



Distrito Unificado de Rialto
Lista de Documentos Requeridos para Inscripción
(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 Inscripción

260 South Willow Avenue, Rialto, CA 92376

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

email: enrollmentcenter@rialtousd.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL (por favor de usar tinta azul o negra)

Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal	
Grado	¿Retenido? ¿En qué grado?	Conocido como (otros nombres usados)			
Domicilio		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	
Domicilio 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 primario		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma preferido de correspondencia	
ETNICIDAD (Por favor seleccione uno) ¿Es su estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino		RAZA (Por favor seleccione los que aplican) <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica) <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/Americano filipino <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente)			

OFFICE USE ONLY

Notes: _____

Grade: _____

Date: _____

Student #: _____

School of Residence: _____

School Assigned: _____

Start Date: _____

Teacher/Counselor: _____

Classroom/AM or PM: _____

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

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

NIÑOS 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

Birth Verification: _____

P.O.B: _____

Enter Code: _____

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

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar

¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto? Sí No (eje: Preescolar) Si es sí, nombre de la escuela: _____ Grado _____ Año escolar _____

Reason:
 Overflow
 Inter/Intra
 Other: _____

NIVEL EDUCATIVO DE PADRES

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/tutores.

Madre/tutor 1

No graduado de preparatoria Graduado de prepa
 Cursos universitarios Graduado universitario
 Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado

Padre/tutor 2

No graduado de preparatoria Graduado de prepa
 Cursos universitarios Graduado universitario
 Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS

Por favor proveer la siguiente información para asignación del estudiante en la escuela:

Mi hijo(a) **NO** ha participado en ningún programa especial
 Mi hijo(a) fue evaluado para educación especial

Mi hijo(a) ha participado en los siguientes programas de educación especial:

Instrucción Académica Especializada (ej. RSP/SDC)
 Terapia del Habla
 Terapia Ocupacional
 Educación Física Adaptiva
 Terapia Física
 Otro: _____

Address Verification:
 Utility/Rent Receipt
 Affidavit of Residence
 Other: _____

Other: _____

4-digit zip: _____

Enrolled by: _____

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

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma(s) que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudaran al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, usted puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias per su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

School: _____ Reviewed by: _____
Enrollment Staff

Sent to Multilingual Programs on: _____

Received by MLP/LAC on: _____



Distrito Escolar Unificado de Rialto

Bienestar y Asistencia Estudiantil

Cuestionario McKinney-Vento

NOMBRE DE ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA PREVIA
----------------------	---------------------	----------------

FAVOR ENUMERAR TODOS LOS NIÑOS ACTUALMENTE VIVIENDO CON USTED

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA

LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARÁ A DETERMINAR SI SU ESTUDIANTE PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE APOYO ADICIONAL BAJO LA LEY DE MCKINNEY-VENTO. MARCA TODAS LAS APLICABLES.

Estudiante viven en **VIVIENDA COMPARTIDA** debido a **dificultades económicas o una situación de crisis** **SÍ** **No**
(ej., violencia doméstica, abuso, mudanza de un lugar a otro, viviendo en un cuarto, garaje, etc.)

Estudiante vive en **VIVIENDA INADECUADA** no originalmente designada para dormir **SÍ** **No**
(ej. carros, parques, auto caravanas, casas rodantes, edificios abandonados, etc.)

Estudiante está **TEMPORALMENTE** viviendo en **HOTELES/MOTELES** **SÍ** **No**

Estudiante está **TEMPORALMENTE** viviendo en **ALBERGUES DE EMERGENCIA O TRANSICIONALES** **SÍ** **No**

Estudiante está viviendo en **VIVIENDA DE CALIDAD NO ESTÁNDAR** **SÍ** **No**
(ej. propiedad dañada o destruida, utilidades básicas no están disponibles en la vivienda, falta de partes funcionales básicas, etc.)

Estudiante vive con **ALGUIEN** que no son sus padres o tutor legal **SÍ** **No**

Estudiante está considerado un **ESTUDIANTE MIGRANTE** **SÍ** **No**
(ej. Padres/tutores que trabajan en la agricultura/industria pesquera, requiriendo mudarse con frecuencia de acuerdo las cosechas por temporadas)

SI MARCARON "SÍ" EN CUALQUIERA DE LAS CASILLAS DE ARRIBA, FAVOR COMPLETAR EL RESTO DE ESTE FORMULARIO. SI RESPONDIERON "NO" A TODAS LAS PREGUNTAS, PUEDEN PARAR AQUÍ.

- Estudiante tiene un **IEP, Plan 504 o SST** activo. Favor especificar: _____
- Preocupaciones de asistencia *(se rehúsa o tiene miedo de ir a la escuela)*
- Estudiante tiene necesidad o está interesado en **servicios de consejería, tutoría, programas después de clases o programas de mentoría**. Favor especificar: _____
- Preocupaciones de conducta. Favor especificar: _____
- Preocupaciones médicas. Favor especificar: _____

AL FIRMAR, LOS PADRES/TUTORES CERTIFICÁN QUE LA INFORMACIÓN PROVEÍDA ES CORRECTA Y VERDADERA.

NOMBRE IMPRESO	FIRMA	FECHA
----------------	-------	-------

FAVOR VER EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA LEY DE MCKINNEY-VENTO



Distrito Escolar Unificado de Rialto

Bienestar y Asistencia Estudiantil

Cuestionario McKinney-Vento

Bajo la ley de McKinney-Vento, su hijo(s) puede tener derecho a:

- Inscripción inmediata y participación completa en todas las actividades escolares para niños elegibles, incluso cuando los registros normalmente requeridos para inscripción no están disponibles
- Continuar asistiendo a su escuela de origen (la escuela a la que el estudiante asistió cuando tenía vivienda permanente o la escuela en la que el estudiante estuvo inscrito por última vez), cuando es en el mejor interés hacerlo para el niño o jovencito
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen a solicitud de los padres o tutores
- Recibir provisiones de servicios comparables a los servicios ofrecidos a otros estudiantes en la escuela, incluso servicios de Título I o programas estatales o locales similares, programas educacionales para niños con discapacidades y programas educacionales para aprendices de inglés/ educación vocacional y técnica; programas para estudiantes dotados y talentosos; y programas escolares de nutrición

Si tienen alguna pregunta sobre estos derechos, por favor comunicarse con los representantes de los jóvenes indigentes o personas sin hogar.

Krystal Rojas • Brenda Salas
Representantes McKinney-Vento

Según la ley estatal (AB 16) "No se sacará a un niño de la familia del niño únicamente porque la familia del niño se encuentre sin hogar según la Sección 48851 del Código de Educación.

USO DE OFICINA SOLAMENTE / OFFICE USE ONLY

<u>DATE OF ENROLLMENT</u>	<u>STUDENT ID NUMBER</u>	<u>SCHOOL OF ENROLLMENT</u>	<u>GRADE</u>

Nombre del Estudiante: _____



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 considerar incluir el siguiente formulario en su notificación anual a los padres y tutores legales.

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 entrega al estudiante que pone en duda el bienestar del estudiante se trata a discreción del administrador escolar o designado. Si cualquier situación se convierte en una interrupción de la escuela, se contactará 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 todo 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 está en la lista de la tarjeta de emergencia intente recoger a su estudiante.

He leído y entiendo la notificación anterior.

Firma de padre/tutor 1

Fecha

Firma de padre/tutor 2

Fecha

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: _____

Pérdida 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 entregelo 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 FUJE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DTTd (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 _____

*de ser indicado

Firma del examinador de salud _____ Fecha _____

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

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 Kinder 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 Kinder de Transición/Kinder 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 Kinder de Transición/Kinder 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

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 visten: www.allinforhealth.org/resources#Undocumented
Su información de inmigración es confidencial, protegida, 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

Abril 2016



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

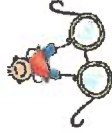
190 E. Highland Ave.
San Bernardino (909) 882-4788

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

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



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



IEHP
(800) 720-4347
www3.iehp.org



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



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