



**Distrito Unificado de Rialto**  
**Lista de Documentos Requeridos para Matriculación**  
**(Grado 1)**

- 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
- Comprobante de examen físico
- IEP **actual** y **firmado** si es que el estudiante recibe servicios de Educación Especial

*\* 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*

**Centro de Registración**

**260 South Willow Avenue, Rialto, CA 92376**

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

**email: [registrationcenter@rialtousd.org](mailto:registrationcenter@rialtousd.org)**





# 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 \_\_\_\_

### Firmas de estudiante y padres

Por favor firmar abajo y entregar al maestro.

Yo leí este folleto con mis padres. Prometo obedecer las reglas cuando use las computadoras en la escuela.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Estudiante ID \_\_\_\_\_

Mi hijo y yo hemos leído y entendemos este documento. Prometemos obedecer las reglas de esta norma.

Firma de padres: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Recortar aquí

### Qué puedes hacer con una computadora en la escuela

Hay muchas cosas que puedes hacer con las computadoras en la escuela. Puedes:

- Tomar una prueba sobre el libro que leíste.
- Usar las páginas web que el maestro seleccionó para ti.
- ¡Escribir historias, crear ilustraciones y más!

### ¡Peligro!

Algunas veces cuando usas una computadora en la escuela, algo que no te guste puede resaltar.

¡Si esto sucede, dile al maestro inmediatamente!

### Reglas para usar las computadoras escolares

- Cuando use la computadora de la escuela haré solamente lo que los maestros dicen.
- No dañaré las computadoras de la escuela.
- No le daré mi contraseña a nadie ni siquiera a mis amigos.
- No escribiré mi nombre ni algo sobre mí mismo en la computadora sin preguntar.
- Si veo algo que me hace sentir mal se lo diré al maestro.
- Si uso una gráfica o ilustración o palabras de una página web mostraré de donde la obtuve.



### ¿Qué pasa si desobedezco las reglas?

¡Siempre pedir permiso antes de usar la computadora escolar! Si no cumples las reglas el maestro no te dejará usar la computadora otra vez.

### ¿Listo?

Llevar este folleto a casa y repararlo con tus padres. Después escribir tu nombre al reverso.

Padres: ver reverso para más información.

**Retener esto por tu computadora en casa**

## Para acceder al Internet en casa

Algunas de las cosas que haces en la computadora en la escuela puedes también hacerlas en casa.

**Página web escolar:**

\_\_\_\_\_ .rialto.k12.ca.us

Pueden además usar enlaces de la biblioteca pública si tiene tarjetas de la biblioteca. Pueden obtener enlaces de la página web de tu escuela. Escribir el número de la tarjeta aquí para usarla cuando estén en la computadora en casa.

Tarjeta de la biblioteca pública # \_\_\_\_\_

**Aprendan más sobre la seguridad del Internet**

<https://www.common SenseMedia.org/parent-concerns>

## Promesa de Seguridad en el Internet

- Apagaré el monitor de mi computadora y le diré a mis padres si algo me hace sentir mal.
- Le diré a mis padres si algo en el Internet me pide mi nombre o algo más sobre mí.
- Le diré a mis padres si alguien en el Internet me pide conocerle.
- No usaré malas palabras o groserías en el Internet.

## Firma de miembros de familia

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

## Información para los padres

El Distrito Escolar Unificado de Rialto se esfuerza en proveer un buen programa educativo para su hijo. Porque la tecnología es una parte integral en la sociedad de hoy el uso de la tecnología en la escuela es un componente vital en la experiencia de

aprendizaje de su hijo. Tomamos todas las precauciones posibles para asegurar la seguridad de su hijo cuando usa estos medios educativos. Por favor ayúdenos a enseñarle a su hijo el uso apropiado de la tecnología repasando la información en este documento y haciendo que obedezca las reglas todo el tiempo. Si usted o su hijo tienen alguna pregunta por favor hablar con el maestro.

## Uso del Internet en casa para aprender

La participación y supervisión de los padres es crucial para asegurar la seguridad de su hijo en el Internet. El Distrito Unificado de Rialto le ayuda con esto proporcionando acceso a recursos que apoyan el aprendizaje de su hijo. Lo siguiente son ejemplos de los recursos disponibles en casa como también en la escuela.

- Catálogo bibliotecario en el Internet: buscar libros en la biblioteca escolar por nivel de lectura o tema. Imprimir una lista para llevar a la escuela al día siguiente.
- Medios de búsqueda: Los estudiantes pueden buscar un tema usando recursos seguros, educativos proveídos por el Distrito. Acceder las enciclopedias en el Internet, revistas, periódicos y otros trabajos de referencia. Estos recursos además proveen enlaces a páginas web externas que han sido revisadas para el buen uso educativo.
- Web de la escuela: la página web escolar provee acceso directo a los recursos antes dichos y las páginas web de la clase donde los maestros pueden seleccionar recursos adicionales para apoyar el aprendizaje de su hijo. Ir a [www.Rialto.K12.ca.us](http://www.Rialto.K12.ca.us) y pulsar "Rialto Schools" en el recuadro izquierdo para localizar la página web de la escuela.

Por favor comunicarse con la escuela de su hijo si tienen alguna pregunta respecto a estos recursos. Esperamos que los encuentren valiosos cuando usen el Internet en casa para apoyar el aprendizaje de su hijo.

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO



## Norma Estudiantil de Uso Aceptable para el uso de Computadoras e Internet

### GRADOS K-5



Recortar aquí



# 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: \_\_\_\_\_

# INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entreguelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

## PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

## PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

### EXAMEN DE SALUD

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/dT/dT (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

## PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

### PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Firma del examinador de salud	Fecha

\*de ser indicado

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)



# GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

## Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**  
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;  
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)  
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**  
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**  
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**  
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

## Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**  
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**  
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

## Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.



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

## Inscríbase. 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.
- ▶ Inscríbase 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 visten: [www.allinforhealth.org/resources#Undocumented](http://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

## Inscríbase.

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

- [www.coveredca.com/espanol/](http://www.coveredca.com/espanol/)
- 1(800) 300-0213
- Ayuda en persona: [www.coveredca.com/espanol/get-help/local/](http://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](http://www.allinforhealth.org)  
[www.asegurate.com](http://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

9922 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

### 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

### 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



**COVERED CALIFORNIA**  
(800) 300-1506  
[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)



**IEHP**  
(800) 720-4347  
[www3.iehp.org](http://www3.iehp.org)



**MEDI-CAL**  
(877) 410-8829  
[www.C4Yourself.com](http://www.C4Yourself.com)



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