



Estimados Padres/Tutores de estudiantes nuevos a Imperial Unified—Año Escolar 2026-2027:

El Distrito Escolar de Imperial usa el registro en línea. Para inscribir a su hijo(s) para el año 2026-2027, necesita registrarse en línea.

Padres biológicos o tutores legales con los derechos educativos tendrán acceso a ParentVue.

***Synergy ParentVue: Cuenta Actual – Por favor no crear una cuenta nueva**

Si actualmente tiene una cuenta de Synergy ParentVue (y tiene alumnos actualmente asistiendo el Distrito Escolar) y necesita registrar a sus hijo(s) que entraran por primera vez al Distrito Escolar de Imperial, por favor use su cuenta de ParentVue para registrar a su/s alumno/s. En la parte superior derecha de la página de inicio de ParentVue encontrará "Online Registration." Haga clic allí.



Synergy ParentVue: Cuenta Nueva

Por favor tenga en cuenta que se necesita un correo electrónico. Si actualmente no tiene niños matriculados en el Distrito Escolar de Imperial, necesitará crear una cuenta en Synergy ParentVue en:

https://ca-imperi-psv.edupoint.com/pxp2_oen_login.aspx

Haga clic en "Mas opciones ParentVue y crea una nueva cuenta." Siga los pasos del proceso de creación de cuenta nueva y haga clic en Enviar. Un correo electrónico de confirmación será enviado a su cuenta de correo electrónico que contendrá un enlace que le permitirá completar el proceso de registro.

Proceso de Inscripción: El proceso de registro en línea comienza el 16 de marzo de 2026. Puede enviar los documentos requeridos en línea durante el proceso de registro a partir del 16 de marzo, 2026. Debe proporcionar los documentos que se enumeran a continuación.

Documentos de Inscripción – Los documents deben ser legibles:

- (a) Certificado de nacimiento
- (b) Dos comprobantes actuales de domicilio con **su** nombre y dirección,
- (c) Tarjeta de Registro de Vacunación completa
- (d) Formulario de evaluación de salud oral (alumnos de TK, Kinder y primero)
- (e) Tarjeta de Identificación de padres/tutores
- (f) Boleta de la escuela previa
- (g) Documentos de custodia si corresponde

Debe entregar toda la documentación requerida, de lo contrario la inscripción de su hijo(s) no será completa/aprobada. No se aceptan inscripciones incompletas.

Si tiene más de un niño para inscribir, por favor, inscriba a todos sus estudiantes de inmediato, aunque sean de diferentes escuelas y / o grados, de lo contrario el proceso para inscribir puede demorarse.

Debe inscribirse en la escuela de su residencia. Si desea entregar un formulario Intradistrict para asistir a una escuela primaria fuera de su escuela de residencia, puede entregar la forma en la oficina del Distrito en el 219 North E Street, en Imperial. Las solicitudes se aceptan solo del **1 de abril al 1 de junio**. Se le notificará a finales del verano si ha sido aprobado. Tenga en cuenta que, si se aprueba un Intradistrict, usted acepta que usted será responsable de proveer transporte hacia y de la escuela para su(s) hijo(s).

Si está matriculando estudiantes en diferentes escuelas, debe entregar documentos en cada escuela individual para cada estudiante.

Alumnos de Kinder deben tener los 5 años antes del 1 de septiembre 2026.

Alumnos de TK son elegibles para inscribirse si cumplen los 4 años antes del 1 de septiembre 2026.

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: — —
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal:	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infancia:
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza/Etnia del niño:	☐ Blanco ☐ Nativo Americano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ 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: — —	Caries sin tratar (Presencia de descomposición visible) ☐ Sí ☐ No	*Experiencia de caries (Presencia de caries y/o empastes visibles) ☐ Sí ☐ No
Urgencia del tratamiento: ☐ No se encontró ningún problema obvio ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor ni infección; o el niño se beneficiaría con selladores o una evaluación adicional) ☐ Atención urgente necesaria (dolor, infección, hinchazón o lesiones de tejidos blandos)		
_____ Firma de un profesional dental autorizado Número de licencia de CA Fecha		

*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:	— —
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para:	— —
¿Recibió el niño el tratamiento necesario?	☐ Sí ☐ No (Si no es así, se recomendará a la entidad responsable del seguimiento que vuelva a comunicarse con los padres) ☐ 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: _ _ - _ - _
Dirección:			Apto.:
Ciudad:		Código postal: 	
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado: 	Año en que el niño comienza el jardín de infantes
Nombre del padre/tutor:	Apellido del padre/tutor:	Género del niño ☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza/Etnia del niño:	☐ Blanco ☐ Nativo Americano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Multirracial ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Asiático ☐ Desconocido ☐ 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 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.