

**New Elementary Students  
2020-2021**



Estimados Padres/Tutores de estudiantes nuevos a Imperial Unified—Año Escolar 2020-2021:

En un esfuerzo para hacer el registro de estudiante(s) fácil y conveniente, el Distrito Escolar de Imperial ha implementado el registro en línea. Para inscribir a su hijo(s) para el año 2020-2021, necesita registrarse en línea.

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

**Synergy ParentVue: Cuenta Nueva**

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

[https://sdhome.sdcoe.net/imperial/Login\\_Parent\\_OEN.aspx](https://sdhome.sdcoe.net/imperial/Login_Parent_OEN.aspx)

Haga clic en "Mas opciones ParentVue y Cree 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.

**Synergy ParentVue: Cuenta Actual**

Si actualmente tiene una cuenta de Synergy ParentVue ( y tiene alumnos que actualmente están matriculados en el Distrito Escolar) y necesita registrar a sus hijo(s) que entraran por primera vez al Distrito Escolar de Imperial, puede iniciar sesión a partir del 26 de febrero, 2020. Simplemente use su nombre de usuario y contraseña de su cuenta de Parentvue en [https://sdhome.sdcoe.net/imperial/Login\\_Parent\\_OEN.aspx](https://sdhome.sdcoe.net/imperial/Login_Parent_OEN.aspx) y siga las instrucciones. Por favor no cree una cuenta nueva.

**Proceso de Inscripción:** Si no tiene acceso a una computadora con acceso al Internet, la escuela tendrá dos computadoras disponibles durante el proceso de registro con horario de 9 a.m. a 11 a.m. y de 1 p.m. a 3 p.m. a partir del 2 de marzo del 2020.

El proceso de registro en línea requerirá que visite la oficina de su escuela y proporcionar los siguientes documentos después de haber registrado en línea, comenzando el 26 de febrero de 2020 durante el registro de las horas 9 a.m. a 11 a.m. y 1 p.m. a 3 p.m.

Documentos de Inscripción:

- (a) Certificado de nacimiento
- (b) Dos comprobantes de domicilio **actual** con **su** nombre y dirección, **sólo originales**
- (c) Tarjeta de Registro de Inmunización completa o una copia
- (d) Examen físico (alumnos de TK, Kinder y Primero); y
- (e) Formulario de evaluación de salud oral (alumnos de TK, Kinder y primero)
- (f) Tarjeta de Identificación de padres/tutores

**Debe entregar toda la documentación requerida a la vez,** de lo contrario la inscripción de su hijo(s) no será completa/aprobada.

**No se aceptan paquetes de inscripción 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 enviar un formulario Intradistrict para asistir a una escuela primaria fuera de su escuela de residencia, puede recoger y entregar el formulario en la oficina del Distrito entre el 1 de abril y el 1 de junio. Se le notificará a finales del verano si se ha aprobado. Tenga en cuenta que si se aprueba un Intradistricto, usted acepta que usted será responsable de proveer transporte hacia y desde la escuela para su(s) hijo(s). Si está matriculando estudiantes en diferentes escuelas, debe entregar documents en cada escuela individual para cada estudiante.

# 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, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

## PARTÉ I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

DOMICILIO—Número y Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Zona Postal \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

## PARTÉ 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.

### 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.

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)	/ /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTaP/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis (los 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					
OTRA					

## PARTÉ III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

**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)

## PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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 padre/madre o guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio, y teléfono del examinador \_\_\_\_\_

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 Jóvenes (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).*

# IMPERIAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT

219 N.E. Street, Imperial, CA 92251

[iusd.imperial.k12.ca.us](http://iusd.imperial.k12.ca.us)

(760) 355-3200 (760) 355-4511 (fax)

## Evaluación de Salud Oral

Estimado Padre, Madre o Tutor:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un examen dental para su hijo antes del 31 de mayo en su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kinder. Los exámenes dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Formulario De Evaluación De La Salud Bucal) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo/a para un examen dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo o en la página Web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/hc/hn>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no será señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. **Medi-Cal/Denti-Cal**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, póngase en contacto con la agencia local de servicios sociales en Department of Social Services 2995 South Fourth Street, Suite 105, El Centro, CA 92243, o al (760) 337-6800 o (<http://co.imperial.ca.us/icdss/DSS%20Annual%20Report%202009.htm>).
2. **Healthy Families**, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.
3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, póngase en contacto con el departamento local de salud pública en Imperial County Public Health Department (ICPHD) 935 Broadway, El Centro, CA 92243 (760) 482-4438 o en <http://www.icphd.org/>.

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si no tiene buena salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.
- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.
- Limite las sodas y los dulces. Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, y causa las caries y reemplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para tener una buena autoestima. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de prestar atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Atentamente,

Bryan Thomason  
Superintendente

**Imperial Unified School District**  
**Formulario de evaluación de la salud bucal**

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

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

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

**Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California**  
**[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional) NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla. [IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]**

Fecha de la evaluación:  [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience]  (Caries visibles y/o empastes presentes)  (Visible decay and/or fillings present)  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes:  [Visible Decay Present:]  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]	
Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature]			Número de matrícula de CA CA License Number	Fecha Date]

**Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental**

**Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.**

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que 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/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: \_\_\_\_\_

Si pide ser eximido de este requisito: ► \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

egrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.  
original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

Instruction

E(2) 6163.4(a)

**STUDENT USE OF TECHNOLOGY**

**IMPERIAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
ACCEPTABLE USE POLICY APPLICATION**

School Site or Office \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

User's full name (please print): \_\_\_\_\_

Check one:    Administrator    Staff    Student    Guest

(Students must have their parent/guardian AND a sponsoring teacher sign this form)

When your account is established you will be notified of your log on name and user password.

This contract must be returned to \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ prior to the opening of a member's account. A copy should be retained by the user/parent.

**USER:** I understand and will abide by the above terms and conditions of this contract. I understand that any violation of the regulations of the contract may result in disciplinary action, the revoking of my user account, and appropriate legal action. Should I commit any violation, I am subject to the consequences as stated in Section I of this contract. I also agree to report any misuse of the information system to the Imperial Unified School District system operator. Misuse can come in many forms, but can be viewed as any messages sent or received that indicate or suggest pornography, unethical or illegal solicitation, racism, sexism, inappropriate language, and other issues described in the contract. All the rules of conduct described in the Governing Board Policies of the Imperial Unified School District apply when I am on the network.

User Name (please print): \_\_\_\_\_

User Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARENT OR GUARDIAN** (If you are under the age of 18, a parent or guardian must also read and sign this agreement): As the parent or guardian of this student I have read the terms and conditions of this contract. I understand that access to computer resources is designed for educational purposes and that the Imperial Unified School District has taken available precautions to eliminate controversial material. However, I also recognize it is impossible for the school district to restrict access to all controversial materials on the Internet or to monitor all materials being placed on a computer system by its users. I will not hold the Imperial Unified School District responsible for materials acquired on the Internet or for controversial materials that have been placed on a computer system without the permission of the system administrator. Further, I accept full responsibility for supervision if and when my child's use is not in a school setting. I hereby give permission to issue an account for my child and certify that the information contained on this form is correct.



Parent or Guardian's Name (please print): \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_

**SPONSORING TEACHER** (Must be signed if the applicant is a student): I have read the terms and conditions of this document and agree to promote this agreement with the student. Because the student may use the network for individual work or in the context of another class, I cannot be held responsible for the student use of the network. As the sponsoring teacher I do agree to instruct the student on acceptable use of computer resources and proper network etiquette.

Teacher's Name (please print): \_\_\_\_\_

Teacher's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_