



Escuela Elemental de John S. Malcom

32261 Charles Road, Laguna Niguel, CA 92677

Telf: (949) 248-0542 – Fax: (949) 248-7697

Número para reportar las Ausencias: (949) 443-3847 o

vía e-mail: malcomabsence@capousd.org

Queridos Padres/Representantes:

¡Bienvenidos a nuestra escuela elemental de John S. Malcom! El Kindergarten de Transición y Kindergarten es un año muy emocionante tanto para los estudiantes como para las familias. Un mundo completamente nuevo se abre para los estudiantes cada día, trayendo nuevas experiencias y nuevos amigos. Es una base fundamental en la vida de su hijo/a. Su niño/a desarrollará nuevas habilidades, hará nuevos descubrimientos académicos y aprenderá a interactuar efectiva y cooperativamente con sus compañeros.

En Malcom, creemos en la educación integral del estudiante, adoptando dicha responsabilidad con esmero y entusiasmo. Su estudiante inicia su jornada educativa con todo un equipo de apoyo conformado tanto por personal de la escuela como miembros de la familia y la comunidad. Le invitamos a que usted también forme parte de nuestra comunidad participando como voluntario en cualquier capacidad y manteniéndose al día con la información que enviamos a la casa.

Para inscribir a su estudiante, como primer paso deberá completar la inscripción en línea, así como también llenar las planillas que se adjuntan; y luego deberá devolver estas planillas junto con el comprobante de inscripción en línea a nuestra oficina. Estos documentos finalmente formarán parte del archivo acumulativo de su hijo/a. Por favor sea lo más exhaustivo posible para asegurarse de que los archivos escolares de su estudiante sean precisos y completos.

Asegúrese de marcar sus calendarios, el **18 de agosto** es un día especial de orientación para los padres como para los estudiantes. Usted y su estudiante tendrán la oportunidad de conocer al maestro, visitar el aula y participar en algunas actividades. Se proporcionará información más detallada sobre el horario para ese día, antes del comienzo del año escolar.

El primer día completo de clases para los estudiantes del TK & Kindergarten será el miércoles, 19 de agosto

TK: 7:45 am - 11:38 am (Early Bird) o 9:15 am - 1:08 pm (Late Owl) **Kinder:** 7:45 am – 1:55 pm

¡Estamos muy contentos de que se unan a nuestra familia de Malcom y esperamos tener un año maravilloso de aprendizaje y crecimiento!

Atentamente,

Laurie Lowy
Directora de Malcom ES



Distrito Escolar Unificado de Capistrano
Escuela Elemental de John S. Malcom
32261 Charles Rd. Laguna Niguel, CA 92677 - (949) 248-0542

Lista de Requisitos para la Inscripción del Alumno

- **Verificación que ha llenado los documentos vía internet.**
*Asegúrese de incluir a los padres/representantes en la sección de los contactos de emergencia, así como cualquier otro adulto que esté autorizado a recoger a sus hijos en caso de emergencia. **El enlace para la inscripción de alumnos nuevos está en la página de Capistrano Unified School District.***
- **Por favor descargue y rellene las siguientes planillas que también son parte de la inscripción:**
 - 1. Encuesta de la lengua materna (obligatorio)
 - 2. Formulario McKinney-Vento (obligatorio)
 - 3. Información de inscripción (obligatorio)
 - 4. Encuesta sobre el desarrollo y la historia social (obligatorios)
 - 5. Formulario de Salud Bucal (Solo para Kindergarten o 1er grado)
 - 6. Formulario para Familias Indígenas (solo si aplica)
- **Partida de Nacimiento original o el pasaporte original**
- **Verificación de Residencia – Se necesitan dos constancias:**
UN** recibo de (gas, electricidad o agua), **Y UN** – Contrato de Alquiler o Recibo de Pago de Hipoteca. Ambos documentos deben tener el nombre y la dirección del padre/representante y **deben estar vigentes.
BP 5111.1(b)
- **Constancia de Vacunas**

Llame a la oficina para programar una cita para completar el proceso de registro.

(949)248-0542



Escuela Primaria John S. Malcom

32261 Charles Road, Laguna Niguel, CA 92677

INFORMACIÓN DE MATRÍCULA PARA NUEVOS ALUMNOS GRADOS TK - 5

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ GRADO: _____ FECHA
DE NACIMIENTO: _____ NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____
TELÉFONO: _____

¿Su hijo/a tiene un Plan Educativo Individualizado (PEI) vigente o ha participado en alguno de los siguientes programas? (Su hijo/a debe tener un Plan Educativo Individualizado (PEI) vigente. Por favor, adjunte una copia del PEI más reciente de su hijo/a).

- ☐ Programa de Especialista en Recursos (PER)
- ☐ Clase de Día Especial (CDE)
- ☐ Terapia del Habla

¿Adjunté una copia del PEI? (Marque con un círculo)

SÍ

NO

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Su hijo/a tiene alguna necesidad médica (limitaciones, alergias, etc.) que debamos conocer? Por favor, indique cualquier información que la escuela deba saber:

GENERAL

¿Su hijo/a ha participado en un Plan 504? _____

Mi hijo/a repitió el curso _____. Comentarios: _____

¿Hay algún problema de custodia que debamos conocer? _____ Comentarios: _____

(Por favor, adjunte la documentación pertinente)

Por favor, comparta cualquier inquietud sobre el comportamiento de su hijo/a u otra información relevante que ayude a los maestros a conocerlo/a mejor.

¿Tiene disponibilidad para colaborar como voluntario/a en el aula de su hijo/a? _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Escuela Primaria John S. Malcom

Desarrollo e historia social

Nombre del estudiante: _____ M o F

Fecha de nacimiento: _____

¿Su hijo/a asistirá al programa de cuidado infantil de la YMCA? **SÍ** **NO**

Su hijo/a es: **diestro/a** **zurdo/a** **ambos/as**

¿Cuáles considera que son las mayores fortalezas de su hijo/a?

¿Cuáles son los intereses especiales de su hijo/a? Ejemplo: colorear, pintar, leer, construir, mascotas, etc.

¿Tiene alguna inquietud que desee compartir?

¿Su hijo/a ha asistido al preescolar? **SÍ** **NO** ¿Cuánto tiempo?

Escuela y distrito:

Ciudad/Estado:

¿Su hijo/a puede escribir su nombre con mayúsculas y minúsculas? **SÍ** **NO**

¿Su hijo/a puede identificar alguna letra? **SÍ** **NO**

¿Su hijo/a puede identificar algún número? **SÍ** **NO**

(SOLO TK) *Preferiría que su hijo/a fuera: Madrugador/a (Early Bird) o Nocturno/a (Late Owl) *No podemos garantizar la asignación según la preferencia.

¿Qué experiencias importantes, si las hay, ha tenido su hijo/a? (Es decir, un problema en el seno de la familia; la pérdida de un familiar o amigo cercano, un accidente)

(Continúa al dorso)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado	Fecha de Nacimiento	Edad
Fecha de hoy	Escuela a la que está Entrando (CUSD)	Nombre de la Escuela Anterior			Nombre del Distrito Escolar Anterior	

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar a los estudiantes un examen del dominio del inglés. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma determinarán si el dominio del inglés del estudiante debe ser evaluado. 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 cometió un error en las preguntas de esta encuesta del idioma, Ud. puede solicitar una corrección de su respuesta antes de que se evalúe el dominio del inglés de su estudiante.

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? _____

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____



Distrito Escolar Unificado de Capistrano
Ley del Programa McKinney-Vento
Formulario de Declaración (Confidencial) – Obligatorio
CADA ESTUDIANTE DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO

COMPLETE ONLINE



Completar en línea

ID del Estudiante _____

La Ley del Programa **McKinney-Vento** define a los "niños y jóvenes sin hogar" como cualquier persona que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada. Los estudiantes y las familias que comparten vivienda con otras familias debido a dificultades económicas, que viven en refugios, moteles/hoteles, en un carro, parques o en un lugar público que no están diseñados para dormir, un joven solo, un niño migrante, etc., podrían calificar para recibir ciertos servicios. Este formulario ayuda al personal de la escuela en el cumplimiento de los reglamentos legales para la inscripción escolar de los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad para los servicios. La información proporcionada a continuación ayudará al Distrito a determinar qué servicios usted y/o su hijo pueden ser elegibles para recibir. 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.

Escuela: _____ **Grado:** _____

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

Nombre del Padre, Madre o Representante Legal: _____

Dirección/Ubicación Actual: _____

Teléfono de Casa: (_____) **Celular:** (_____) _____

(Por favor marque solamente UNA opción)

- _____ Comparte una casa/apartamento o alquila una habitación con otras personas/familias debido a dificultades económicas, pérdida de vivienda, catástrofe natural, falta de vivienda adecuada o situación similar (residencia compartida)
- _____ Vive temporalmente en un motel / hotel, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, desastre natural, o situación similar
- _____ Vive en un refugio de emergencia, de transición o violencia doméstica
- _____ Vive en un auto, remolque, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado
- _____ Estudiante que **NO** vive con sus padres, representante legal, o alguien a su cuidado (joven solo)
- _____ Ninguno de los anteriores o es dueño/alquila una casa/apartamento permanente (SOLO UNA FAMILIA)

Al firmar este formulario, declaro que la información proporcionada es correcta y exacta.

Firma del Padre/Madre o Representante Legal

Fecha

Su hijo puede tener derecho a:

- Inscribirte inmediatamente en la última escuela a la que asistió (escuela de origen) o en la escuela local en la que se encuentra actualmente, aunque no disponga de todos los documentos normalmente exigidos en el momento de la matrícula.
- Seguir asistiendo a la escuela de origen, si usted lo solicita y ello redunde en beneficio del estudiante.
- Recibir transporte de ida y vuelta a la escuela de origen (entre las opciones disponibles), los mismos programas especiales y servicios, si los necesita, que se proporcionan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas.
- Recibir todas las protecciones y servicios previstos en todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a los niños, jóvenes y sus familias sin hogar



CAPISTRANO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

33122 VALLE ROAD, SAN JUAN CAPISTRANO CA 92675

TELEPHONE: (949) 234-9200/FAX: 496-7681 www.capousd.org

BOARD OF TRUSTEES

LISA DAVIS
PRESIDENT

JUDY BULLOCKUS
VICE PRESIDENT

GILA JONES
CLERK

JENNIFER ADNAMS

KRISTA CASTELLANOS

GARY PRITCHARD, Ph.D.

LISA ZOLLINGER

SUPERINTENDENT
CHRISTOPHER BROWN, Ed.D.

Noviembre 2025

Estimados padres y tutores de los alumnos de kindergarten de transición (TK) y kindergarten:

El comienzo de clases es un acontecimiento muy importante en la vida de su hijo. Todos compartimos la emoción, el entusiasmo e incluso un poco de ansiedad que acompaña al comienzo de la escuela. Una buena salud es un componente vital en la búsqueda del éxito escolar.

INMUNIZACIONES:

La Ley de Inmunización Escolar de California requiere que los niños estén al día con sus vacunas para asistir a la escuela. De acuerdo a la legislación de 2016 (SB277), todos los estudiantes deben proporcionar prueba de vacunación o una exención médica al registrarse, y antes de asistir a la escuela.

A partir del 1 de enero de 2021, sólo las exenciones médicas emitidas por el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR-ME) cumplen con los requisitos. No podemos aceptar notas del médico que NO hayan sido emitidas a través de CAIR-ME, análisis de sangre o títulos, u otra documentación para eximir médicamente las vacunas requeridas. El sitio web CAIR-ME es un sitio seguro para que los médicos emitan y gestionen exenciones médicas estandarizadas para niños en la escuela o en guarderías. Los padres utilizan el mismo sitio para solicitar exenciones médicas de vacunación para sus hijos. Las escuelas y guarderías pueden supervisar y obtener actualizaciones de las exenciones médicas emitidas para los niños que asisten a sus instalaciones. Para más detalles o para solicitar una exención al médico de su hijo, visite <https://cair.cdph.ca.gov/exemptions/home>

Vacuna	4-6 años Escuela Primaria en Kindergarten de Transición y Kindergarten o después
Polio (OPV or IPV)	4 dosis (3 dosis son aceptables si una se administró al cumplir los 4 años o después)
Difteria, Tétano, Tos ferina (DTaP, DTP, DT, o Tdap)	5 dosis de DTaP, DTP, or DT (4 dosis son aceptables si una se administró al cumplir los 4 años o después)
Sarampión, Paperas, y Rubéola (MMR o MMR-V)	2 dosis (Que ambas dosis hayan sido administradas al cumplir un año o después. Sólo se requiere una dosis de vacunas contra las paperas y la rubéola si se administran por separado).
Hepatitis B (Hep B or HBV)	3 dosis
Varicela (viruela, VAR, MMR-V or VZV)	2 dosis (nuevo requisito a partir del 1 de julio de 2019)

EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN KINDERGARTEN:

Código de Educación de California, Sección 49452.8 Requiere que los estudiantes matriculados en una escuela pública en kindergarten, o en primer grado si no han sido matriculados previamente en kindergarten, presenten prueba de haber recibido una evaluación de salud bucodental dentro de los 12 meses de la inscripción inicial. Cada niño necesita una evaluación de salud bucodental de un dentista con licencia u otro profesional de la salud dental con licencia o registrado, y completar el formulario de Evaluación de Salud Bucodental (adjunto a esta carta) para cumplir con este requisito. El informe de la evaluación bucodental debe entregarse a la escuela a más tardar el 31 de mayo del año escolar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos requisitos, no dude en comunicarse con el director de su escuela, la enfermera profesional autorizada o el asistente de salud de su escuela. Para obtener información detallada sobre vacunación, puede visitar el sitio <http://www.shotsforschool.org>. Extendemos nuestros más sinceros deseos de bienestar para usted y su hijo(a), y esperamos fomentar una relación duradera y productiva con su familia.

SERVING THE COMMUNITIES OF:

ALISO VIEJO · COTO DE CAZA · DANA POINT · LADERA RANCH · LAGUNA NIGUEL · LAS FLORES · MISSION VIEJO
RANCHO MISSION VIEJO · RANCHO SANTA MARGARITA · SAN CLEMENTE · SAN JUAN CAPISTRANO

Formulario de evaluación de salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) dice que todos los niños deben tener un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental autorizado en California debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede realizar un chequeo dental para su hijo, complete el formulario separado de Exención del Requisito de Evaluación de Salud Oral.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y preparados para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menor éxito en la vida. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA										
Dirección:			Apto.:										
Ciudad:		Código postal:											
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infancia: A A A A										
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino											
Raza/Etnia del niño:	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Nativo Americano</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano</td><td><input type="checkbox"/> Multirracial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hispano/Latino</td><td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Desconocido</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Otro (especificar)</td><td></td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano												
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial												
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico												
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido												
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)													

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (completada por un profesional dental autorizado en California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de evaluación: MM – DD – AAAA	Caries sin tratar (Presencia de descomposición visible) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Experiencia de caries (Presencia de caries y/o empastes visibles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Urgencia del tratamiento: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> No se encontró ningún problema obvio </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría con selladores o una evaluación adicional) </div> <div style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Atención urgente necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejidos blandos) </div> </div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; padding-top: 20px;"> <div style="width: 40%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"> Firma de un profesional dental autorizado </div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"> Número de licencia de CA </div> <div style="width: 30%; border-top: 1px solid black; text-align: center;"> Fecha MM – DD – AAAA </div> </div>		

*Marque "Sí" para experiencia de caries si hay presencia de caries o empastes sin tratar
Marque "No" para experiencia de caries si no hay caries sin tratar ni empastes

Sección 3: Seguimiento a Urgencias (Rellenado por entidad responsable del seguimiento)

Se notificó a los padres que su hijo necesita atención dental urgente el:		MM — DD — AAAA
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para:		MM — DD — AAAA
¿Recibió el niño el tratamiento necesario?	<input type="radio"/>	Sí
	<input type="radio"/>	No (Si no es así, se recomendará a la entidad responsable del seguimiento que vuelva a comunicarse con los padres)
	<input type="radio"/>	No sé

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a *más tardar* el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se conservará en el expediente escolar del niño.

Exención del requisito de evaluación de la salud bucal

Complete este formulario si necesita excusar a su hijo del requisito de evaluación de salud bucal.
 Firme y devuelva este formulario a la escuela donde se mantendrá confidencial.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – AAAA
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado: ▼	Año en que el niño comienza el jardín de infantes A A A A
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Raza/Etnia del niño:	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Nativo Americano <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Multirracial <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otro (especificar)		

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Para ser completado por el padre o tutor SOLAMENTE SI solicita ser eximido de este requisito

Por favor, excuse a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que mejor describa el motivo):

☐

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo. El plan de seguro dental de mi hijo es:

☐

Medi-Cal

☐

Covered California

☐

Healthy Kids

☐

Ninguno

☐

Otro _____

☐

No puedo costear una evaluación para mi hijo.

☐

No puedo encontrar el tiempo para ir al dentista (por ejemplo, no puedo conseguir tiempo libre en el trabajo, el dentista no tiene un horario de oficina conveniente).

☐

No puedo llegar fácilmente a un dentista (por ejemplo, no tengo transporte, está demasiado lejos).

☐

No creo que mi hijo se beneficiaría de una evaluación.

☐

Otro (especifique el motivo no mencionado anteriormente por el cual solicita una exención de esta evaluación para su hijo):

Si solicita ser eximido de este requisito:



Firma del padre o tutor

MM – DD – AAAA

Fecha

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no será parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información sólo podrá utilizarse para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela.

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

El original se conservará en el expediente escolar del niño.

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela



Por favor traiga el registro de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: mydvr.cdph.ca.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después.

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después.

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan.

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después.

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la **hepatitis A**, la **vacuna contra el COVID-19** y la **vacuna anual contra la influenza (gripe)**. Los preadolescentes y adolescentes también necesitan **las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH)** para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y **las vacunas contra la enfermedad meningocócica**. Obtenga más información sobre las vacunas que su hijo necesita y dónde vacunarse en GetImmunizedCA.org.

ED 506 Form**Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program**

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Expected Graduation Year _____ Name of School _____ District Name _____

Tribal MembershipThe individual with Tribal membership is the (select only one): ☐ child ☐ child's parent ☐ child's grandparentIf the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Full Name _____ Physical Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- ☐ Membership or enrollment number establishing membership (**if readily available**): _____, or
- ☐ Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (*describe and attach evidence, such as birth certificate(s) documenting lineage back to the Tribal member, Tribal certificate letter, Certificate Degree of Indian Blood "CDIB"*). Do not provide social security cards. Description _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____