



Distrito Unificado de Rialto

Lista de Documentos Requeridos para Inscripción (Grado 1)

- Comprobante de vacunas
- *Examen de TB (Tuberculosis) – debe incluir los resultados
- Prueba de fecha de nacimiento (Acta de nacimiento, certificado oficial de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, o declaración jurada)
- Verificación de domicilio actual a nombre de padre/tutor (Recibo de servicios públicos, correspondencia oficial, contrato de renta/arrendamiento o recibo de pago, talón de ingreso, registración de votar, o una declaración jurada **dentro de 30 días**)
- Identificación de padre/tutor que esté matriculando al estudiante
- Comprobante de examen físico
- IEP **actual** y **firmado** si es que el estudiante recibe servicios de Educación Especial

** Aplica a cualquier estudiante (Grado TK al 12) que desea ser matriculado por primera vez en California o que haya estado fuera de los Estados Unidos por más de 12 meses*

Centro de Inscripción



260 South Willow Avenue, Rialto, CA 92376

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

email: enrollmentcenter@rialtousd.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL (por favor de usar tinta azul o negra)						OFFICE USE ONLY		
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal			Notes:	
Grado	¿Retenido? ¿En qué grado?		Conocido como (otros nombres usados)					
Domicilio		Ap./Espacio	Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino Colton <input type="checkbox"/> Fontana Otro: _____	Código postal			Grade: _____	
Domicilio postal si es diferente		Ap./Espacio	Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino Colton <input type="checkbox"/> Fontana Otro: _____	Código postal				
Número de teléfono primario		Fecha de nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Idioma preferido de correspondencia		Date: _____	
Correo electrónico primario							Student #: _____	
ETNICIDAD (Por favor seleccione uno) ¿Es su estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino		RAZA (Por favor seleccione los que aplican) Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica) Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/Americano filipino <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tahitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente) <input type="checkbox"/>					School of Residence: _____	
INFORMACIÓN DE FAMILIA (Si hay orden de custodia/restricción para su hijo(a), por favor proveer copia)							School Assigned: _____	
Nombre de persona inscribiendo al estudiante		Relación con el estudiante: Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre de crianza (Foster) <input type="checkbox"/> Encargado de cuidado <input type="checkbox"/>		Número de teléfono			Start Date: _____	
Nombre legal de madre		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No vive en el domicilio		Teléfono del trabajo				
Nombre legal de padre		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> No vive en el domicilio		Número de teléfono		Teacher/Counselor: _____		
				Teléfono del trabajo				
NIÑOS QUE VIVEN BAJO SU CUIDADO						Classroom/AM or PM: _____		
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela		Birth Verification: _____		
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela				
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela				
INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA (Poner la última escuela a la que asistió primero)						P.O.B: _____		
Nombre de escuela		Ciudad		Estado		Enter Code: _____		
Nombre de escuela		Ciudad		Estado				
¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (ej. Preescolar)		Si es "sí", nombre de la escuela:		Grado		Reason: <input type="checkbox"/> Overflow <input type="checkbox"/> Inter/Intra <input type="checkbox"/> Other: _____		
				Año escolar				
NIVEL EDUCATIVO DE PADRES			PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS			Address Verification: <input type="checkbox"/> Utility/Rent Receipt <input type="checkbox"/> Affidavit of Residence <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> McKinney Vento <input type="checkbox"/> Foster 4-digit zip: _____		
El Departamento de Educación de California requiere información sobre el nivel más alto de educación que completaron los padres que inscriben al estudiante. Por favor marcar para ambos padres/tutores. Madre/tutor 1 No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Titulo universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado <input type="checkbox"/>			Por favor proveer la siguiente información para asignación del estudiante en la escuela: <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) NO ha participado en ningún programa especial <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) fue evaluado para educación especial <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) ha participado en los siguientes programas de educación especial: Instrucción Académica Especializada (ej. RSP/SDC) Terapia del Habla Terapia Ocupacional Educación Física Adaptiva Terapia Física Otro: _____					
Padre/tutor 2 No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Titulo universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado <input type="checkbox"/>						Enrolled by: _____		

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

Firma de padres/tutores: _____ **Fecha:** _____

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

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

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

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

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

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

OFFICE USE ONLY

School: _____ Reviewed by: _____
Enrollment Staff

Sent to Multilingual Programs on: _____

Received by MLP/LAC on: _____

Cuestionario de vivienda



La información proporcionada a continuación ayudará a la escuela de su estudiante a determinar si usted y/o su estudiante pueden ser elegibles para recibir servicios y apoyos especializados. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar y de la escuela.

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento
Escuela asignada	Grado

¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación de vida actual y/o la de su familia? Favor de marcar todas las que le aplique.

- Comparte la vivienda** con otra(s) persona(s) debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural, falta de vivienda adecuada o alguna razón similar
- Se aloja en un **refugio** (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un remolque de la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA).
- Vive en un coche, parque, acampando, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (por ejemplo, falta de agua, electricidad o calefacción).
- Vive temporalmente en un **hotel o motel** debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural o motivo similar.
- Soy estudiante menor de 18 años y **vivo separado de mis padres o tutores legales**
- Ninguna de las anteriores**. Mi estudiante y yo vivimos en una vivienda permanente y adecuada

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

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)	Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Dirección	Ciudad	Estado
	Código postal	Número telefónico

Su(s) hijo(s) puede(n) tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local en la que reside actualmente, aunque no disponga de todos los documentos normalmente exigidos en el momento de la inscripción.
- Seguir asistiendo a la escuela de origen si usted lo solicita para el bien estar de su estudiante.
- Recibir transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, y si es necesario, recibir los mismos programas y servicios especiales que se ofrecen a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título 1.
- Recibir todas las protecciones y servicios proveídos por todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y a sus familiares sin hogar.

Indique todos los niños(as) que viven actualmente con usted.

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado (si procede)	Escuela (si procede)

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos derechos, por favor póngase en contacto con el representante de niños y jóvenes sin hogar (McKinney-Vento) de su escuela. Si usted tiene dificultad para ponerse en contacto con ellos, puede comunicarse con los representantes de McKinney-Vento & Foster Youth del Distrito Unificado de Rialto al 909-873-4336.

Nombre del Estudiante: _____



Distrito Unificado de Rialto
Problemas de Custodia

Disputas de padres sobre la custodia en el entorno escolar

Los padres pueden tratar de usar a la escuela como un foro para disputar asuntos de custodia. Si es necesario, el distrito escolar puede considerar incluir el siguiente formulario en su notificación anual a los padres y tutores legales.

Las disputas de custodia deben ser tramitadas por las cortes. La escuela no tiene jurisdicción legal para rehusar el acceso del padre biológico con su hijo(a). La única excepción es cuando la escuela tiene en su archivo una orden firmada de restricción o documentos de divorcio apropiados, específicamente estipulando las limitaciones de visitación. Cualquier situación en que se entrega al estudiante que pone en duda el bienestar del estudiante se trata a discreción del administrador escolar o designado. Si cualquier situación se convierte en una interrupción de la escuela, se contactará a la policía y se pedirá la intervención de un oficial. A menos que los Derechos Educativos se han revocado, ambos padres tienen acceso al expediente estudiantil.

Se les pide a los padres que hagan todo lo posible de no involucrar a la escuela en asuntos de custodia.

La escuela hará todo lo posible para comunicarse con el padre que tenga la custodia cuando uno de los padres o cualquier otra persona que no está en la lista de la tarjeta de emergencia intente recoger a su estudiante.

He leído y entiendo la notificación anterior.

Firma de padre/tutor 1

Fecha

Firma de padre/tutor 2

Fecha

Office use only:

Date Received: _____

Home School: _____

Notification placed on Synergy: _____

Document(s) uploaded to Synergy: _____



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
SERVICIOS DE SALUD**

815 S. Willow Ave., Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Mi hijo NO tiene ninguna condición médica.

Mi hijo tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):

(marque todo lo que corresponda y marque si requiere medicamento o tratamiento en la escuela)

**Medicamento o Tratamiento
REQUERIDO en la escuela**

<input type="checkbox"/> Alergias Tipo de alergia: _____ Tipo de Medicamento: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ADHD / ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento / Trastornos Genéticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sangre / Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Trastorno Renal / Problemas de Vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas Psicológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Accidentes Graves u Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Impedimento de la Vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cáncer / Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Bolsa de Colostomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 – Dependiente de Insulina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si corresponde: <input type="checkbox"/> Dexcom <input type="checkbox"/> Pompa de Insulina <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Pluma de Insulina Humalog	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Epilepsia Convulsiones – <input type="checkbox"/> Requiere Diastat	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sonda de Gastrostomía (G-Tube) – <input type="checkbox"/> Requiere alimentación por G-Tube	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Problemas de Corazón / Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Traqueotomía <input type="checkbox"/> Requiere Succión <input type="checkbox"/> Dependiente de Ventilador <input type="checkbox"/> Dependiente de Oxígeno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tratamientos Especiales y/o Medicamentos: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Emailed Health Services: _____ Verified by Health Services: _____ School: _____

Provided parent with the following documents:

Authorization for Medical Release Medication Form

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

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

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

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año _____

DOMICILIO—Número y Calle _____ Ciudad _____ Zona Postal _____ Escuela _____

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

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

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.

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	/ /

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

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

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

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

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Firma del padre/madre o guardián _____ Fecha _____

Firma del examinador de salud _____ Fecha _____

*de ser indicado

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



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

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- 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.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- 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.
- 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 siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Incon 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*

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.

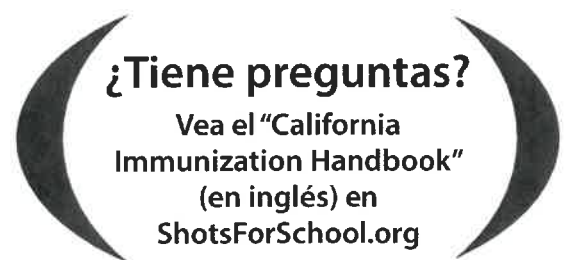
Dosis	Lo Más Temprano Que Se Puede Dar	Excluir Si No Se Ha Dado
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	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.



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

Inscríbese.

Obtenga atención médica.

Renueve.



Hay coberturas de salud económicas o gratuitas para TODAS las familias de bajos ingresos de California (opciones en la página 2)

CALIFORNIA
La información no es la misma para otros estados.

¡Renueve la cobertura entre 2023 y 2024!

IMPORTANTE para 2023 y 2024:
LAS PROTECCIONES DE LA COBERTURA CONTINUA DE MEDI-CAL FINALIZAN DESDE ABRIL DE 2023.

¿Usted o algún pariente tiene cobertura de Medi-Cal? En caso de que sí, es posible que deba realizar ciertas acciones para conservarla. Tendrá que renovar su cobertura de Medi-Cal en algún momento entre abril de 2023 y mayo de 2024. Las renovaciones anuales suelen vencer el mismo mes en que se inscribió a Medi-Cal por primera vez.

Qué hacer para mantener la cobertura:

- ▶ **Actualice su información de contacto.** Avise a la oficina de Medi-Cal de su condado si hay algún cambio en su información de contacto (dirección postal, número de teléfono, correo electrónico) para que puedan brindarle detalles sobre cómo renovar su cobertura.
- ▶ **Consulte su correo.** Cuando sea tiempo de renovar la cobertura, Medi-Cal le enviará una carta por correo donde le informará si debe completar un formulario de renovación o si esta puede completarse de forma automática.
- ▶ **Complete el formulario de renovación.** Si recibe un formulario de renovación, deberá completarlo a fin de renovar su cobertura. Los formularios de renovación se enviarán en un **SOBRE AMARILLO**. Complete el formulario y responda todas las preguntas de seguimiento del condado de inmediato por teléfono, en línea, por correo o en persona para evitar brechas en su cobertura.



Cómo renovar la cobertura de Medi-Cal e informar cambios:

- ▶ **Abra una cuenta en línea.** Visite <https://benefitscal.com/>
- ▶ **Contacte a la oficina de Medi-Cal de su condado.** Para encontrar la oficina de Medi-Cal de su condado, visite dhcs.ca.gov/COL o llame al (800) 541-5555.

¿Qué sucede si ya no califica para la cobertura de Medi-Cal?

Si los ingresos de su familia superaron los niveles de elegibilidad de Medi-Cal (consulte el cuadro de ingresos en la segunda página), quizás califique para primas con descuento mediante Covered California. De ser así, Covered California le enviará información sobre la inscripción automática y qué debe hacer para activarla cuando finalice su cobertura. La cobertura de Covered California comenzará cuando:

- ▶ Pague su prima, o
- ▶ Si no tiene prima, cuando acepte la cobertura en línea o por teléfono.

A menudo sucede que, cuando aumentan los ingresos familiares, los hijos siguen calificando para Medi-Cal aunque los miembros adultos ya no. Proceda a completar y enviar la información de renovación para mantener la cobertura gratuita de Medi-Cal de sus hijos, incluso si usted se inscribió en Covered California.

Inscríbese.

Cómo inscribirse en Medi-Cal y Covered California:

- ▶ **1 (800) 300-1506.**
- ▶ **www.coveredca.com**
- ▶ **En persona:** dhcs.ca.gov/COL
- ▶ **Presente una solicitud por correo electrónico:** encontrará las solicitudes imprimibles de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx.
- ▶ **Busque ayuda en su comunidad:** escanee el código QR a continuación o diríjase a allinforhealth.org/HealthCoverageResources para encontrar ayuda cerca.

Obtenga atención médica.

- ▶ Busque un médico de cabecera. Pida ayuda a su plan de salud para encontrar un médico disponible cerca.
- ▶ Programe un chequeo anual para usted y sus hijos. Los niños pequeños necesitan controles médicos preventivos frecuentes durante el año.
- ▶ Su plan de salud tiene la obligación de ayudarle a programar citas y obtener servicios de interpretación. Además, Medi-Cal está obligado a ayudarle a acceder a transporte gratuito para sus citas.
- ▶ Encuentre un dentista. Visite SmileCalifornia.org para encontrar un dentista de Medi-Cal y un centro dental cerca.
- ▶ Covered California cubre el cuidado dental para los niños. En el caso de los adultos, tendrán que obtener un plan dental adicional.

Renueve.

HCS Medi-Cal debe renovarse todos los años, excepto los que se enumeran a continuación. Es importante asegurarse de que Medi-Cal tenga su dirección actual para que puedan comunicarse con usted cuando sea tiempo de renovar la cobertura. Si recibe un aviso de renovación, ¡no lo ignore! Los niños en acogida o los jóvenes que hayan estado en acogida no necesitan renovar su cobertura. Las personas que hayan parido recientemente tampoco necesitan renovar su cobertura en los 12 meses siguientes a parir.



Los planes de salud de **Covered California** deben renovarse todos los años. A fin de año, se enviará la información de renovación por correo, o puede contactar directamente a Covered California.

▶ **¡Escanee el código QR para obtener información sobre cómo y cuándo hacer la renovación!**



UN PROYECTO DE
The Children's Partnership

© The Children's Partnership 2023



¿Necesita ayuda?

Escanee este código QR para obtener

AYUDA LOCAL en su área.

O DIRÍJASE A:
www.allinforhealth.org

Opciones para coberturas de salud

Medi-Cal:

- ▶ Los niños y los adultos califican para todos los beneficios de Medi-Cal según sus ingresos. Los niños y las personas embarazadas o que hayan parido recientemente tienen niveles de elegibilidad con mayores ingresos que otros adultos (consulte la gráfica a continuación).
- ▶ Medi-Cal cubre TODOS LOS COSTOS de exámenes, vacunas, chequeos, especialistas, salud mental, servicios dentales y de visión, y cualquier otro cuidado médico necesario.
- ▶ La inscripción a Medi-Cal está abierta todo el año.
- ▶ La mayoría de las personas que se inscriban a Medi-Cal deben hacerlo en un plan de salud de Medi-Cal que administre su cobertura de atención médica. Todos los planes son diferentes y tienen su propia lista de proveedores de atención médica. Para obtener más información sobre los planes de salud, visite: <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.
- ▶ Los planes de Medi-Cal incluyen servicios de telesalud. Consulte con su proveedor sobre el acceso a atención vía video o por teléfono.

▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Medi-Cal para niños y adolescentes, diríjase a www.allinforhealth.org o haga clic en el [sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica \(DHCS\)](#), el folleto para [niños y adolescentes](#) y la [carta para conocer sus derechos](#).

Covered California:

- ▶ Covered California ofrece varios planes de salud. Ayudan a comparar y elegir el plan de salud que mejor se adapte a cada persona. Para obtener más información, visite: CoveredCA.com.
- ▶ Es posible que muchas personas que residen en California califiquen para asistencia financiera mediante un crédito fiscal de prima o reducciones en lo que las personas inscriptas pagan por la asistencia médica (conocidas como reducciones de costos compartidos).
- ▶ Inscribise durante la Inscripción abierta o cuando sea que atraviese una **experiencia de vida transformadora**, como perder su empleo o tener un bebé. A partir de ese momento, tiene 60 días para completar la inscripción.

! Familias inmigrantes

Expansión de Medi-Cal

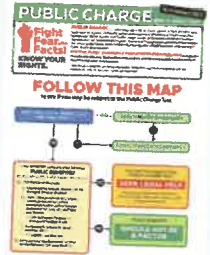
- ▶ Actualmente, los niños o personas menores de 26 años, adultos de 50 años o mayores, destinatarios del programa Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA), personas embarazadas o que hayan estado embarazadas recientemente y que sean elegibles según sus ingresos son elegibles para la cobertura de salud y los beneficios de Medi-Cal **SIN IMPORTAR SU SITUACIÓN MIGRATORIA**.
- ▶ Las personas jóvenes que no tengan documentos y cumplan 26 años en 2023 continuarán teniendo Medi-Cal hasta 2024. En 2024, se les enviará información sobre cuándo y cómo renovar su Medi-Cal.
- ▶ En 2024, California eliminará todas las barreras a Medi-Cal relacionadas con la situación migratoria. A partir del 1 de enero de 2024, todas las personas que residen en California y tengan ingresos que califiquen serán elegibles para acceder a todos los beneficios de Medi-Cal, sin importar su situación migratoria.

Covered California

- ▶ Quienes tengan documentos de inmigración pueden calificar para Covered California y para su asistencia financiera. Algunos condados brindan opciones de atención médica sin importar la situación migratoria.

Norma de cargo público actualizada

- ▶ En diciembre de 2022, el gobierno federal actualizó la norma de cargo público y dejó claro que Medi-Cal no está destinado a fines de cargo público (a excepción de cuidados institucionalizados a largo plazo, también conocidos como atención domiciliar de enfermería especializada).
- ▶ La inscripción de su hijo en Medi-Cal y el uso de los servicios de atención médica no afectarán tu situación migratoria.
- ▶ Si la evaluación de cargo público le preocupa, utilice este **Mapa de ruta del cargo público** para entender mejor si aplica a su caso o al de su pariente.



Diríjase a allinforhealth.org/public-charge

Ayuda financiera. Usted o su familia podrían calificar para la asistencia gratuita de Medi-Cal o prima bajo Covered California.*

CONSULTE LA NOTA A CONTINUACIÓN PARA VER LOS INGRESOS EN ESTE RANGO

Subsidios para primas de Covered California**

El crédito fiscal asciende a más de 400%

Costos compartidos nulos para AI/AN

Costos compartidos limitados para AI/AN

FPL en %	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%
Tamaño del hogar	Si los ingresos del hogar en 2023 son de o menos de									
1	\$13,590	\$18,755	\$20,385	\$27,180	\$28,947	\$33,975	\$36,150	\$40,770	\$43,760	\$54,360
2	\$18,310	\$25,268	\$27,465	\$36,620	\$39,001	\$45,775	\$48,705	\$54,930	\$58,959	\$73,240
3	\$23,030	\$31,782	\$34,545	\$46,060	\$49,054	\$57,575	\$61,260	\$69,090	\$74,157	\$92,120
4	\$27,750	\$38,295	\$41,625	\$55,500	\$59,108	\$69,375	\$73,815	\$83,250	\$89,355	\$111,000
5	\$32,470	\$44,809	\$48,705	\$64,940	\$69,162	\$81,175	\$86,371	\$97,410	\$104,554	\$129,880
6	\$37,190	\$51,323	\$55,785	\$74,380	\$79,215	\$92,975	\$98,926	\$111,570	\$119,752	\$148,760
	Medi-Cal para adultos			Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente			Acceso a Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente			
	Medi-Cal para niños (0 a 18 años)							CCHIP***		

* Para obtener información sobre cómo calcular el tamaño del hogar y los ingresos, visite: cuidadodesalud.gov/es/income-and-household-information.

** En cuanto a Covered California, estos niveles de elegibilidad de ingresos de 2023 entran en vigencia al principio del próximo periodo de inscripción, que comienza el 1 de noviembre de 2023.

*** Sólo para los residentes de los condados de San Francisco, San Mateo y Santa Clara.

Nota: Las personas que superen el 138% en el nivel de pobreza federal (FPL) podrían calificar para un plan de salud Covered California con asistencia financiera que incluya: crédito fiscal de prima federal y planes de costos compartidos nulos y de costos compartidos limitados para indígenas americanos (AI)/nativos de Alaska (AN).

Fuente: www.coveredca.com/pdfs/FPL-chart.pdf



ATENCIÓN MÉDICA PARA TODAS LAS FAMILIAS

UN PROYECTO DE **The Children's Partnership**

NUESTROS SOCIOS:



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, DIRÍJASE A www.allinforhealth.org

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 referencias: Si tiene un proveedor de atención médica personal, no dude en utilizarlo. *No respaldamos a ningún proveedor de atención médica específico.*
For additional information, please scan the QR codes provided. • Para obtener información adicional, escanee los códigos QR proporcionados.

DENTAL CARE

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Dental Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
9922 Sierra Ave., Fontana
(909) 822-4800

B R DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
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
815 S. Willow Ave., Rialto
To schedule an appointment
(909) 382-7100

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

BLOOMINGTON COMMUNITY HEALTH CENTER
18601 Valley Blvd., Bloomington
(909) 546-7520

MOMMY AND ME MEDICAL GROUP
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 421-0493

ARROWHEAD FAMILY HEALTH CENTER
16888 Baseline Ave., Fontana
(855) 422-8029

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Medical Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8158

MEDICAL CARE...continued

LASALLE MEDICAL ASSOCIATES
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 546-7135

UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER
17500 Foothill Blvd. #A-2, Fontana
(909) 428-0170

VISION EXAMS

NORTHPOINTE OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 220
Rialto (909) 875-1144

RIALTO OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 210
Rialto (909) 421-3030

COLTON OPTOMETRIC CENTER
190 W. H St., Ste. 105
Colton (909) 825-9044

COUNSELING SERVICES

MESA COUNSELING SERVICES
850 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 421-9358

SOUTH COAST COMMUNITY SERVICES
1461 E. Cooley Dr., Ste. 100, Colton
(877) 527-7227

DENTAL CARE

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Dental Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
9922 Sierra Ave., Fontana
(909) 822-4800

B R DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
436 S. Riverside Ave., Rialto
(909) 874-5200

DR. DAVID A. NEWSHAM, DDS
1735 N. Riverside Ave., Rialto
(909) 820-9081

SAC HEALTH SYSTEM
815 S. Willow Ave., Rialto
To schedule an appointment
(909) 382-7100

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

BLOOMINGTON COMMUNITY HEALTH CENTER
18601 Valley Blvd., Bloomington
(909) 546-7520

MOMMY AND ME MEDICAL GROUP
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 421-0493

ARROWHEAD FAMILY HEALTH CENTER
16888 Baseline Ave., Fontana
(855) 422-8029

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Medical Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8158

LASALLE MEDICAL ASSOCIATES
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 546-7135

UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER
17500 Foothill Blvd. #A-2, Fontana
(909) 428-0170

VISION EXAMS

NORTHPOINTE OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 220
Rialto (909) 875-1144

RIALTO OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 210
Rialto (909) 421-3030

COLTON OPTOMETRIC CENTER
190 W. H St., Ste. 105
Colton (909) 825-9044

COUNSELING SERVICES

MESA COUNSELING SERVICES
850 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 421-9358

SOUTH COAST COMMUNITY SERVICES
1461 E. Cooley Dr., Ste. 100, Colton
(877) 527-7227



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



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



MEDI-CAL
(800) 410-8829
keepmedicalcoverage.org



BENEFITS CAL
(877) 410-8829
www.benefitscal.com



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