo y fecha de nacimiento:	Nombre Completo y fecha de nacimiento:
Nombre Completo y fecha de nacimiento:	Nombre Completo y fecha de nacimiento:
Nombre Completo y fecha de nacimiento:	Nombre Completo y fecha de nacimiento:
Nombre Completo y fecha de nacimiento:	Nombre Completo y fecha de nacimiento:
Nombre Completo y fecha de nacimiento:	Nombre Completo y fecha de nacimiento:

Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar los servicios al que este estudiante puede que sea eligible bajo el Acta educativa para familias y estudiantes sin hogar de McKinney Vento:

1. Vive su estudiante en un hogar compartido con mas de una familia debido a la falta de recursos economicos? (ningún otro lugar a donde ir) Si No
2. Vive su estudiante en un hogar temporal con familiares o amigos debido a una crisis familiar? Si No
3. Vive su estudiante, con alguna otra persona que no sea su padre(s) o tutor legal? (padres no viven con ellos) Si No
4. Vive su estudiante temporalmente en un hotel/motel? Si No
5. A cuántas escuelas ha asistido su estudiante en los últimos 2 años? _____ Razón: _____

Si contestó **SI** a cualquiera de las preguntas anteriores, **por favor complete el resto de este cuestionario.**

Si contestó **NO** a todas las preguntas anteriores, ha terminado con este cuestionario.

Dónde está viviendo el estudiante en este momento? (marque la caja que mejor aplique)

Está compartiendo su hogar o apartamento con otra familia. Cuántas personas en total viven en esta casa o apartamento? _____

Por favor explique porque: _____

En un refugio

En un hogar o refugio de asistencia temporal? (por medio de asistencia comunitaria) Nombre de agencia: _____

Viviendo de lugar a lugar

Vive en un lugar no equipado con espacio para dormir (un carro, un parque, un campamento, edificios abandonados, etc.)

En un motel

Si usted está viviendo con otra familia, podrian pedirle que se vaya en cualquier momento? Si No

Si usted está viviendo con otra familia, tiene usted y sus estudiantes una cama donde dormir? Si No

Si usted está viviendo con otra familia, es este arreglo de común acuerdo? (para ayudarse, ahorrar para su propia casa, etc.) Si No

Si usted está viviendo con otra familia, esta su nombre en el título dela casa o en el de la renta? Si No

Dirección de su residencia actual: _____

Nombre del motel o refugio de su residencia: _____

Nombre y/o dirección del area general, actual de residencia: _____

Nombre del Padre(s) o tutor(s) y número de teléfono: _____

Firma del padre o tutor legal: _____



Distrito Unificado de Rialto

Problemas de Custodia

Disputas de padres sobre la custodia en el entorno escolar

Los padres pueden tratar de usar a la escuela como un foro para disputar asuntos de custodia. Si es necesario, el distrito escolar puede incluir el siguiente formulario en su notificación anual a los padres y tutores.

Las disputas de custodia deben ser tramitadas por las cortes, La escuela no tiene jurisdicción legal para rehusar el acceso del padre biológico con su hijo(a). La única excepción es cuando la escuela tiene en su archivo una orden firmada de restricción o documentos de divorcio apropiados, específicamente estipulando las limitaciones de visitación. Cualquier situación en que se entregue al estudiante que pone en duda el bienestar del estudiante se tratara a discreción del administrador escolar o designado. Si cualquier situación se convierte en una interrupción de la escuela, se contactara a la policía y se pedirá la intervención de un oficial. A menos que los Derechos Educativos se han revocado, ambos padres tienen acceso al expediente estudiantil.

Se les pide a los padres que hagan tofo lo posible de no involucrar a la escuela en asuntos de custodia.

La escuela hará todo lo posible para comunicarse con el padre que tenga la custodia cuando uno de los padres o cualquier otra persona que no esté en la lista de la tarjeta de emergencia intente recoger a su estudiante.

He leído y entiendo la notificación anterior.

Firma de padres

Fecha

Firma de padres

Fecha

Para uso de oficina/Office use only:

Date Received: _____

Home School: _____

Notification placed on Synergy ____

Document(s) uploaded to Synergy ____



DISTRITO UNIFICADO DE RIALTO

SERVICIOS DE SALUD

815 S. Willow Ave., 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.

Ningún Problema de Salud Conocido

Accidente o Hospitalización Seria

Alergias que requieren tratamiento: _____

Tratamiento requerido: _____

Diabetes: Dependiente de Insulina: Sí No

Epilepsia / Ataque epiléptico

Fecha del último ataque: _____ Tipo de ataque: _____

Perdida de oído: Derecho Izquierdo Audífono: Sí No

Problemas Psicológicos 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 Rayos-X de los Pulmones: _____

Tratamiento Requerido: Sí No Si, SÍ, explique: _____

Requiere "Cuidado Especial de Salud." **Explique abajo en la sección de "Comentarios."**

Comentarios / Otras Condiciones / Medicamentos: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Date: _____

PRE-KÍNDER



(cualquier centro de cuidado infantil, guardería de día, jardín de infantes, hogar de cuidado familiar de día o centro de desarrollo)

Dosis que se requieren por edad al ingresar y durante cada punto de control de edad después del ingreso¹:

EDAD AL INGRESAR	NÚMERO TOTAL DE DOSIS DE CADA VACUNA REQUERIDA ^{2,3}			
2 a 3 meses	1 Polio	1 DTaP	1 Hep B	1 Hib
4 a 5 meses	2 Polio	2 DTaP	2 Hep B	2 Hib
6 a 14 meses	2 Polio	3 DTaP	2 Hep B	2 Hib
15 a 17 meses	3 Polio	3 DTaP	2 Hep B	1 Varicela
	Al cumplir el 1er año de edad o después:			1 Hib⁴ 1 MMR
18 meses a 5 años de edad	3 Polio	4 DTaP	3 Hep B	1 Varicela
	Al cumplir el 1er año de edad o después:			1 Hib⁴ 1 MMR

- El padre o tutor del niño debe proporcionar el comprobante de inmunización del niño a la autoridad competente como prueba de que se vacunó no más de 30 días después de que sea sujeto a cualquier requisito adicional según su edad, como se indica en la tabla arriba (Tabla A).
 - Las vacunas combinadas (por ejemplo, MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de las vacunas. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
 - Cualquier vacuna administrada cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
 - Una dosis contra el Hib debe ser administrada al cumplir el 1er año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños que aún no han cumplido los 5 años de edad.
- DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular
 Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B
 Hep B= vacuna contra la hepatitis B
 MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

INSTRUCCIONES:

Se requiere que los pre-kínderes (guardería o preescolar) de California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los niños antes de ingresar y durante cada punto de control según la edad del niño.

ADMITA INCONDICIONALMENTE a un niño de 18 meses de edad o mayor cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida según la edad del niño, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.



Incluya aquí la información sobre su escuela o lugar para asistencia de inscripción local

Inscríbese. Cuide Su Salud. Renueve Su Cobertura.
Cobertura de salud durante todo el año

Sus Opciones de Cobertura de Salud

Medi-Cal:

- ▶ Los niños—sin importar su estatus migratorio—niños de crianza, mujeres embarazadas y personas que estén legalmente en el país—incluyendo aquellos que tengan DACA—pueden ser elegibles para Medi-Cal
- ▶ Medi-Cal proporciona vacunas, visitas al doctor de prevención, especialista, oculista y servicios dentales para niños y jóvenes gratis o a bajo costo.
- ▶ Inscripción al programa de Medi-Cal está disponible todo el año.

Covered California:

- ▶ Covered California es donde los residentes legales de California pueden comparar planes de salud de alta calidad y elegir el que les conviene.
- ▶ Dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia, muchos Californianos también podrían calificarán para obtener ayuda financiera.
- ▶ Inscríbese durante la Inscripción Abierta o en cualquier momento durante el año que a tenido un evento calificado de vida, como si perdió su trabajo o tuvo un bebé. Tienen 60 días del evento para inscribirse.

! Para familias indocumentadas visiten: www.allinforhealth.org/resources#Undocumented
 Su información de inmigración es confidencial, protegido, y segura. Su información no se usará para fines de control de inmigración. Solo se usará para determinar la elegibilidad para cobertura médica.

Usted y su familia podrían calificar para asistencia financiera:

Tamaño de la familia	Si el ingreso familiar en 2016 es menos de...		Si el ingreso familiar en 2016 es entre...
1	\$16,394	\$31,600	\$16,395 – \$47,080
2	\$22,107	\$42,613	\$22,108 – \$63,720
3	\$27,820	\$53,625	\$27,821 – \$80,360
4	\$33,534	\$64,638	\$33,535 – \$97,000
5	\$39,247	\$75,650	\$39,248 – \$113,640
6	\$44,960	\$86,662	\$44,961 – \$130,280
▶	Adultos podrían calificar para Medi-Cal	Niños podrían calificar para Medi-Cal	Podrías calificar para asistencia financiera en la compra de un seguro a través de Covered California

Inscríbese.

Tres formas para inscribirse con Medi-Cal y Covered California:

- www.coveredca.com/espanol/
- 1(800) 300-0213
- Ayuda en persona: www.coveredca.com/espanol/get-help/local/

Cuide Su Salud.

- ▶ Elija su doctor de su red medica.
- ▶ Haga sus citas anuales con su doctor para usted y su familia.
- ▶ Asegúrese de llevar a su hijo(s) al dentista.
- ▶ Si su plan lo requiere, haga su pago mensual.

Renueve Su Cobertura.

- ▶ El seguro de Medi-Cal debe ser renovado cada año. Medi-Cal le enviará por correo su paquete de renovación. Complete y regrese el paquete. Para ayuda, contacte su oficina de Medi-Cal o marque 211.
- ▶ Los planes de salud a través de Covered California se deben renovar cada año. La información para renovar se le enviara a finales de año o contacte a Covered California

Para más información visite:
www.allinforhealth.org
www.asegurate.com



Asegúrate, para el bienestar de tu familia



RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT • HEALTH SERVICES • 815 S. WILLOW AVENUE, RIALTO, CA 92376 • TEL: (909) 820-8150

Possible Referrals: If you have a personal health care provider, please feel free to use them. *We do not endorse any specific health care provider.*
Posibles recomendaciones: Si usted tiene su propio dentista u optometrista por favor usarlos. *Nosotros no endosamos ningún médico específico.*

DENTAL CARE

DENTAL REFERRAL SERVICE
(800) 511-8663 or (800) 322-6384



FIRST 5 DENTAL
(5 years old and younger)
(800) 722-4597

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER

(For Dental Office)
665 North 'D' Street
San Bernardino (909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
922 Sierra Ave.
Fontana (909) 822-4800



BR DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
Dr. Kwon, DDS
436 S. Riverside Ave.
Rialto (909) 874-5200

DR. DAVID A. NEWSHAM, DDS
1735 N. Riverside Ave.
Rialto (909) 820-9081

MEDICAL CARE

SAC HEALTH SYSTEM
To schedule an appointment
(909) 693-2163

ONTARIO DEPT. OF PUBLIC HEALTH
(909) 458-9447

COUNTY OF SAN BERNARDINO DEPT. OF PUBLIC HEALTH
351 N Mt. View Ave.
San Bernardino (800) 722-4777

BLOOMINGTON COMMUNITY HEALTH CENTER
18601 Valley Blvd.
Bloomington (909) 546-7520



MOMMY AND ME
790 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 546-7135



GOLDEN SHORE MEDICAL
790 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 546-7135

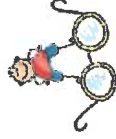
190 E. Highland Ave.
San Bernardino (909) 882-4788

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Medical Office)
665 North 'D' Street
San Bernardino (909) 708-8158

**ARROWHEAD REGIONAL MEDICAL CENTER -
MEDICAL MOBILE CLINIC**
For clinic location and/or appointment
(909) 520-1207

VISION EXAMS

FREESTONE OPTOMETRIC CENTER
Dr. Gary M. Freestone, OD
1850 N. Riverside Ave., Suite 220
Rialto (909) 875-1144



RIALTO OPTOMETRIC CENTER
Dr. Bernard Rubin, OD
1850 N. Riverside Ave., Suite 210
Rialto (909) 421-3030



COLTON OPTOMETRIC CENTER
Dr. Thomas B. Law, OD
190 W. H St., Suite 105
Colton (909) 825-9044

COUNSELING SERVICES



MESA COUNSELING SERVICES
850 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 421-9358

BILINGUAL FAMILY COUNSELING SERVICES
317 West 'F' Street
Ontario (909) 986-7111

**LOMA LINDA UNIVERSITY
MARITAL & FAMILY THERAPY CLINIC**
164 W. Hospitality Ln., Suite 15
San Bernardino (909) 722-4777

SOUTH COAST COMMUNITY SERVICES
San Bernardino County
(877) 527-7227

DENTAL CARE

DENTAL REFERRAL SERVICE
(800) 511-8663 or (800) 322-6384



FIRST 5 DENTAL
(5 years old and younger)
(800) 722-4597

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER

(For Dental Office)
665 North 'D' Street
San Bernardino (909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
922 Sierra Ave.
Fontana (909) 822-4800



BR DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
Dr. Kwon, DDS
436 S. Riverside Ave.
Rialto (909) 874-5200

DR. DAVID A. NEWSHAM, DDS
1735 N. Riverside Ave.
Rialto (909) 820-9081



COVERED CALIFORNIA
(800) 300-1506
www.coveredca.com



IEHP
(800) 720-4347
www.iehp.org



MEDI-CAL
(877) 410-8829
www.C4Yourself.com



**SAN BERNARDINO COUNTY
TRANSITIONAL ASSISTANCE DEPARTMENT**
1175 W. Foothill Blvd.
Rialto (877) 410-8829