TOMAS RIVERA ELEMENTARY SCHOOL

Riverside Unified School District

Lisa Koss, Principal * Nachelle Goar, Assistant Principal

20440 Red Poppy Lane * Riverside, CA 92508 * (951) 697-5757 * fax (951) 328-7480

Committed to Excellence, Educating Tomorrow's Leaders Today!

2021-2022 Lista de verificación de registro

Por favor llame para una cita (951) 697-5757

Toda la documentación a continuación debe estar completa

- ☐ Prueba del nacimiento del estudiante (proporcione UNO de la lista a continuación)
  Certificado de nacimiento (registro del condado), pasaporte actual,
  Registro del hospital o registro de bautismo
- ☐ Requisitos de vacunación de California para los grados K-12 (incluido el Kindergarten de transición) Ver adjunto
- ☐ Por favor, consulte "Establecimiento de prueba de residencia" (se necesitan DOS documentos aceptables para establecer la residencia)
- ☐ Copia de IEP (Solo estudiantes de educación especial)
- ☐ Paquete de registro de RUSD completo
- ☐ Identificación con foto del padre / tutor
- ☐ Examen físico – Grados TK-1st

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, el acoso, la intimidación o el acoso en todos los programas, actividades y empleos del distrito en base a ascendencia, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnia real o percibida , religión, edad, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.

Si tiene alguna queja o pregunta con respecto a esta política, puede comunicarse con:
Director de Servicios Estudiantiles o el Oficial de Quejas del Distrito
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951) 788-7135 o (951) 352-1200

BOARD OF EDUCATION
Mr. Thomas R. Hunt, ***President*** | Mr. Brent Lee, ***Vice President***
Dr. Angelov Farooq, ***Clerk*** | Mrs. Kathy Allavie, ***Member***
Mr. Dale Kinnear, ***Member*** | David C. Hansen, Ed.D., ***Superintendent***

RUSD RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA
Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2021-2022 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Siguientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler ***con*** el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que NO se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 2/2021

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES
6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER
5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200

GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA

GRADOS K–12 (incluyendo kínder transición)

GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA [1, 2, 3]				
Ingreso a K-12 °	**4 Polio[4]**	**5 DTaP[5]**	**3 Hep B[6]**	**2 MMR[7]**	**2 Varicela**
(7°-12°)[8]	**Dosis para K-12°**	**+ 1 Tdap**			
Paso a 7° grado [9,10]		**1 Tdap[8]**			**2 Varicela[10]**

1. Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
2. Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
3. Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
4. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
5. Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los sietes años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
6. Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
7. Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
8. Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
9. Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
10. El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular
Hep B= vacuna contra la hepatitis B
MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12°grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

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

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.†

ADMITA CONDICIONALMENTE a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4[1]	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3[2]	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

¿Tiene preguntas?

Vea el "California Immunization Handbook" (en inglés) en ShotsForSchool.org

* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Formulario De Inscripción 2021-2022

1) INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Apellido del alumno	Nombre	Segundo Nombre

Nombre legal, si es diferente	Correo electrónico de la familia	
Domicilio actual	Ciudad	Código Postal
Domicilio de correspondencia, si es diferente	Ciudad	Código Postal

Teléfono del hogar ( )	Celular de madre/padre ( )	Celular de madre/padre ( )
Fecha de nacimiento	Genero: ❒ Masculino ❒ Femenino ❒ No binario	

2) ÚLTIMA ESCUELA DE ASISTENCIA

Nombre de la escuela	Último día que asistió	Grado	Ciudad/Condado/Estado

¿Ha asistido previamente el alumno a otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside? ❒ No ❒ Si* *Escuela:

3) INFORMACIÓN DE FAMILIA

Escriba su nombre y apellido **Marque si el alumno vive con:**

Padre/Padrastro/Padre de crianza
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor ❒

Madre/Madrastra/Madre de crianza
Persona proporcionando cuidado al menor/Tutor ❒

¿Acáso el padre/tutor se encuentra en servicio activo en la fuerzas armadas? ❒ Si ❒ No
(Servicio activo se define como servicio activo tiempo completo en las Fuerza Aérea, Ejército, Guarda Costas, Marina, Naval)
Sí esta activo/a, ¿Qué rama? ❒ Fuerza Aérea ❒ Ejército ❒ Guarda Costas ❒ Marina ❒ Fuerza Naval

4) OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre (y apellido)	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

❒ **No se conoce algún problema de salud**
❒ Alergias (favor de explicar)
❒ Deficiencia de atención/hiperactividad
❒ Asma (❒ depende de inhalador*)
❒ Diabético (❒ depende de insulina*)
❒ Convulsiones/Epilepsia (❒ requiere medicamento*)
❒Cirugías
❒ Enfermedades graves (favor de explicar)
❒Otro medico (favor de explicar)
❒Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

* **REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**
** **LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) PROGRAMAS ESPECIALES

❒ **Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación Individual vigente (IEP)**
❒ Terapia de habla
❒ Programa de Especialista de Recursos (RSP)
❒ Clase especial diurna (SDC)
❒ Plan 504 Adaptado
❒ Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial
❒ Educación de dotados y talentosos (GATE)
❒ Plan de Conducta/Contrato de Conducta
❒ Equipo de estudio estudiantil (SST)
❒ Foster/Hogar de Crianza
❒Sin Hogar/McKinney-Vento
❒ Otro _____
❒ Ninguno aplica

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:

❒ Mi hijo/a **fue** previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

❒ Mi hijo/a **fue** expulsado/a de una escuela publica/privada.*

❒ Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES

Esta información es solamente para informes de estadísticas/encuestas y será mantenida confidencial

Por favor marque la casilla que más se asemeje a **los padres**:

❒ No es graduado de preparatoria
❒ Graduado de preparatoria
❒ Algo de universidad (colegio /universidad de 2 o 4 años)
❒ Graduado de universidad
❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado
❒ Escuela/Capacitación de Pos graduado

9) ETNICIDAD DEL ALUMNO

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

10) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

❒ Indígena americana o de Alaska
❒ Indio asiático
❒ Negro o afroamericano
❒ Camboyano
❒ Chino
❒ Filipino
❒ Guamaniano
❒ Hawaiano
❒ Hmong
❒ Japonés
❒ Coreano
❒ Laosiano
❒ Otro asiático
❒ Otro isleño pacifico
❒ Samoano
❒ Tahitiano
❒ Vietnamita
❒ Caucásico

*** FIRMA DE PADRE/TUTOR***

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. **Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con**: *Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200*
REV. 12/19

OFFICE USE ONLY

GRADE:	**Student ID:**	❒ **REGISTRATION COMPLETE**
DOCUMENTS VERIFIED:	❒ Birth Verification	❒ Transcripts
❒ Photo ID	❒ Emergency Card	❒ Student Housing Questionnaire
❒ Caregiver	❒ Immunization record	❒ Home Language Survey
❒ Proof of Address	❒ Physical	❒ Mandatory Parent Notification Receipt
Proof #1 Date: _____	❒ Custody documents	❒ Parent Handbook
Proof # 2 Date: _____	❒ Health History Form	❒ Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

2021-2022 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F** (Genero) **Grade:** _____ (Grado) **Age:** _____ (Edad) **Birthdate:** _____ (Fecha de Nacimiento)

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ (Domicilio) **Zip Code**_____ (Código Postal) **Home Phone**_____ (Teléfono)

Father/Guardian Name _____ (Padre/Tutor) **Work Phone** _____ (Num. del Trabajo) **Cell** _____
Email Address _____ (Correo Electrónico) **Lives with student** _____ Yes _____ No (Vive con el estudiante)

Mother/Guardian Name _____ (Padre/Tutor) **Work Phone** _____ (Num. del Trabajo) **Cell** _____
Email Address _____ (Correo Electrónico) **Lives with student** _____ Yes _____ No (Vive con el estudiante)

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication_____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ (Nombre del doctor) **Phone** _____ (Teléfono)

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que **si** anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian.** If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older**.

Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor**. Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 anos de edad**.

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/Tutor Fecha

Rev. 12/2020

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD *CONFIDENCIAL*

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ ☐ Masculino ☐Femenino

Fecha de nacimiento _____Edad_____ Grado_____

☐ ***Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.***

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Durante el horario escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela, (Un formulario para cada medicamento)

Marque ☑ la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

☐ **Asma**

☐ **Convulsiones**
- ☐ Fecha de la última convulsión_____
- ☐ Tipo de convulsión _____
- ☐ Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

☐ **Alergias**
- ☐ Abejas
- ☐ Comidas _____
- ☐ Alérgico al medicamento _____
- ☐ Otro _____

☐ **Limitaciones físicas _____**
- ☐ Equipo especializado necesario en casa
- ☐ Equipo especializado necesario en la escuela

☐ **Intolerancia a la lactosa**

☐ **Soplo /enfermedad del corazón_____**

☐ **Otras condiciones** _____

☐ **Diabetes** ☐ **Tipo I** ☐ **Tipo II**
- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? ☐ Sí ☐ No
  Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? ☐ Sí ☐ No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? ☐ Sí ☐ No
Si sí: Nombre del médico _____Teléfono _____Fax____

Domicilio_____

☐ **Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.**

Firma de los padres/tutor legal _____ Fecha _____

For Office Use Only:

☐ Original to Cum ☐Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) ☐ Health Assistant ☐ Teacher

CONFIDENTIAL

RUSD RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Marque todo lo que corresponda.**

- ❑ Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- ❑ Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- ❑ Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- ❑ Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- ❑ Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- ❑ Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Enumere todos los niños en edad escolar que viven actualmente con usted:

Nombre	M/F	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmentae se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, **Chris Sewell, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico** csewell@riversideunified.org

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless program scan and email this form to Jaemy Zavala in Pupil Services: jzavala@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

El Distri to Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo co n una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Administrador principal de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas d el Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200

Distrito escolar unificado de Riverside

Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

Assessment Center Use Only:	STU-ID:_____
School Year_____	School:_____
Appointment Date:_____	Time:_____

Distribution: Original = Cum Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a Required per NCLB & Title III Regulations

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 ingles a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán 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. Sí contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficienca de su

Alumno:_____ _____ _____ _____ _____
Apellido *Primero* *Segundo* *Grado* *Fecha de nacimiento*

_____ _____ _____ _____
Domicilio Apt. # *Ciudad* *Estado* *Area postal* *Teléfono*

*1.*_____ _____ *2.*_____ _____
Nombre de la escuela, distrito escolar anterior *Ciudad, Estado* *Nombre de la escuela, distrito escolar anterior* *Ciudad, Estado*

3

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. ***Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero?*** _____

2. ***¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?*** _____

3. ***¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)?*** _____

4. ***¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?*** _____

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela traducido al espanol o ingles? ___*Ingles* ____*Otro idioma*_____
Nombre del otro idioma

*X*_____ / _____
Firma del Padre/tutor / *Fecha*

_____
Nombre escrito del Padre/tutor

-El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.\
Form revised 12-20

BOARD OF EDUCATION
Kathy Allavie, President
Tom Hunt, Vice President
Brent Lee, Clerk
Patricia Lock-Dawson, Member
Dr. Angelov Farooq, Member

Riverside Unified School District

PUPIL SERVICES/SELPA DEPARTMENT
5700 Arlington Avenue
Riverside, California 92504

(951) 352-1200
FAX: (951) 274-4202

David C. Hansen, Ed.D.
District Superintendent

AVISO PARA LOS PADRES DE FAMILIA:
NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO
PARA LOS COLEGIOS/UNIVERSIDADES, EMPLEADORES POTENCIALES Y RECLUTADORES MILITARES

Las universidades, empleadores y oficiales de reclutamiento de los servicios militares pueden solicitar a los distritos escolares que proporcionen información para comunicarse con los alumnos del 11º y 12º grado. Esta información es conocida como «Información del Directorio» e incluye el nombre, domicilio y número de teléfono de los alumnos. Las leyes Federales incluyendo la *Ley de Ningún Niño Dejado Atrás* (NCLB) exigen que los distritos escolares proporcionen esta información cuando se la soliciten amenos que los padres hayan solicitado por escrito que no sea proporcionada.

Si usted no desea que el Distrito Escolar Unificado de Riverside proporcione esta información del directorio de su hijo/a, por favor complete el formulario de abajo y regrese a la escuela de su hijo/a antes del 20 de noviembre de 2020.

Fecha:_____Nombre de la escuela:_____

Nombre del alumno/a:_____ Núm. de matricula estudiantil:_____

Por medio de la presente solicitó que la ***información del directorio*** de mi hijo/a, incluyendo nombre, domicilio y número de teléfono, ***NO*** se proporcione a las siguientes entidades:

Marque abajo las que apliquen

☐ Servicios militares (Armada, Naval, Fuerza Aérea, Infantes de Marina de los Estados Unidos) y escuelas militares

☐ Universidades e instituciones educacionales

☐ Posibles empleadores

_____ _____
Nombre del padre/tutor en letra de molde Fecha

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

_____ _____
Firma del alumno Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2021-2022

RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES

(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:
Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: ***http://riversideunified.org/departments/pupil_services/parent_handbook/***

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)
Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a)_____ **Fecha de nacimiento**_____

Escuela_____ **Grado**_____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión
☐ **Si, doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (***Como indicado arriba***)
☐ **No, no doy** mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (***A menos que haya sido contactado para dar permiso especial)***

Política de uso aceptable
☐ **Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable
☐ **No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en** cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno
☐ **Si, doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)
☐ **No, no doy** mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2021-2022, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor_____Fecha_____

Firma de alumno _____Fecha_____

State of California—Health and Human Services Agency

Department of Health Services
Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program

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, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera 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)	/ /
Evaluacion 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/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos 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 *(optional)*

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)

***de ser indicado**

y 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 _____

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 Jovenes (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