



## Distrito Unificado de Rialto

### Lista de Documentos Requeridos para Inscripción (Grado 2 al 5)

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



#### Centro de Inscripción

260 S Willow Ave, Rialto, CA 92376

Tel: 909-873-4300 | Fax: 909-873-4301

[enrollmentcenter@rialtousd.org](mailto:enrollmentcenter@rialtousd.org)

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO**

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

Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal	
Grado	¿Retenido? ¿En qué grado?	Conocido como (otros nombres usados)			
Domicilio		Ap./Espacio	Rialto Colton Otro: _____	San Bernardino Fontana	Código postal
Domicilio postal si es diferente		Ap./Espacio	Rialto Colton Otro: _____	San Bernardino Fontana	Código postal
Número de teléfono primario	Fecha de nacimiento	Sexo Masculino    Femenino	Idioma preferido de correspondencia		
Correo electrónico primario					
<b>ETNICIDAD</b> (Por favor seleccione uno) ¿Es su estudiante hispano o latino? Sí es hispano o latino No es hispano o latino		<b>RAZA</b> (Por favor seleccione los que aplican) Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica) Afroamericano o negro    Camboyano    Chino    Filipino/Americano filipino    Guameño Hawaiano    Hmong    Japonés    Coreano    Laos    Otro asiático    Otro Islas del Pacifico Samoano    Tahitiano    Vietnamita    Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente)			

**OFFICE USE ONLY**

Notes: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Student #: \_\_\_\_\_

School of Residence: \_\_\_\_\_

School Assigned: \_\_\_\_\_

Start Date: \_\_\_\_\_

Teacher/Counselor: \_\_\_\_\_

Classroom/AM or PM: \_\_\_\_\_

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

Nombre de persona inscribiendo al estudiante	<b>Relación con el estudiante:</b> Madre    Padre    Tutor legal Padre de crianza (Foster) Encargado de cuidado	Número de teléfono Teléfono del trabajo
Nombre legal de madre	Vive con No vive en el domicilio	Número de teléfono Teléfono del trabajo
Nombre legal de padre	Vive con No vive en el domicilio	Número de teléfono Teléfono del trabajo

**NIÑOS QUE VIVEN BAJO SU CUIDADO**

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

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

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto?    Sí    No (ej. Preescolar)	Si es "sí", nombre de la escuela:		Grado	Año escolar

**NIVEL EDUCATIVO DE PADRES**

El Departamento de Educación de California requiere información sobre el nivel más alto de educación que completaron los padres que inscriben al estudiante. Por favor marcar para ambos padres/tutores.

**Madre/tutor 1**

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

**Padre/tutor 2**

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

**PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS**

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

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

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

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

Reason:

Overflow

Inter/Intra

Other: \_\_\_\_\_

Address Verification:

Utility/Rent Receipt

Affidavit of Residence

Other: \_\_\_\_\_

McKinney Vento

Foster

4-digit zip: \_\_\_\_\_

Enrolled by: \_\_\_\_\_

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

**Firma de padres/tutores:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

### Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma(s) que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma 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. 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 por 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.

<b>Nombre del estudiante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Escuela asignada</b>	<b>Grado</b>

¿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"/> <b>Cáncer / Leucemia</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Parálisis Cerebral</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Bolsa de Colostomía</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes:</b> <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"/> <b>Epilepsia Convulsiones</b> – <input type="checkbox"/> Requiere Diastat	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Sonda de Gastrostomía (G-Tube)</b> – <input type="checkbox"/> Requiere alimentación por G-Tube	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Problemas de Corazón / Cirugía de Corazón</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>Traqueotomía</b> <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"/> <b>Otro:</b> _____	<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



Grado	Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna <sup>1, 2, 3</sup>				
Ingreso a K-12 °	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>		1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>

- 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](http://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
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	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
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	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.

# Inscríbase.

# 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/O>
- ▶ **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](https://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 comenzaría 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.



### ¿Necesita ayuda?

Escanee este código QR para obtener AYUDA LOCAL en su área.

O DIRÍJASE A:  
[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)

## Inscríbase.

### Cómo inscribirse en Medi-Cal y Covered California:

- ▶ **1(800) 300-1506.**
- ▶ **[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)**
- ▶ **En persona:** [dhcs.ca.gov/COL](https://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](https://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](https://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](https://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.

**DHCS** 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!



**ATENCIÓN MÉDICA PARA TODAS LAS FAMILIAS**

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



## 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

**E F P  
T O Z  
L P E T**



**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



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



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



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



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



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



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



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



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



**IEHP**  
Inland Empire Health Plan  
(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