

Arena Elementary School 2025-2026

Kindergarten de Transición (TK) e inscripción en Kindergarten



**La Escuela Primaria Arena comienza la inscripción para TK y Kindergarten
Martes 27 de marzo
9:00 a.m. – 2:00 p.m.
Biblioteca de la Escuela Primaria Shelley Aubrey**

Su hijo debe cumplir con el requisito de edad para inscribirse:

Los niños que cumplan 5 años **el** 1 de septiembre de 2025 o antes se inscribirán en el jardín de infantes

Los niños que cumplan 4 años **antes** del 1 de septiembre de 2025 son elegibles para inscribirse en el kindergarten de transición

Para inscribir a su hijo, deberá proporcionar, como mínimo, la siguiente documentación requerida a la escuela.

1. **El registro de nacimiento de su hijo** (certificado de nacimiento o declaración jurada de nacimiento)
2. **Los registros de vacunación de su hijo**
 - a. 4 dosis de poliomielitis (3 dosis cumplen con los requisitos para las edades de 4 a 6 años si al menos una fue en o después del 4º cumpleaños)
 - b. 5 dosis de DTP o DTaP (4 dosis cumplen con el requisito para las edades de 4 a 6 años si al menos una fue en o después del 4º cumpleaños)
 - c. 2 dosis de MMR (sarampión, paperas y rubéola)
 - d. 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B
 - e. 2 dosis de inmunidad contra la varicela (varicela) documentada por el médico.
3. **Comprobante de residencia** en nuestro distrito escolar: servicio público actual de electricidad o gas y una identificación con foto

Otros documentos solicitados son:

4. **Examen de Salud de Ingreso a la Escuela**
5. **Evaluación/Examen Dental**
6. ***Prueba de tutela legal*** Si está bajo el cuidado de un tutor, proporcione una declaración jurada.

Los formularios de inscripción están disponibles en la escuela y en línea. Si tiene preguntas sobre la inscripción, comuníquese con la oficina de la escuela:

20 School Street, Point Arena, CA 95468

Teléfono: (707) 882-2131 ext. 202 o ext. 231

Correo electrónico: arena@aesfamily.org

Sitio web de la escuela: <https://pointarenaschools.org/aes/>

El jardín de infantes es de día completo de 8:20 a.m. a 2:15 p.m. Los estudiantes en el Distrito Escolar Primario de Arena Union tendrán prioridad sobre la inscripción fuera del distrito. Pueden aplicarse circunstancias especiales.

Fecha incompleta _____

Fecha de finalización _____

Nombre del estudiante: _____ DOB _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE KINDERGARTEN Y TK

Para acelerar el registro de su hijo, traiga los siguientes documentos.

_____ **Formulario de inscripción**

_____ **Formulario de información de emergencia y salud**

_____ **Registro de nacimiento:**

Kinder: cumplir 5 años de edad en o antes del 1 de septiembre de 2026

Kinder de transición (TK): cumplir 4 años antes del 1 de septiembre de 2026

_____ **Examen de salud para el formulario de ingreso a la escuela:** Examen médico historia clínica, examen físico Examen de orina, sangre y tuberculosis, Exámenes oculares y auditivos

_____ **Formulario de evaluación de salud oral:** Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

_____ **Cartilla de vacunación**

_____ **4 dosis de poliomielitis** (3 dosis cumplen con el requisito si al menos una dosis se administró en o después del 4º cumpleaños).

_____ **5 dosis de DTP o DTaP** (4 dosis cumplen con el requisito si se administró al menos 1 dosis en o después del 4º cumpleaños)

_____ **2 dosis de MMR** (sarampión, paperas y rubéola) 1 dosis puede ser una Vacuna solo contra el sarampión, ambas dosis administradas en o después del 1er cumpleaños.

_____ **3 dosis de hepatitis B**

_____ **2 dosis de varicela o varicela documentada por el médico** (varicela) El historial de enfermedades o la inmunidad también cumplirán con el requisito.

_____ **Prueba de residencia** * factura actual de electricidad o gas y una identificación con foto.

_____ **Prueba de tutela legal** (Si el niño no vive con su custodia padres, se debe presentar prueba de tutela legal).

ARENA UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

INSCRIPCIÓN DE NUEVOS ESTUDIANTES

USE LETRA DE MOLDE - NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE

Apellido legal	Primer nombre legal	FECHA de HOY:
		Segundo nombre legal

Otro alias nombre legal (si aplica)

Género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario	Edad	Grado	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento
				Mes(MM) Día(DD) Año(AAAA)	Ciudad Estado País

Número de teléfono principal: ()

Dirección (# de casa y nombre de la calle) **Ciudad** **Estado** **Código postal**

Dirección postal (P.O Box o # de casa y nombre de la calle) **Ciudad** **Estado** **Código postal**

EL ESTUDIANTE VIVE CON (marque todos que apliquen) Madre Padre Padrastros Tutor Legal Otro:

1. Nombre del padre o tutor **Tel. en casa** **Tel. en el trabajo**

1. EDUCACIÓN DE LOS PADRES - Marque la respuesta que describe el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14) Algo de *college* (incluye AA degree) (12) Con licenciatura o con postgrado (10)
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13) Se graduó del *college* (Universidad) (11)

2. Nombre del madre o tutor **Tel. en casa** **Tel. en el trabajo**

2. EDUCACIÓN DE LOS PADRES - Marque la respuesta que describe el nivel del padre con mayor grado de educación escolar.

No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14) Algo de *college* (incluye AA degree) (12) Con licenciatura o con postgrado (10)
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13) Se graduó del *college* (Universidad) (11)

ETNICIDAD Y RAZA DEL ESTUDIANTE: Se deben completar ambas secciones: independientemente de su respuesta a la pregunta 1, continúe con la pregunta 2.

1. ETNICIDAD: ¿Cuál es la etnia de este estudiante? Elija la etnia con la que el estudiante se identifica más estrechamente. Por favor marque uno:

Hispano o Latino (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)
 No Hispano o Latino

2. ¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (Por favor, marque al menos una categoría y un máximo de 5 categorías)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100) (<i>Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Centro o Sudamérica</i>)
<input type="checkbox"/> Chino (201)
<input type="checkbox"/> Japonés (202)
<input type="checkbox"/> Coreano (203)
<input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205)
<input type="checkbox"/> Laos (206)
<input type="checkbox"/> Camboyano (207)
<input type="checkbox"/> Hmong (208)
<input type="checkbox"/> Otro asiático (299)
<input type="checkbox"/> Hawalano (301)
<input type="checkbox"/> Guamés (302) | <input type="checkbox"/> Samoa (303)
<input type="checkbox"/> Tahitiano (304)
<input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399)
<input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)
<input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600)
<input type="checkbox"/> Blanco (700) (<i>Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente</i>) |
|---|---|--|

PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS ESPECIALES: ¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo? Por favor marque todas las casillas que correspondan.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consejería
<input type="checkbox"/> Recurso (RSP) | <input type="checkbox"/> Desarrollo del idioma inglés
<input type="checkbox"/> Habla / lenguaje | <input type="checkbox"/> Plan de la 504
<input type="checkbox"/> Clase diurna especial (SDC).
<input type="checkbox"/> IEP (adjunte copia)
<input type="checkbox"/> Otro: |
|---|--|--|

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a? Sí No

Escuela (empezar con la más reciente) **Dirección/Ciudad/Estado/Zip** **Grado/s** **Fecha/s**

He revisado este documento y, a mi leal saber y entender, la información aquí contenida es verdadera y completa. Por Al firmar esto, declaro bajo pena de perjurio que soy el padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente.

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta): **Fecha:**

Firma del padre o tutor:

El Distrito Escolar de Point Arena prohíbe la discriminación, la intimidación, el acoso (incluido el acoso sexual) o la intimidación basada en la edad, ascendencia, color, discapacidad, etnia, género, expresión de género, identidad de género, información genética, estado migratorio, estado civil, información médica, origen nacional, estado parental, estado de embarazo, raza, religión, sexo, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con uno o más de estas características percibidas. Para preguntas o quejas, comuníquese con: Coordinador del Título IX: Michelle Egger (707) 882-2131, 504 Coordinador: Michelle Egger, (707) 882-2131, Coordinador del Título II: Warren Galletti (707) 882-2803 o wgalletti@mcn.org)

Encuesta sobre el idioma del hogar

Nombre legal del estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

Estimados Padres y Tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que ordenan a las escuelas que evalúen el dominio del idioma inglés de los estudiantes. El proceso comienza con la determinación de los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta sobre el idioma del hogar ayudarán a determinar si se debe evaluar el dominio del inglés de un estudiante. Esta información es esencial para que la escuela pueda proporcionar programas y servicios de instrucción adecuados.

Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con estos requisitos. Responda a cada una de las cuatro preguntas que se enumeran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre de los idiomas que corresponden en el espacio provisto. Por favor, no deje ninguna pregunta sin respuesta. Si se comete un error al completar esta encuesta sobre el idioma del hogar, puede solicitar una corrección antes de que se evalúe el dominio del inglés de su estudiante.

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____

¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____

¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres y tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?

¿Qué idioma hablan con más frecuencia los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

¿Su hijo ha tomado alguna vez una Evaluación de Dominio del Idioma Inglés (ELPAC)? Sí No No lo sé?

Por favor, firme y feche este formulario en los espacios provistos a continuación, luego devuélvalo a la escuela.

Gracias por su ayuda.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

ARENA ELEMENTARY SCHOOL/Arena Union Elementary School District
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:	Grado:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
--	--------	------------------------------------

Le gusta que lo llamen (apodo):	Dirección de correo electrónico del estudiante:
---------------------------------	---

GENDER: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Nonbinario	TELÉFONO PRIMARIO#:	ALTERNATIVO/CELULAR#:
--	---------------------	-----------------------

¿Cómo llega su hijo a la escuela? Por favor, marque todo lo que corresponda. Camina Vehículo Personal Viaja en el Bus Escolar

RUTAS DE AUTOBÚS: Point Arena AM/PM Manchester AM/PM Cresta AM/PM Costa AM/PM 2:15. 3:15

ENUMERE LA(S) PARADA(S) DE AUTOBÚS DE SU HIJO(A):

DIRECCIÓN POSTAL (APARTADO POSTAL O CASA/APARTAMENTO # Y NOMBRE DE LA CALLE) Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	---------------

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA (casa/apartamento # y nombre de la calle) Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	---------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES:

Nombre del Padre/Tutor:	★ Marca un estrella Mejor número de teléfono del día Teléfono residencial
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> *Tutor legal	Teléfono celular:
Empleador:	Teléfono de trabajo:
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del Padre/Tutor:	★ Marca un estrella Mejor número de teléfono del día Teléfono residencial
Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> *Tutor legal	Teléfono celular:
Empleador:	Teléfono de trabajo:
Dirección de correo electrónico:	

* Si usted es el tutor legalmente designado del estudiante, proporcione documentación.

¿Tiene el estudiante un padre/tutor en servicio activo con las Fuerzas Armadas o la Guardia Nacional a tiempo completo? Sí. No En caso afirmativo, indique el nombre, la rama y el rango de los padres: _____

El estudiante reside con (marque todo lo que corresponda): Madre Padre Tutor legal Hogar conjunto Hogar alternativo

RESIDENCIA- ¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (McKinney Vento) – Por favor, marque la casilla correspondiente:

<input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil)	<input type="checkbox"/> En un motel/hotel	<input type="checkbox"/> Programa de Intercambio Internacional
<input type="checkbox"/> En un programa de refugio o vivienda transitoria	<input type="checkbox"/> Sin albergue	
<input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda con otras familias/individuos debido a dificultades económicas o pérdidas	<input type="checkbox"/> Otros (especifique):	

Si existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante, por favor marque uno: Custodia Compartida Custodia Exclusiva Tutela Legalmente Designada

ENVÍO DE DUPLICADOS (si el acuerdo de custodia permite que se proporcione información por correo duplicado al otro padre)

Nombre completo:	Relación con el estudiante:
Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Para recibir <input type="checkbox"/> Copiar todo el correo <input type="checkbox"/> Copia de calificaciones solamente
¿Vive con estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono:
Dirección postal (apartado postal o # de casa/apartamento y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)	

CONTACTOS DE EMERGENCIA (Incluya la relación con el estudiante-pariente, amigo, vecino, etc.):

Nombre:	Teléfono #:
Nombre:	Teléfono #:
Nombre:	Teléfono #:
Nombre:	Teléfono #:

Por favor, rellene ambos lados de este formulario

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 entregue 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/NINA—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/DT/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ferri]) 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).

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street		CITY	SCHOOL
ZIP CODE			

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/dT/d (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and

RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

Signature of parent or guardian	Date
Name, address, and telephone number of health examiner	
Signature of health examiner	
Date	

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

ARENA UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
Formulario de notificación de salud dental
(to accompany Oral Health Assessment/Waiver Request Form)

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en **<schools or districts should fill in local contact information--available at <http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral>.**>
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.benefitscal.com/>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en **<schools or districts should fill in local contact information--available at <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.**>

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces.

- Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de chequeo dental de las escuelas, por favor llame a **Lynn Finley, (707) 882-4090** and Correo electrónico lfinley@mcoe.us y arena@aesfamily.org.

Atentamente,

Lynn Finley
School Nurse
Point Arena Schools District

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
---	--	---	---

_____ Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature]	_____ Número de matrícula de CA CA License Number	_____ Fecha Date]
--	---	---------------------------------------

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno

No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.