

Registración para un Estudiante Nuevo 2026-2027

Bienvenido al Distrito Escolar Elemental Woodside!

Paso 1 Pre-registración Reúna los documentos siguientes, son requeridos.

*Por favor traiga el original y una copia.

- Formulario de Registro** (ver adjunto)
- Acta de nacimiento del estudiante o pasaporte**
- Identificación con foto del Padre/Guardián** (licencia de conducir, ID del estado o pasaporte)
- Registro de Vacunas del Estudiante- Actualizado.**
- Prueba de Residencia (3 documentos requeridos)**
 1. *Si es Propietario:* Factura actual de los impuestos de la propiedad o Escrituras de la propiedad
Si Renta: Contrato de Renta firmado. * El contrato de renta debe ser renovado anualmente. La casa debe ser la residencia principal de la familia. *Si ninguna de las dos opciones describen su situación contacte a Elvira Ramirez Martinez y también
 2. **2 Recibos de los servicios públicos** por ejemplo, Electricidad (PG&E), agua o Basura
- Si el estudiante tiene un IEP o Plan 504, por favor proveer una copia del IEP más reciente o plan 504**
- Boleta de calificaciones y/o resultados de la prueba estandarizada para los grados 1-8 (opcional)**

* *El personal de Distrito retendrá una copia de los documentos ofrecidos como prueba de residencia. Además, el personal del distrito puede verificar anualmente la residencia del estudiante y retener una copia de los documentos adicionales ofrecidos como verificación. La familia debe notificar al personal del distrito si hay un cambio de domicilio.*

Paso 2 Venga a la Oficina del Distrito Woodside, 3195 Woodside Rd. Woodside, para entregar los documentos a partir del **9 de Enero, 2026**. Horario de la Oficina es **8:00 am a 3:45 pm (por favor llegue antes de las 3:30pm)**.

Paso 3 Complete la registración del estudiante por internet. Una vez que los papeles son entregados, usted recibirá un correo electrónico con un enlace para completar la registración. Los enlaces serán enviados el 1 de Mayo **La registración no está completa hasta que la porción en línea de la registración sea sometida.** El correo electrónico con el enlace para la registración será enviado por noreply@noreply.infosnap.com. Por favor, revise su carpeta de SPAM si usted no recibe el email.

Paso 4 Solo para Familias de TK o Kinder

- Por favor vaya al sitio web **myconferencetime.com/woodside/** y registrese para una entrevista hacia el Kinder. Las fechas estarán disponibles en agosto. La información será enviada a los padres que completen los pasos del 1 al 3 de la registración.
- Programe un examen físico para su hijo/a y que el pediatra complete el formulario adjunto de **Reporte de Examen de Salud para Entrada a la Escuela.** Este formulario puede ser entregado en la oficina de la escuela o cargado en el sistema de registración en línea antes del primer día de clases.

¿Preguntas? Comuníquese con Elvira Ramirez Martinez: elviramartinez@woodsideschool.us o (650) 851-1571 ext. 4002

Enero 9	8:00 AM	Comienza la Registration para el año escolar 2026-2027
Enero 19		Oficina cerrada – Día feriado Martin Luther King Jr. Day
Enero 29	8:30 AM	Orientacion de Kinder – Salon Wildcats
Enero 30	8:45 AM	Orientacion del Kinder Transicional – Salon Wildcats
Feb. 16-20		Oficina cerrada – Día feriado -Presidents' Week
Abrial 6-10		Oficina cerrada – vacaciones de la primavera - Spring break
Mayo 25		Oficina cerrada – Día feriado - Memorial Day
Junio 15		Oficina abierta – Durante los horarios del verano
Agosto	Sera Determinado	Conoce y Saluda al equipo – Para estudiantes de TK y K



3195 Woodside Road Woodside, CA 94062
Office: 650.851.1571 Fax: 650.851.5577

Formulario de Registro 2026-2027

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** M F **Nivel de Grado:** _____

Calle: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono del Hogar: _____

Nombre de P/Madre 1 : _____ **Celular de P/Madre:** _____

Nombre del P/Madre 2: _____ **Celular del P/Madre:** _____

Correo Electrónico de P/Madre1: _____

Correo Electrónico Email del P/Madre2: _____

Solo para uso del Distrito

ID Estudiante: _____ Infosnap: _____ Email Enviado: _____
Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

grados K-12

(incluyendo kínder de transición)

Grado	Número de dosis requeridas de cada vacuna ^{1, 2, 3}				
Admisión a K-12 °	4 Polio⁴	5 DTaP⁵	3 Hep B⁶	2 MMR⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para K-12°	+ 1 Tdap			
Paso a 7º grado ^{9,10}	1 Tdap⁸				

1. Los requisitos para la admisión 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 DTaP.
3. Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
4. 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. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan. (Las dosis de la vacuna inactivada contra la polio [IPV] sí cuentan).
5. 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 administradas al cumplir los siete años de edad o después también cuentan para el requisito de K-12°.
6. Para la admisión a 7º grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
7. 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.
8. Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tosferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
9. Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o más necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7º grado.
10. El requisito anterior de dos dosis de la vacuna contra la varicela para el paso al séptimo grado venció el 30 de junio de 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

Instrucciones:

Se requiere que las escuelas en California comprueben los registros de vacunación de todos los nuevos alumnos admitidos a kínder de transición (TK)/kindergarten hasta 12º grado y todos los alumnos que pasan a 7º grado antes de ingresar. Consulte shotsforschool.org para obtener más información.

Admita 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*.

Calendario de admisión condicional para grados K-12

Antes de ser admitido, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

Dosis	Lo más temprano que se puede dar	Excluir si no se ha dado
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualizar la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

En el caso de un alumno trasladado de otra escuela en los Estados Unidos, cuyo registro de vacunación aún no se ha recibido en el momento de admisión, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el registro de vacunación al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.



¿Tiene preguntas?

Vea el “California Immunization Handbook”
(en inglés) en
ShotsForSchool.org

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, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera 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)	/ /
Evaluacion 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
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

y

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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)

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 parent/madre o guardián _____ Fecha _____

*de ser indicado

Firma del examinador de salud _____ Fecha _____

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 Jovenes (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), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Carta de notificación sobre la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)
Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Notification Letter

Estimado parente, madre o tutor:

Tener una boca sana ayuda a que su hijo tenga un buen desempeño en la escuela. Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, la sección 49452.8 del Código de Educación de la ley de California exige que a todos **los estudiantes de escuelas públicas que estén en el kínder de transición (Transitional Kindergarten, TK) o en el kínder** se les realice una evaluación de salud bucal llamada Evaluación de Salud Bucal (Kindergarten Oral Health Assessment, KOHA). El formulario necesario para la KOHA se adjunta a esta carta. Un dentista con licencia o un profesional dental debe llenar este formulario. *Si su hijo está en primer año y no asistió a una escuela pública en TK o en el kínder, también debe hacerse la evaluación.*

La KOHA solo debe hacerse una vez. El formulario debe entregarse en la escuela de su hijo lo antes posible durante el año escolar. Puede llenarse en el consultorio del dentista de su hijo. O bien, muchas escuelas en el condado de San Mateo ofrecen la KOHA en la escuela sin costo. La escuela de su hijo le informará si ofrecerán la KOHA.

Si no puede llevar a su hijo al dentista, o si su hijo no pudo acudir a la KOHA sin costo que se ofrece en su escuela, visite nuestra página web aquí para obtener ayuda para encontrar un dentista:
<https://www.smchealth.org/accessing-oral-health-care>.

O bien, puede llenar el formulario independiente **Exención del Requisito de Evaluación de Salud Bucal en el Kínder (adjunto a esta carta)** y entregarlo en la escuela de su hijo. Puede obtener copias de todos estos formularios en la escuela de su hijo.

La identidad de su hijo no aparecerá en ningún informe. Las escuelas mantienen la privacidad de la información de salud de los estudiantes.

Si su hijo no tiene seguro médico o dental:

Comuníquese con la **Unidad de Cobertura de Salud** del condado de San Mateo llamando al número gratuito: **1-800-223-8383**.



Número local: **650-616-2002**.

Correo electrónico: info-hcu@mscgov.org.

Visite el sitio web: <http://www.smchealth.org/health-insurance>.

Para encontrar un proveedor dental que acepte el Plan de Salud de San Mateo Dental (Health Plan of San Mateo, HPSM)



Llame a la **Línea Dental del Plan de Salud de San Mateo**: 650-616-1522.

Correo electrónico: Dental@hpsm.org.

Visite la página web del HPSM Dental: <https://www.hpsm.org/member/hpsm-dental>

Para encontrar un proveedor dental que acepte el Kaiser Foundation Health Plan:

Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental:

1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922).

Visite la página web de Medi-Cal Dental (Smile, California):

<https://smilecalifornia.org/find-a-dentist/>.



Para obtener información y recursos adicionales sobre la salud bucal:

Visite el sitio web del Programa de Salud Pública Bucal: <http://www.smchealth.org/oral-health>.

¡Queremos que su hijo esté sano y listo para la escuela! Estos son algunos consejos importantes para ayudar a su hijo a mantenerse sano:

- Los dientes de leche son muy importantes, aunque se caigan. Los niños necesitan unos dientes de leche sanos para comer, hablar, sonreír y sentirse bien con ellos mismos. Los niños con caries pueden tener dolor, dificultad para comer, dejar de sonreír y tener problemas para poner atención y aprender en la escuela.
- Lleve a su hijo al dentista **cada seis meses, a partir de la aparición de su primer diente de leche**. Los chequeos dentales pueden ayudar a mantener la boca de su hijo saludable y sin dolor, y son gratuitos (están cubiertos) gracias a los planes de seguro dental.
- Elija alimentos y bebidas saludables para toda la familia, como frutas y vegetales frescos, agua y leche.
- Ayude a su hijo a cepillarse los dientes al menos 2 veces al día con una pasta dental que contenga flúor durante 2 minutos y use hilo dental todos los días.
- Limite el consumo de golosinas y bebidas dulces, como jugos o refrescos. Las bebidas dulces y las golosinas contienen mucha azúcar, lo que causa caries y reducirá las probabilidades de que su hijo consuma alimentos y bebidas saludables. Las bebidas dulces y las golosinas también pueden causar problemas de peso, lo que puede causar otras enfermedades, como la diabetes.
- **El fluoruro** es un mineral importante que su hijo necesita ya que hace que los dientes sean más fuertes y los protege de las caries. Este se encuentra en cantidades seguras en el agua potable y la pasta de dientes. Su dentista puede recomendar que su hijo también reciba **tratamientos de fluoruro, como “barniz de fluoruro”**. El barniz de fluoruro no causa dolor y se aplica en los dientes. Si su familia bebe agua embotellada principalmente, es posible que su hijo no esté recibiendo el suficiente fluoruro del agua para proteger sus dientes. **Los tratamientos con fluoruro son servicios gratuitos cubiertos por Health Plan of San Mateo (HPSM) Dental cada 6 meses, o con una frecuencia mayor si su hijo tiene mayor riesgo de tener caries.**
- **Los “selladores”** son cubiertas (“sellos”) transparentes y que no causan dolor, que se colocan en los dientes traseros permanentes de su hijo (molares). Se recomiendan para todos los niños porque protegen los dientes de bacterias perjudiciales y caries, y duran varios años. **Los selladores están cubiertos por el seguro para niños.**

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la escuela de su hijo. ¡Gracias!

**Formulario de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten):
Condado de San Mateo**

Kindergarten Oral Health Assessment Form: San Mateo County

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) establece **que todos los alumnos del kínder (Kindergarten) inscritos en una escuela pública y cualquier niño inscrito en primer grado que no haya asistido a la escuela pública el año anterior, deberán realizarse un chequeo dental (evaluación)**. Los estudiantes del kínder de transición (TK) también pueden completar la evaluación. El formulario debe entregarse en la escuela de su hijo lo antes posible durante el año escolar. Un profesional dental autorizado de California debe realizar la evaluación y completar las secciones 2 y 3 de este formulario. Si su hijo tuvo una evaluación dental en los últimos 12 meses, pida a su dentista que complete la sección 2 y la sección 3. Para encontrar un proveedor dental en el condado de San Mateo, visite: www.smchealth.org/accessing-oral-health-care. Si no puede obtener una evaluación dental para su hijo, llene el formulario de exención del requisito de evaluación de salud bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se usará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con seguridad, expresarse, y estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal ha estado relacionada con un menor desempeño escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Por esta razón, le agradecemos que contribuya a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Nombre y Apellido del Menor (Child's First and Last Name): _____ **Inicial del segundo nombre: (Middle Initial):** _____

Fecha de nacimiento del menor (Child's Birth Date): _____

Nombre y Apellido del padre, madre, tutor (Parent/Guardian First and Last Name): _____

Dirección del menor (Child's Address): _____

Ciudad (City): _____ **Código postal (Zip Code):** _____

Género del menor (Child's Gender): Niño (Boy) Niña (Girl)

No binario (Nonbinary)

Raza/origen étnico del menor (Child's Race/ Ethnicity): Asiático (Asian) Blanco (White) Hispano/Latino (Hispanic/ Latino)
 Indígena estadounidense (Native American) Multirracial (Multi-racial) Negro/Afroestadounidense (Black / African American) Nativo de Hawái/islas del Pacífico (Native Hawaiian / Pacific Islander)
 Desconocido (Unknown) Otro (especifique) Other (please specify): _____

Nombre de la escuela (School Name): _____

Nomber del maestro (Teacher Name): _____ **Grado (Grade):** _____

Año en el que el menor empieza el kínder (Year child starts kindergarten): _____

Información del hogar dental (Dental Home Information):

¿Cuál es el seguro dental de su hijo? (What is your child's dental insurance?)

Plan de Salud Dental de San Mateo (HPSM Dental) Plan de Salud de la Fundación Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan)
 Otro (Other): _____ Ninguno (None)

¿Cuántas veces al año visita su hijo al dentista? (How many times a year does your child visit the dentist?)

Una vez (Once) Dos veces (Twice) Mas de dos veces (More than twice)

¿Ha visitado su hijo al mismo dentista al menos una vez al año durante los últimos dos años seguidos? (Has your child visited the same dentist at least once a year for the past two years in a row?) Sí (Yes) No

Nombre de la clínica dental (Dental clinic name): _____

Ciudad de la clínica dental (Dental clinic city): _____

Nombre del dentista (Dentist name): _____

Número de teléfono del dentista (Dentist phone number): _____

Nombre del menor (Child's name): _____ **Grado** (Grade): _____

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

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional). **IMPORTANT NOTE FOR DENTAL PROVIDERS:** Caries experience is both past treatment (e.g., fillings, crowns) **and /or** untreated decay at the present time (e.g., untreated cavities). Every child with untreated decay automatically also has caries experience for the purposes of this assessment.

Fecha de la evaluación (Assessment date): _____

Ubicación de evaluación (Assessment location, e.g. school, dental clinic, community event): _____

Caries sin tratar (deterioro visible presente) (Untreated decay: Visible decay, untreated cavities):

Sí (Yes- if "Yes," caries experience below is automatically also "Yes") No

Experiencia de caries (caries visibles y/o empastes presentes) (Caries Experience: Untreated decay and/or past treatment, e.g. fillings, crowns):

Sí (Yes) No

Urgencia del tratamiento (Treatment Urgency: check **only one** of the 3 options provided. *If "Urgent care needed" is checked, complete Section 3 below. Do not complete Section 3 if "No obvious problem found" or "Early dental care recommended" is checked).

- 1. **No se encontró ningún problema obvio** (No obvious problem found)
- 2. **Se recomienda atención dental temprana** (Early dental care recommended. Check all that apply):
 - Caries sin dolor ni infección (Caries without pain or infection)
 - Al niño le beneficiaría el uso de selladores (Child would benefit from sealants)
 - Al niño le beneficiaría una evaluación adicional (Child would benefit from further evaluation)
- 3. **Atención de urgencia necesaria*** (*Urgent care needed. Check all that apply. Then complete as much of Section 3 below as possible.)
 - Dolor (Pain)
 - Infección (Infection)
 - Hinchazón (Swelling)
 - Lesiones en el tejido suave (Soft tissue lesions)

***Sección 3: Seguimiento a Atención de Urgencia- Solo para los niños con "Atención de urgencia necesaria" marcado en "Urgencia del tratamiento" arriba.** (*Section 3: Follow up **only** for children with "Urgent care needed" marked under "Treatment Urgency" above. Dental provider fills out as much as known and signs. School staff/ other individual responsible for additional follow-up fills out rest of Section 3).

Se notificó a los padres que el menor tiene necesidades urgentes de atención dental el (fecha): _____
(Parent/caregiver notified child has urgent dental care needs on (date))

Se programó una cita de seguimiento para este menor para el (fecha): _____
(Follow-up appointment for child with urgent dental care needs scheduled for (date))

El menor recibió el tratamiento necesario: (Child with urgent dental care needs received needed treatment. Check **only one** of the options below. *If "No" or "I Don't Know," the individual responsible for follow-up is encouraged to contact the parent/caregiver to assist in getting the child to care, and to confirm the child received needed treatment):*

- Sí (Yes)
- No*
- No lo sé* (I Don't Know)

Firma de profesional dental autorizado

Licensed dental professional signature

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela. Devuelva este formulario a la escuela *antes del fin* del primer año escolar de su hijo. **El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school. **Return form to the school *no later than* by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**

Número de licencia de CA

CA License Number

Fecha

Date

Exención del requisito de evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten)
Waiver of Kindergarten Oral Health Assessment (KOHA) Requirement

Llene este formulario si necesita que se exente a su hijo del requisito de la evaluación de salud bucal para alumnos del kínder (Kindergarten). Firme y devuelva este formulario a la escuela, donde se mantendrá confidencial.

Please fill out this form if you need to excuse your child from the kindergarten oral health assessment requirement. Sign and return this form to the school where it will be kept confidential.

Sección 1: Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Nombre del menor: / <i>Child's name:</i>	Apellido: / <i>Child's last name:</i>	Inicial del segundo nombre/ <i>Middle initial:</i>	Fecha de nacimiento del menor: / <i>Date of birth:</i> MM – DD – AAAA
Dirección: / <i>Address:</i>			Dept.: / <i>Apt:</i>
Ciudad: / <i>City:</i>		Código postal: / <i>Zip code:</i>	
Nombre de la escuela: / <i>Name of school:</i>	Maestro: / <i>Teacher:</i>	Grado: / <i>Grade:</i>	Año en el que el menor empieza el kínder: / <i>Kindergarten year:</i> A A A A
Nombre del parent/madre/tutor: / <i>Parent, guardian first name:</i>	Apellido parent/madre/tutor: / <i>guardian last name:</i>	Género del menor: / <i>Child's gender:</i> Parent,	<input type="radio"/> Niño/ Boy <input type="radio"/> Niña/ Girl <input type="radio"/> No binario/ Nonbinary
Raza/origen étnico del menor: / <i>Child's race/ethnicity:</i>			
<input type="radio"/> Asiático / Asian <input type="radio"/> Blanco / White <input type="radio"/> Hispano/Latino / Hispanic/ Latino <input type="radio"/> Indígena estadounidense / Native American <input type="radio"/> Multirracial / Multi-racial <input type="radio"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico / Native Hawaiian/ Pacific Islander		<input type="radio"/> Negro/Afroestadounidense / Black/ African American <input type="radio"/> Desconocido / Unknown <input type="radio"/> Otro (especifique) / Other (please specify): <input type="text"/>	

Continúa en la siguiente página / Continued on the next page

Sección 2: Debe ser completada por el padre, la madre o el tutor SOLO SI se está solicitando la exención de cumplir este requisito.

Section 2: To be filled out by parent or guardian ONLY IF asking to be excused from this requirement

Solicito que se exente a mi hijo de la evaluación porque (marque la casilla que describa mejor la razón): /
Please excuse my child from the assessment because (check the box that best describes the reason):

<input type="checkbox"/>	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: / I cannot find a dental office that will take my child's dental insurance plan. My child's dental insurance plan is: <input type="checkbox"/> Plan de Salud de San Mateo/ Health Plan of San Mateo Dental <input type="checkbox"/> Plan de Salud de la Fundación (Kaiser) / Kaiser Foundation Health Plan / Kaiser <input type="checkbox"/> Ninguno / None <input type="checkbox"/> Otro: / Other:
<input type="checkbox"/>	No puedo pagar la evaluación de mi hijo / I cannot afford an assessment for my child.
<input type="checkbox"/>	del consultorio del dentista no le resulta práctico) No dispongo de tiempo para acudir a un dentista (por ejemplo, no puede faltar al trabajo, el horario / I cannot find the time to get to a dentist (e.g., cannot get the time off from work, the dentist does not have convenient office hours).
<input type="checkbox"/>	No tengo acceso fácil a un dentista (por ejemplo, no tiene transporte, está ubicado muy lejos) / I cannot get to a dentist easily (e.g., do not have transportation, located too far away).
<input type="checkbox"/>	No creo que a mi hijo le beneficie una evaluación / I do not believe my child would benefit from an assessment.
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique la razón no mencionada arriba por la cual solicita que se exente a su hijo de presentar esta evaluación): / Other (please specify the reason not listed above for why you are seeking a waiver of this assessment for your child):

Si solicita que se le exente de cumplir este requisito / If asking to be excused from this requirement:

MM – DD – AAAA

Firma del parent, madre o tutor / Signature of parent or guardian

Fecha / Date

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. Gracias a esta ley, el nombre de su hijo no formará parte de ningún informe. Esta información solo se puede usar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame a la escuela. **Devuelva este formulario a la escuela a más tardar al final del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario se guardará en el registro escolar del menor.**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school. **Return this form to the school no later than by the end of your child's first school year. Original to be kept in child's school record.**