



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 OFFICE USE ONLY

Fields for student information including birth date, grade, and school assignment. Includes a 'Notes' section with redacted content.

Address fields: Domicilio, Domicilio postal si es diferente, Ap./Espacio, Rialto/Colton/Otro, San Bernardino/Fontana, Código postal, Teacher/Counselor, Classroom/AM or PM.

Birth Verification field with redacted content.

Large redacted area covering the middle section of the form.

Gender selection (Masculino/Femenino) and Date field.

Ethnicity (ETNICIDAD) and Race (RAZA) selection fields.

Parent/Tutor Signature (Firma de padres/tutores) field.

# ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

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 contactó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma

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

[Redacted content]

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor

[Redacted content]

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos derechos, por favor póngase en contacto con el representante de niños y

[Redacted content]

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



Parents' Use Only - District

[Redacted area]

### 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.

[Redacted area]

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

Firma de padre/tutor 2

Fecha

Office use only:

Date Received:

Notification placed on Synergy: \_\_\_\_\_

Home School:

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):**

(Especifique cada una, recomendarle a un médico si requiere medicamentos o tratamiento en la escuela)

[Redacted area containing student health history information]

**REQUERIDO**

**Firma del Padre/Tutor:**

**Fecha:**

**OFFICE USE ONLY**

Emailed Health Services:

Verified by Health Services:

School:

**Provided parent with the following documents:**

[Redacted area for document tracking]

[Redacted header area]

**Formulario de Evaluación de Salud Oral**

La ley de California (Decreto 40450) del 04 de febrero de 1988, establece el programa de salud dental de los estudiantes de la

[Redacted section]

[Redacted section with checkboxes]

[Redacted section with checkboxes]

[Redacted section]

[Redacted section with checkboxes]

[Redacted section]

[Redacted footer area]





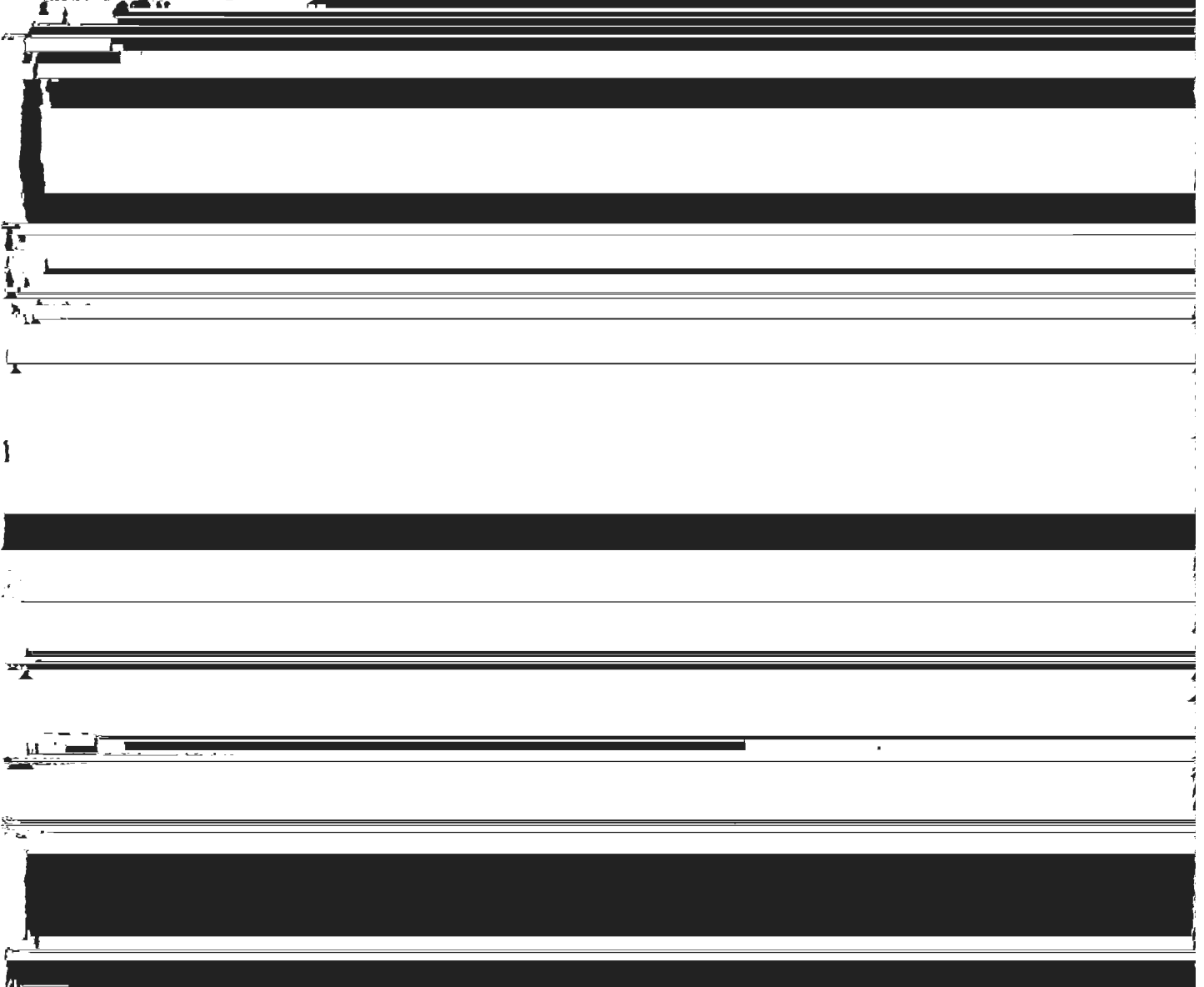
**Guía De Requisitos De Vacunación Para**

(incluyendo kínder transición)

C. PH

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

1. Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
2. Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de
3. Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a los niños que ingresan a kínder transición a los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12.
4. Para el ingreso a kínder transición, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
5. Para el ingreso a kínder transición, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
6. Para el paso a 7<sup>o</sup> grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).



## 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

Dosis	

\*

# Inscríbese.

## 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](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx).

**Busque ayuda en su comunidad:** escanee el código QR a continuación o dirijase a [allinforhealth.org/HealthCoverageResources](http://allinforhealth.org/HealthCoverageResources) para encontrar ayuda cerca.

# ¡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.

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

▶ Abra una cuenta en línea. Visite [benefitscal.com/0](http://benefitscal.com/0)

Busque un médico de cabecera. Pida ayuda a su plan de salud para encontrar un médico disponible cerca.

Programa un chequeo anual para usted y sus hijos. Los niños pequeños necesitan

## ¿Qué hacer para mantener la cobertura:

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

ATENCIÓN MÉDICA PARA TODOS



Escanee este código QR para obtener

AYUDA LOCAL en su área.



# Opciones de cobertura de salud para familias llegadas a los Estados Unidos

## Medi-Cal

▶ Los niños y los adultos califican para todos los beneficios de Medi-Cal según sus ingresos.

▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Medi-Cal para niños y adolescentes, diríjase a [www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org) o haga clic en [aquí](#).

## 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), [aquí](#).

## Norma de cargo público actualizada

▶ En diciembre de 2022, el gobierno federal actualizó la norma de cargo público y dejó claro que Medi-

## Covered California:

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre Covered California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.

▶ [aquí](#) para obtener más información sobre el programa de seguro de salud de California.



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

FPL en %	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%
Medi-Cal para niños	\$15,520	\$18,755	\$20,385	\$27,180	\$28,917	\$33,975	\$36,150	\$40,770	\$43,760	\$54,360
Medi-Cal para adultos	\$23,030	\$31,782	\$34,545	\$46,060	\$49,054	\$57,575	\$61,260	\$69,090	\$74,157	\$92,120
Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente	\$32,470	\$44,809	\$48,705	\$64,940	\$69,162	\$81,175	\$86,371	\$97,410	\$104,554	\$129,880

Medi-Cal para niños

Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente

NUESTROS SOCIOS:

FAMILIAS



MetroLA



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



## VISION EXAMS

## COUNSELING SERVICES

/ 11