



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville
Lista de Cotejo de Registro de Pre-escolar 2019-2020

Les damos la bienvenida a Ud. y a su niño(a) al Pre-escolar!
 Sera un maravilloso año lleno de aprendizajes y experiencias de crecimiento.
 Por Favor empiece por registrar a su niño(a)- registro empieza el 8 de enero, 2019

La lista de cotejo incluye lo que necesitara para registrar a su niño(a) para el año escolar 2019-2020. Por favor asegúrese que todas las formas estén incluidas para completar el proceso de registro.

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

1. Formulario de Registro del Distrito (2 páginas; asegúrese de firmar y colocar la fecha)
2. Formulario de Preferencia de Preescolar (elección de ubicación y programa)
3. Formulario de acuerdo de pensión (completar la forma para el programa específico en q se está registrando por ejemplo: programa de 3 días a la semana, programa de 4 días a la semana, programa de 5 días a la semana). Si requiere ayuda financiera, por favor contacte la oficina de la escuela y hable con el director.
4. Fotocopia del Certificado de nacimiento (esto puede ser del estado o del hospital)
5. Record de Vacunas de Oregón- no olvide firmar y colocar la fecha en esta forma.
6. Formulario de examen de visión (Todos los estudiantes de 7 años o menos que ingresen al programa educativo por primera vez, deben presentar un certificado de examen de visión ocular dentro de los 120 días que el estudiante inicie la escuela.)
7. Certificado de examen dental (Todos los estudiantes de 7 o menos que ingresen al programa educativo por primera vez, deben presentar un certificado de examen dental dentro de los 120 días que el estudiante inicie la escuela)
8. Prueba de domicilio (ejemplo: recibo de servicios actual, contrato de renta-por favor asegúrese de cubrir cualquier información de importancia)

Si tiene alguna pregunta por favor contacte la oficina de la escuela donde el programa de pre-escolar este ubicado.

PARA REGISTRARSE POR FAVOR TRAIGA LA LISTA DE COTEJO CON TODAS LAS FORMAS A LA ESCUELA.



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville
Programa Preescolar del 2019-2020

El Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville ofrece programa de pre-escolar en seis de nuestras escuelas primarias. El programa de pre-escolar está basado en pago de colegiatura. Sesiones y costos están detallados abajo. Matrículas de fuera del distrito será aceptadas basados en disponibilidad de espacio. Las familias que necesiten ayuda financiera para acceder al pre-escolar pueden contactar la oficina de la escuela y hablar con el director.

Padres necesitaran proveer transporte para su niño(a).

Registro empieza el 8 de Enero, 2019. Para más información, contacte una de las escuelas abajo.

Escuela Primaria Boeckman Creek 6700 SW Wilsonville Road, Wilsonville 503-673-7750	
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 5 días por la mañana: Lunes/Martes/ Miércoles/ Jueves/Viernes/ 8:30 am 11:30 am
Colegiatura	\$4,140.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$460.00) *Integración del idioma español
Escuela Primaria Bolton 5933 SW Holmes Street, West Linn 503-673-7900	
Edad	TRES o CUATRO en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Lunes, Martes y Jueves/ 9:00 am - 12:00
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00)
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana : Lunes, Martes, Miércoles y Jueves / 9:00 am -12:00
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00)
Escuela Primaria de Boones Ferry 11495 SW Wilsonville Road, Wilsonville 503-673-7300	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 5 días por la mañana: Lunes/Martes/ Miércoles/ Jueves/Viernes/ 7:50 am 10:50 am
Colegiatura	\$4,140.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$460.00)
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 5 días por la mañana: Lunes/Martes/ Miércoles/ Jueves/Viernes/ 11:10 am 2:10 am
Colegiatura	\$4,140.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$460.00)
Escuela Primaria Cedaroak 4515 Cedaroak Drive, West Linn 503-673-7100	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Martes, Miércoles y Jueves/ 8:30 am - 11:30 am
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00) *Integración del idioma español
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana : Lunes, Martes, Miércoles y Jueves / 8:30 am -11:30am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma español

Escuela Primaria de Stafford 19875 SW Stafford Road, West Linn 503-673-7150	
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana: Lunes, Martes, Miércoles y Jueves / 8:30 am -11:30 am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma Chino
Escuela Primaria Sunset 2351 Oxford Street, West Linn 503-673-7200	
Edad	TRES o CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 3 días por la mañana: Lunes, Martes, y Jueves / 8:30 am - 11:30 am
Colegiatura	\$2,430.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas de \$270.00) *Integración del idioma Chino
Edad	CUATRO años en o antes del 1ro de Setiembre, 2019
Sesión/Hora	Programa de 4 días por la mañana : Lunes, Martes, Miércoles y Jueves / 8:30 am -11:30am
Colegiatura	\$3,312.00 (Pago puede ser hecho en 9 cuotas \$368.00) *Integración del idioma Chino

West Linn Wilsonville School District #3JT
Formulario de Registro

Sólo Para Uso de Oficina:

Nombre _____
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero _____

Apellido _____	Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____	Nombre Preferido _____
Año Escolar _____	Fecha de Nacimiento _____
Genero Varón _____ Hembra _____	Lugar de Nacimiento _____
Etnicidad Hispano/Latino? Sí _____ No _____	
Raza (marque todos los correspondientes –debe elegir al menos uno) _____ Nativo Hawaiano/Pac Isleño	
_____ Indígena Americano/Nativo de Alaska _____ Negro o Afroamericano _____ Asiático _____ Blanco	

Otros Contactos de Emergencia: Las partes (incluya guarderías, en su caso) a continuación enumerados están autorizados para recoger a este niño de la escuela y tomar decisiones con respecto a casos de emergencia, enfermedades, lesiones graves o accidentes.

Nombre	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Otro	Relación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Número Celular del estudiante/Mensajes de texto: Las escuelas pueden comenzar a contactar a los estudiantes a través del teléfono celular o enviar mensajes de texto. Por favor proporcione la siguiente información si su hijo tiene un dispositivo para mensajes o teléfono celular.

Número Celular _____ Número del Proveedor del Servicio. _____

No apruebo que la escuela contacte a mi hijo a través de mensajes de texto o teléfono celular.

Hermanos: Provea una lista de los nombres, edades, grados y escuelas de cualquier hermano:

Nombre	Edad	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Información de los Padres/Tutores: La dirección debe ser la residencia principal del estudiante.

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código Postal _____

Dirección Correo _____ Condado _____

Email _____

Coloque sus Iniciales para Confirmar que la Dirección es la Residencia del Estudiante: _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Información Adicional de los Padres/Tutores (en la misma dirección):

Relación Madre Padre Otro (Especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Teléfono Trabajo _____ Empleador _____

Teléfono Celular _____ Profesión _____

Email _____

Escuelas Anteriores: Nombre, Ubicación, Fechas:

Condiciones Médicas:
Por favor revise todas condiciones que apliquen y explique abajo

Condiciones Médicas: marque todos los correspondientes y agregue detalles

<input type="checkbox"/> Vida – Alergias Amenazadoras	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Problemas Auditivos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de Visión

Detalles/Otras Preocupaciones con la Salud _____

Medicamentos Actuales/Dosis _____

El personal de Enfermería del Distrito se pondrá en contacto con UD en referencia a estas situaciones específicas.

Información de correo adicional: Bajo ciertas circunstancias, el distrito está dispuesto a enviar correo por segunda vez, por ejemplo, a los padres sin custodia. Si se desea un segundo envío, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido _____ Primer Nombre _____

Relación _____ Email _____

Dirección Casa _____ Ciudad/Código _____

Dirección Correo _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Casa Privado? Sí _____ No _____ Empleador _____

Teléfono Otro _____ Profesión _____

Describe las circunstancias por la cuales cree que requiere un segundo envío _____

Denegación de Permisos:
Requiere sus iniciales en cada sección en que niega el permiso.

Yo **no apruebo** que mi hijo sea fotografiado o grabado en vídeo para propósitos educativos, incluyendo el uso de tales en la página web de la escuela o distrito.

Yo **no quiero** que la información de contacto de mi familia sea revelada por el distrito escolar. Esto significa que los directorios de la escuela no incluirán la dirección de mi familia, número de teléfono o correo electrónico.

Yo **no quiero** que ninguna otra información sobre mi hijo o mi familia a aparecer en cualquier publicación de la escuela. Entiendo que esto significa que mi hijo no se incluirá en los anuarios, listas deportivas, carteles, y otras publicaciones relacionadas con actividades.

(Para el estudiante de edad de HS) Yo **no apruebo** que datos sobre mi estudiante se remita a los militares con fines de reclutamiento.

(FRENTE)

Por Favor continúe en el respaldo de este formulario

(FRENTE)

Nombre _____
(Apellido, Primer Nombre)

Maestro/Consejero _____

Servicios Especiales (por favor marque las áreas en las que su hijo ha recibido servicios especiales en el último año:

Título I _____ Educación Dotados _____ Educación Especial (IEP) _____ ESL (Inglés Como Segundo Idioma) _____ Plan 504 _____

Otros _____

Plan de Emergencia /Cierre Temprano (Para niños de la Primaria). Si la escuela se cierra temprano, ¿qué debe hacer a su hijo? Por favor, elija sólo dos:

___ Tomar el autobús a casa y puede entrar a casa. ___ Tomar el autobús y quedarse con _____ . Será recogido por _____ .

___ Puede caminar a casa y puede entrar a casa. ___ Tomar el autobús a centro de cuidado _____ .

Plan Alternativo _____

Encuesta Sobre el Idioma:

¿Cuál es el idioma principal del estudiante? _____

¿Se ha mudado durante los últimos tres años con el fin de obtener un empleo estacional o temporal en la agricultura, la silvicultura o la pesca? Sí _____ No _____

Este estudiante, ¿ha perdido más de 3 meses de la escuela? Sí _____ No _____

Si Sí, ¿cuando? _____

Complete estas preguntas solo si el inglés no es el único idioma que aparece arriba.

Idioma nativo del Padre _____ Idioma nativo de la Madre _____

¿Qué idioma utiliza con mayor frecuencia los adultos en la familia? _____

¿Qué idioma aprendió primer el estudiante? _____

¿Qué idioma utiliza el estudiante para comunicarse con los adultos en casa? _____

¿Qué idioma utiliza el estudiante con más frecuencia para comunicarse con amigos? _____

¿Cual es el nombre de la persona que ayuda a la familia con la comunicación en Inglés con la escuela? _____

Toda la información en ambos lados de este formulario es fiel y de acuerdo a mis mejores conocimientos.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

Sólo Para Uso de Oficina:

Prueba de residencia verificada Documento proveído/examinado _____ y verificado por (iniciales) _____ Fecha _____
(marque la caja) (tipo de documento)



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville
FORMULARIO DE PREFERENCIA PRE-ESCOLAR 2019-2020

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Padres _____ Teléfono _____

De las opciones abajo por favor indique cual sesión de preescolar le gustaría que atienda su niño(a) Por favor (✓) cualquier otra sesión que posiblemente acomodaría a las necesidades de su niño(a).

Esta información nos guiara en establecer las sesiones de clase para cumplir con las necesidades de la comunidad.

Saber su preferencia nos ayudara a planificar el numero de sesiones apropiada. Si no podemos proveer una sesión de acuerdo a sus necesidades le devolveremos el depósito.

Escuela Primaria Boeckman Creek

- Programa (AM) 5 días Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes
4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
*Integración del idioma Español

Escuela Primaria Bolton

- Programa (AM) 3 días Lunes, Martes, Jueves
3 o 4 años de edad 9:00 am – 12:00
- Programa (AM) 4 días Lunes, Martes, Miércoles y Jueves
3 o 4 años de edad 9:00 am – 12:00 am

Escuela Primaria Boones Ferry

- Programa (AM) 5 días Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes
3 o 4 años de edad 7:50 am – 10:50 am
- Programa (PM) 5 días Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes
3 o 4 años de edad 11:10 am – 2:10 am

Primaria Escolar Cedaroak Park

- Programa (AM) 3 días Martes, Miércoles y Jueves
3 o 4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
* Integración del idioma Español
- Programa (AM) 4 días Lunes, Martes, Miércoles y Jueves
4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
* Integración del idioma Español

Primaria Escolar Stafford

- Programa (AM) 4 días Lunes, Martes Miércoles y Jueves
4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
* Integración del idioma Chino

Primaria Escolar Sunset

- Programa (AM) 3 días Lunes, Martes y Jueves
3 y 4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
* Integración del idioma Chino

- Programa (AM) 4 días Lunes, Martes, Miércoles y Jueves
4 años de edad 8:30 am – 11:30 am
* Integración del idioma Chino



Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville

Escuela Primaria Boones Ferry
Acuerdo de Pago de Pre escolar 2019-2020

PROGRAMA AM o PM DE 5 DIAS /SEMANA
(Tres o cuatro años de edad en o antes del 1ro Setiembre del 2019)

Por favor complete esta forma y retórnela a la oficina de la escuela con un deposito no reembolsable de \$125.00. Por favor haga un cheque pagadero a: **West Linn-Wilsonville School District**. El depósito se aplica al pago del primer mes de colegiatura.

ACUERDO PARA PAGO DE COLEGIATURA

Pago para el año escolar 2019-2010 será un total de \$4,140.00, el cual puede ser realizado usando uno de los dos planes de pago. **Haga cheques pagaderos a: West Linn-Wilsonville School District.**

Opción 1: **Un solo pago** de \$4,140.00 el cual vence el 1er día de escuela.

Opción 2: **9 pagos** en el monto de \$460.00 vence el 1er día de cada mes.

Este primer pago se realiza en la oficina escolar antes del inicio de la escuela. Ud. podría mandar por correo o entregar su cheque a la oficina de la escuela. Siguiendo al pago inicial, una factura le será enviada el 25 de cada mes. Si el pago no es recibido, una 2da notificación de aviso será enviada el día 10 del mes. Si no recibimos el pago al final del mes, el director le contactara para considerar alternativas.

Nombre del estudiante: _____

Yo reconozco que mi deposito no es reembolsable a menos que el Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville no pueda proveer una vacante. Yo entiendo que el depósito será aplicado al pago del primer mes. Yo estoy de acuerdo con los requerimientos de pago como se estableció arriba.

Yo entiendo que la participación en el Programa de Preescolar del Distrito Escolar de West Linn-Wilsonville no es considerado "actualmente registrado" para propósitos de registro abierto K-12 o requerimientos de transferencia Inter-Distrito.

*Por favor tenga en cuenta que conservaremos su depósito hasta que una ubicación haya sido realizada.

Padre o Guardián Legal

Fecha

For office use only:

Received: _____

Name: _____



Oregon Certificate of Immunization Status Oregon Health Authority, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or an exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority, Immunization Program and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority. Please list immunizations in the order they were received.

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Mailing Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Codigo Postal</i>
Parents' or Guardians' Names <i>Nombre de los padres o guardian</i>		Home Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>	

Complete for all
 Up-to-date
 Medical
 Non medical

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.

Signature* _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

For school/facility use only
School/facility Name
Student ID Number
Grade

*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

Continued On Reverse Side



Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

Oregon Health Authority, Immunization Program

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
--------------------------------------	-------------------------------	---	---

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV) (Only in children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

For medical exemptions:
Please submit a letter signed by a licensed physician stating:

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

For Immunity Documentation (history of disease or positive titer): **Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

Nonmedical Exemption:
 I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

A health care practitioner
 The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

<input type="checkbox"/> Diphtheria/ Tetanus/Pertussis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Hib
<input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella	

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Optional:
 ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of:

Religious belief Philosophical belief Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Certificado de Revisión de Salud Visual

Información del estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo
Fecha de Nac.	Genero: M F		

Requisitos de Revisión de Salud Visual

Revisión de visión de estudiante o requerimientos para examen visual.

OAR 581-021-0031

1. Todos los estudiantes de edades 7 o menores ingresando al programa educacional por primera vez deben enviar un certificado de revisión de salud visual dentro de los 120 días del inicio escolar que contenga lo siguiente:

A. Un examen de visión o revisión visual.

B. Cualquier examen o tratamiento necesario o asistencia de poder o rango de la visión del ojo.

2. Revisión de la visión debe ser provista por una persona licenciada por el Departamento de Optometría de Oregón, Departamento medico de Oregón o un practicante de la salud, enfermera escolar, empleado de educación u otra persona que haya completado instrucción de como realizar la revisión de la visión.

3. Certificación de la revisión de la visión no se requiere si el programa educativo recibe un documento que la certificación fue enviada a un proveedor de educación anterior o si las creencias religiosas del estudiante o padre son contrarias a la revisión de visión.

4. El no reunir los requisitos de OAR 581-021-0031 podría resultar en la prohibición del estudiante para asistir a la escuela.

Revisión de visión de estudiante o requerimientos para examen visual.

Nombre del niño:	Fecha de examen:
nombre de la entidad que revisa o examina:	Número telefónico:

Derecho	Izquierdo	Lentes correctivos	Resultados varían ligeramente de límites normales
20/	20/	yes	No
			Resultados no están dentro de los límites normales

Hay alguna instrucción especial?

Firma del medico _____
Fecha

Excepción no mdica

He revisado el requerimiento de revisión o examen ocular para estudiantes de edades 7 o menos que ingresan al programa de educación. Mi niño(a) ha sido criado como un adherente a enseñanzas de religión que se oponen a la revisión o examen ocular y pido que mi niño(a) sea exento a estos requerimientos.

Firma del Padre o guardián _____
Fecha

Documentación de otras entidades educativas

Yo he reunido los requisitos de revisión o examen de visión al proveer la certificación de otra entidad educativa.

Nombre de la entidad educativa: _____

Firma del Padre o guardián _____
Fecha

Firma del padre o guardián

La información provista en esta forma es verdadera y exacta a la fecha.

Firma de padre o guardián _____
Fecha

Formulario de certificación de examen dental

La ley ahora requiere que a un niño de 7 años de edad o más joven se le haga un examen dental antes de ingresar a la escuela por primera vez. (HB 2972 (2015))

SI SU HIJO YA HA RECIBIDO UN EXAMEN DENTAL

Padre o tutor:

- Si usted sabe que a su niño se le hizo ya examen dental, marque la casilla de abajo, rellene esta sección y firmela por favor.
- Si usted no sabe si a su hijo se le hizo un examen dental, por favor haga que un proveedor dental rellene esta sección y que la firme.
- Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo _____ ha recibido un examen dental.
(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Padre o tutor o proveedor dental

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____

PARA QUE SE LE EXCLUYA DEL REQUISITO DE EXAMEN DENTAL

Padre o tutor: Usted puede elegir que su hijo sea excluido de un examen dental debido a una razón de las que mencionamos a continuación. Por favor, rellene y firme esta sección. Luego devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Mi hijo no recibió un examen por lo siguiente: (por favor, marque todas las que aplican):

- Ya hemos presentado un formulario de certificación en una escuela anterior.
- El examen dental es contrario a las creencias religiosas de la familia o del estudiante.
- El examen dental es una carga.

El examen dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:

- (A) El costo de obtener el examen dental es muy alto;***
- (B) El estudiante no tiene acceso a un examinador o;***
- (C) El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador***

Padre o tutor

Escriba el nombre: ✍ _____

Firma ✍ _____ Fecha ✍ _____