



## Distrito Unificado de Rialto

### Lista de Documentos Requeridos para Inscripción (TK- Kínder Transicional)

- 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
- Examen Físico (**requerido para ELO** – Oportunidad de Aprendizaje Extendido. Día extendido para estudiantes de TK)
- 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**

<b>INFORMACIÓN ESTUDIANTIL</b> (por favor de usar tinta azul o negra)					<b>OFFICE USE ONLY</b>	
Apellido legal		Nombre legal		Segundo nombre legal		Notes:  _____
Grado	¿Retenido? ¿En qué grado?	Conocido como (otros nombres usados)				
Domicilio		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro: _____			Código postal
Domicilio postal si es diferente		Ap./Espacio	<input type="checkbox"/> Rialto <input type="checkbox"/> San Bernardino <input type="checkbox"/> Colton <input type="checkbox"/> Fontana <input type="checkbox"/> Otro: _____			Código postal
Número de teléfono primario		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma preferido de correspondencia		
<b>ETNICIDAD</b> (Por favor seleccione uno) ¿Es su estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Si es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino		<b>RAZA</b> (Por favor seleccione los que aplican) <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica) Nombre de la(s) tribu(s) inscrita(s) o principal(es): _____ <input type="checkbox"/> 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 - asiático <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <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)				
<b>INFORMACIÓN DE FAMILIA</b> (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> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Encargado de cuidado		Teléfono de casa:		
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		Teléfono de casa:		
				Teléfono del trabajo:		
<b>NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR</b>						
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela		
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela		
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela		
Nombre		Fecha de nacimiento		Escuela		
<b>INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA</b> (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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (eje: Preescolar)		Si es sí, nombre de la escuela:		Grado	Año escolar	
<b>NIVEL EDUCATIVO DE PADRES</b>			<b>PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS</b>			
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.  <b>Madre/tutor 1</b> <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado  <b>Padre/tutor 2</b> <input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Graduado universitario <input type="checkbox"/> Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado			Por favor proveer la siguiente información para asignación del estudiante en la escuela:  <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) <b>NO</b> ha participado en ningún programa especial <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) fue evaluado para educación especial  Mi hijo(a) ha participado en los siguientes programas de educación especial: <input type="checkbox"/> Instrucción Académica Especializada (ej. RSP/SDC) <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Educación Física Adaptativa <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Otro: _____			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Birth Verification: \_\_\_\_\_

P.O.B: \_\_\_\_\_

Enter Code: \_\_\_\_\_

Reason:  
 Overflow  
 Inter/Intra  
 Other: \_\_\_\_\_

Address Verification:  
 Utility/Rent Receipt  
 Affidavit of Residence  
 Other: \_\_\_\_\_  
 McKinney Vento  
 Foster  
 4-digit zip: \_\_\_\_\_

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

*My signature certifies that all the information provided is correct. I understand that changes of address, phone number or emergency information must be reported to the school in **24 hours** for the safety of my student.*

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 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.

<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 tratara 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 no alimentarias	Tipo de alergia: _____ Tipo de Medicamento: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alergias alimentarias	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"/> <b>Tipo 1</b> <input type="checkbox"/> <b>Tipo 2 – Dependiente de Insulina:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si corresponde:</b> <input type="checkbox"/> Dexcom <input type="checkbox"/> Pompa de Insulina <input type="checkbox"/> Metformin		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pluma de Insulina Humalog		
<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Dependiente de Oxígeno		
<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

# 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 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.

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
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DTTd</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruela locas)					
<b>OTRA</b> (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
<b>OTRA</b>					

## 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](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)



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.\*




# Inscríbase. Obtenga atención médica. Renueve su cobertura.

**MEDI-CAL GRATUITO O COVERED CALIFORNIA DE BAJO COSTO SON PARA LA MAYORÍA DE LAS FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS EN CALIFORNIA.**

- ▶ **Medi-Cal** es un seguro médico público disponible para las personas con bajos ingresos en California. A partir del 1 de enero de 2024, todas las personas elegibles por ingresos que residan en California califican para los beneficios completos de Medi-Cal, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD O SITUACIÓN MIGRATORIA. Los beneficios completos de Medi-Cal cubren mucho más que solo la atención médica de emergencia. Estos cubren atención de salud mental, atención médica, dental y oftalmológica. La manera más rápida de obtener Medi-Cal es a través del sitio web de Covered California.
- ▶ **Covered California** es un servicio gratuito para que individuos y familias obtengan seguro médico gratuito o de bajo costo, o reciban ayuda para pagar un seguro médico privado. Obtenga más información en la página 2.

## SOLICITE Medi-Cal o Covered California:

 **Por teléfono: 1 (800) 300-1506**

 **[www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)** (Covered CA y Medi-Cal)  
**[www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)** (Medi-Cal)

 **En persona: <https://bit.ly/3Tk3cXV>**

 **Presente una solicitud por correo:** puede obtener solicitudes de Medi-Cal para imprimir aquí: **<http://bit.ly/3RRENK>**

### ¿Necesita ayuda?

Encuentre ayuda en su comunidad y más. Escanee este código QR.

**[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)**




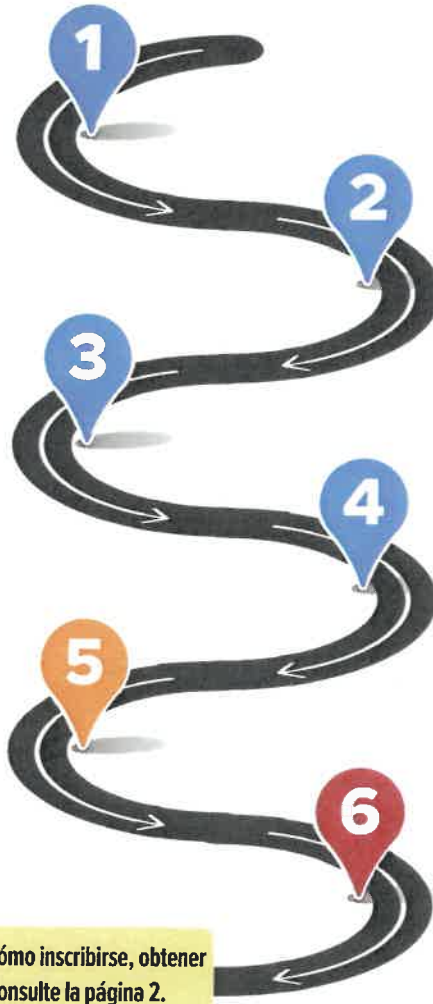
## Guía de 6 pasos para obtener Medi-Cal


 **Verifique su elegibilidad**  
La elegibilidad de Medi-Cal se basa principalmente en sus ingresos y el estado de residencia.

 **Determinación de la elegibilidad**  
El condado procesará su solicitud para determinar la elegibilidad.

 **Obtenga atención médica**  
Medi-Cal cubre TODA la atención médica necesaria.

 Para conocer más información sobre cómo inscribirse, obtener atención médica y renovar Medi-Cal, consulte la página 2.



**Solicite Medi-Cal**   
La inscripción en Medi-Cal está abierta y disponible todo el año. Obtenga más información sobre la inscripción más arriba.

**Seleccione un plan de atención médica**   
La mayoría de los beneficiarios de Medi-Cal deben inscribirse en un plan de atención médica.

**Renueve su Medi-Cal**   
La mayoría de las personas deben renovar su Medi-Cal cada año.



# 6 pasos para obtener Medi-Cal

## PASO 1

### Verifique su elegibilidad

Tanto niños como embarazadas y personas que hayan dado a luz hace 12 meses tienen mayores niveles de elegibilidad por ingresos que otros adultos. Sus hijos siguen calificando para Medi-Cal, incluso si los miembros adultos ya no.

**Si sus ingresos están por encima del nivel de elegibilidad de Medi-Cal, puede calificar para Covered California.** De ser así, Medi-Cal enviará su información a Covered California, quien le enviará la información sobre su inscripción automática y lo que debe hacer para activarla. Consulte el gráfico de límites de ingresos.

## PASO 2

### Inscríbase.

Solicite Medi-Cal en persona, en línea, por correo, por teléfono, o encuentre ayuda en su comunidad.

Consulte la página 1 para obtener más información o inscríbase en [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).

## PASO 3

### Determinación de la elegibilidad

**Después de presentar su solicitud:**

- ▶ Recibirá una **notificación de elegibilidad probable** por correo. **¡NUEVO!** ahora, muchos solicitantes elegibles de Medi-Cal pueden recibir una inscripción en tiempo real. Esto significa que una vez que reciba la solicitud, **tendrá la cobertura total mientras el condado procesa la solicitud.** Para obtener la inscripción "en tiempo real" más rápida, solicite Medi-Cal a través de [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) (las solicitudes presentadas por correo comienzan la inscripción acelerada cuando el condado recibe la solicitud).
- ▶ Recibirá una **notificación de acción definitiva** sobre si puede recibir Medi-Cal. Si se le niega la cobertura de Medi-Cal, tiene el derecho a apelar. Solicite una **audiencia imparcial estatal** por teléfono, llamando al 800-952-5253, o por escrito.
- ▶ En el caso de ser elegible, recibirá su tarjeta Medi-Cal por correo en un plazo de 45 días.

## PASO 4

### Seleccione un plan de atención médica

**Debe elegir un plan médico dentro de los 30 días de haber recibido sus opciones de planes médicos por correo.**

**Si no elige un plan dentro de los 30 días, Medi-Cal seleccionará uno por usted.** Los planes médicos disponibles **dependen del condado en donde viva.**

- ▶ Para conocer las opciones, consulte el Directorio de planes de atención médica administrada de Medi-Cal.
- ▶ Para obtener más información, ingrese al sitio web Opciones de atención médica.

## PASO 5

### Obtenga atención médica.

**Busque un médico de cabecera. Pida ayuda a su plan médico para encontrar un médico disponible cerca.** Su plan médico tiene la obligación de brindar ayuda para programar citas, obtener servicios de interpretación, **transporte gratuito a las citas** y utilizar el servicio de telesalud.

Medi-Cal cubre **TODOS LOS COSTOS** de exámenes, servicios de salud mental, dentales, oftalmológicos y cualquier otra atención médica necesaria.

**Busque un dentista de cabecera.** Medi-Cal ofrece beneficios dentales tanto a niños como a adultos. Ingrese a [SmileCalifornia.org](http://SmileCalifornia.org) para buscar un dentista de Medi-Cal.

**Niños y adolescentes:** Medi-Cal for Kids & Teens proporciona servicios gratuitos para cuidar la salud de sus hijos desde el nacimiento hasta los 21 años. Para obtener más información, ingrese a <https://bit.ly/3T1Ga8e>.



### Ayuda financiera de 2024

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

Para obtener información sobre cómo calcular los ingresos y el tamaño del hogar, ingrese a

[www.allinforhealth.org/financial-help](http://www.allinforhealth.org/financial-help).

## PASO 6

### Renueve su cobertura

Es importante asegurarse de que Medi-Cal tenga su dirección actual y su número de teléfono actualizado para que puedan comunicarse con usted cuando llegue el momento de renovar la cobertura. Si recibe un aviso de renovación, no lo ignore.

**Siga estos pasos:**

- ▶ Cree una cuenta de [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com) para recibir novedades sobre la renovación.
- ▶ Modifique su información de contacto para que Medi-Cal pueda comunicarse con usted sobre las renovaciones de su plan.
- ▶ Complete y envíe los formularios de renovación cuando los reciba (en línea, por teléfono, por correo o en persona).

**A menudo sucede que, cuando aumentan los ingresos familiares, los hijos siguen calificando para Medi-Cal, incluso si los miembros adultos ya no.** Complete y envíe la información de renovación de Medi-Cal para mantener la cobertura gratuita de Medi-Cal de sus hijos, incluso si usted está inscrito en la cobertura de su empleador o en Covered California.

Los niños en acogida y los jóvenes que hayan estado en acogida no necesitan renovar su cobertura. Las personas que hayan dado a luz recientemente tampoco necesitan renovar su cobertura dentro de los 12 meses después del parto.



### Covered California

**Si usted no es elegible para Medi-Cal:**

- ▶ Covered California ofrece varios planes médicos. Ayudan a comparar y elegir el plan médico que mejor se adapte a cada persona. Para obtener más información, visite [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).
- ▶ Es posible que muchas personas que residen en California califiquen para la ayuda financiera mediante un crédito fiscal de prima o reducciones en lo que los beneficiarios pagan por la atención médica (conocidas como reducciones de costos compartidos).
- ▶ La Inscripción abierta es el periodo del año donde todos pueden solicitar un plan a través de Covered California. Inscríbase durante la Inscripción abierta o cuando sea que atravesase una experiencia de vida transformadora, como perder su empleo o tener un hijo. A partir de ese momento, tiene 60 días para completar la inscripción.

[www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)

© The Children's Partnership 2024

# 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

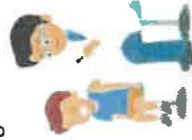
**ONTARIO HEALTH CENTER**  
(For Medical Services)  
150 E. Holt Blvd., Ontario  
(909) 458-9447

**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



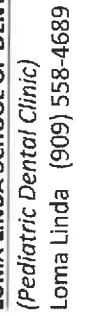
## COUNSELING SERVICES

**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



**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

