



Distrito Unificado de Rialto
Lista de Documentos Requeridos para Matriculación
(Grado 2 al 5)

- 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 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

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: _____
<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: _____

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:	
			Teléfono del trabajo:	
Nombre legal de madre:		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No en el domicilio	Teléfono de casa:	
			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:	

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

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

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Ultimo día de asistencia
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Ultimo día de asistencia
¿Ha asistido su estudiante a escuelas de Rialto USD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (eje., Preescolar)	Si es sí, nombre de escuela:		Grado	Ultimo día de asistencia
Problemas de asistencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de disciplina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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)

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).

1. ¿Qué idioma su hijo/hija aprendió al hablar cuando empezó a hablar?	
2. ¿Qué idioma su hijo/hija usa con más frecuencia en casa?	
3. ¿Qué idioma usted habla con más frecuencia con su hijo/hija?	
4. ¿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

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.

Madre

- 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

- 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 colocación del estudiante en la escuela.

- Mi hijo NO participó en ningún programa especial
- Mi hijo tuvo una evaluación especial
- Mi hijo participó o participa en los siguientes programas de educación especial
 - Educación Física Adaptada Terapia del Habla
 - Discapacidad de Aprendizaje (LD) Discapacidad severa
 - Discapacidad emocional (ED)
 - Clase especial de día (SDC)
 - Recursos Especiales (RSP)
 - Discapacidad de audición
 - Discapacidad visual

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.



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 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: _____

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 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

Inscríbase.

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
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
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