

**USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)***

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>
Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	Gender <i>Genero</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Main Phone # <i>teléfono principal</i>
Residence Address <i>Dirección de residencia</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Mailing Address <i>Dirección de envío</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
		ZIP <i>código postal</i>

**INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED *INFORMACIÓN DE LA ESCUELA QUE ATENDIO ANTERIORMENTE***

School name <i>Nombre de escuela</i>	Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>código postal</i>
School Phone <i>Teléfono de la escuela</i>	School Fax <i>Escuela Fax</i>			
Student's Birthplace City <i>Ciudad de Nacimiento</i>	State <i>Estado</i>	County <i>Condado</i>		
Month/Year first enrolled in US school <i>Mes/año primero matriculado en la US escuela</i>	In CA school <i>En California escuela</i>			

**SPECIAL SERVICES *Servicios especiales***  
 What special services has your child received?  
*¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo?*

<b>Special Ed <i>Educación especial</i></b>	<b>Other <i>Otro</i></b>
<input type="checkbox"/> Resource (RSP) <i>Recurso (RSP)</i>	<input type="checkbox"/> Gifted (GATE) <i>Dotado (GATE)</i>
<input type="checkbox"/> Special Day Class (SDC) <i>Clase de Día Especial (SDC)</i>	<input type="checkbox"/> Intervention (reading/math) <i>Intervención (Leyendo/mates)</i>
<input type="checkbox"/> Speech/Language <i>Habla / Lenguaje</i>	<input type="checkbox"/> Counseling <i>Asesoramiento</i>
<input type="checkbox"/> IEP or 504 <i>IEP o 504</i>	<input type="checkbox"/> EL development <i>Desarrollo del idioma inglés</i>
	<input type="checkbox"/> Attended EESD Preschool <i>Asistió a EESD Preescolar</i>

**ETHNICITY** with which the student most closely identifies  
*ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica*

Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race  
*Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza*

Not Hispanic or Latino  
*No hispano o Latino*

**RACE RAZA:** Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Selecciona hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*  
 (Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)

Chinese (201) *Chino*

Japanese (202) *Japonés*

Korean (203) *Coreano*

Vietnamese (204) *Vietnamita*

Asian Indian (205) *Asiático Indio*

Laotian (206) *Laosiano*

Cambodian (207) *Camboyano*

Hmong (208) *Hmong*

Other Asian (299) *Otro Asiático*

Hawaiian (301) *Hawaiano*

Guamanian (302) *Guamanio*

Samoan (303) *Samoano*

Tahitian (304) *Tahitiano*

Other Pacific Islander (399) *Otros Isleño del pacifico*

African American or Black (600) *Afroamericano o negro*

White (700) *Blanco*  
 (Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

**IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? *¿en el hogar de los estudiantes, se hablan otros idiomas aparte del inglés?***

YES *SÍ*

NO *NO*

If YES, what language and what family members?  
*Si es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Tutor (Apellido, Nombre)*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian (Last, first) *Padre/Tutor (Apellido, Nombre)*

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian Residence *Residencia de la madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian Residence *Residencia del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Mailing Address *Dirección de envío*

\_\_\_\_\_  
 Mailing Address *Dirección de envío*

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian email *Correo electrónico de la madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian email *Correo electrónico del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian primary phone *Telefono principal de la madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian primary phone *Telefono principal del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian Employer *Empleador de la madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian Employer *Empleador del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo de la madre/tutor*

\_\_\_\_\_  
 Father/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo del padre/tutor*

**WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE?** *¿Con qué adultos vive el estudiante?*  Shared custody *Custodia compartida*  
 Father *Padre*  Mother *Madre*  Step-father *Padrastra*  Step-mother *Madrastra*  Guardian *Tutor*  Other *Otro*

**EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN**

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, seleccione el nivel educativo apropiado para el padre/tutor a continuación:*

- Non high school graduate *No graduado de preparatoria*
- High school graduate *Graduado de preparatoria*
- Some college (includes AA) *Un poco de Universidad (incl. AA)*
- College graduate *Graduado de la Universidad*
- Post-Grad/Higher *Escuela de posgrado/formación post grado*
- Decline to state *Declinar declara*

**LEGAL ALERT ALERTA LEGAL**

**YES SÍ** Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*

**NO NO**

- Restraining order *Orden de restricción*
  - Custody order *Orden de custodia*
  - Adoption *Adopción*
  - Name change *Cambio de nombre*
  - Other *Otro* \_\_\_\_\_
- IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**

EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: \_\_\_\_\_  
 FECHA EFECTIVA: \_\_\_\_\_

**MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR**

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty?  YES  NO  
*¿Esta el padre/tutor en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo?*  SÍ  NO

**I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.**

***Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y el comunicado para volver a las escuelas públicas.***

**FORM CONTINUES ON NEXT PAGE**

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
 Date *Fecha*

**OFFICE USE ONLY:** Date Entered \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Bus Stop AM \_\_\_\_\_ Bus Stop PM \_\_\_\_\_  
 Birth Verification: Birth cert/other \_\_\_\_\_ Shots confirmed YES NO Kinder dental YES NO 1<sup>st</sup> grade physical YES NO Lunch app YES NO  
 INTRADISTRICT YES NO School \_\_\_\_\_ INTERDISTRICT YES NO School \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_



# HOME LANGUAGE SURVEY *Encuesta Sobre Idiomas en el Hogar*

NOTE: If a language other than English is indicated in Questions 1, 2, 3, or 4, your child must be tested for English Proficiency. *Nota: Si se indica un idioma distinto del inglés en las preguntas 1, 2, 3 o 4, su niño deberá ser evaluado en el dominio del idioma inglés.*

Student's Last Name *Apellido del estudiante* First Name *Nombre* Middle Name *Segundo Nombre* Grade *Grado* Age *Edad*

Please refer to LIST OF LANGUAGES (below right) *Por favor refiérase a la lista de idiomas (a la derecha)*

- Which language did your child learn when he/she first began to talk?  
*¿Idioma que su hijo aprendió a hablar cuando comenzó a hablar?*
- What language does your child most frequently use at home?  
*Que idioma usa mas frecuentemente su hijo/a en casa?*
- What language do you most frequently use to speak to your child?  
*¿Que idioma usa más frecuentemente para hablar con su hijo?*
- What is the language most often spoken by the adults at home?  
*¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar?*

LIST OF LANGUAGES <i>Lista De Idiomas</i>			
Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>	Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>
56	Albanian <i>Albanés</i>	64	Marathi <i>Maratí</i>
11	Arabic <i>Arabe</i>	48	Marshalese
12	Armenian <i>Armenio</i>		<i>Marshallese</i>
42	Assyrian <i>Asirio</i>	44	Mien (Yao)
61	Bengali <i>Bengalí</i>	49	Mixteco
13	Burmese <i>Birmano</i>	40	Pasto
03	Cantonese <i>Cantonés</i>	41	Polish <i>Polaco</i>
36	Cebuano (Visayan)	06	Portugese
54	Chaldean <i>Caldeo</i>		<i>Portugés</i>
20	Chamorro (Guamanian)	28	Punjabi
39	Chaozhou (Chiuchow)	45	Rumanian
15	Dutch <i>Holandés</i>		<i>Rumano</i>
00	English <i>Inglés</i>	29	Russian <i>Ruso</i>
16	Farsi (Persian) <i>Persa</i>	30	Samoan
05	Filipino (Pilipino or Tagalog)		<i>Samoano</i>
17	French <i>Francés</i>	52	Serbo-Croatian
18	German <i>Alemán</i>		<i>Serbocroata</i>
19	Greek <i>Griego</i>		(Bosnian,
43	Hebrew <i>Hebreo</i>		Croatian, Serbian)
21	Hmong	60	Somali <i>Somalí</i>
22	Hungarian <i>Húngaro</i>	01	Spanish <i>Español</i>
23	Ilocano	46	Taiwanese
24	Indonesian <i>Indonesio</i>		<i>Taiwanés</i>
25	Italian <i>Italiano</i>	63	Tamil
26	Japanese <i>Japonés</i>	62	Telugu
27	Kannada	32	Thai <i>Tailandés</i>
08	Khmer (Cambodian)	57	Tigrinya
65	Khmu	53	Toishanese
09	Korean <i>Coreano</i>	34	Tongan <i>Tonga</i>
50	Kurdish (Kurdi,	33	Turkish <i>Turco</i>
04	Kurmanji) <i>Kurdo</i>	38	Ukranian <i>Ucranio</i>
51	Lao	35	Urdu
	Mandarin <i>Mandarín</i>	02	Vietnamese
47	(Putonghua)		<i>Vietnamita</i>
10		99	All other non-
07			English languages
			<i>Todos los demás</i>
			<i>idiomas no</i>
			<i>ingleses</i>

Date *Fecha* Parent/Guardian Signature *Firma del Tutor*

If a language OTHER THAN ENGLISH is indicated in any box above, please complete the remainder of this form. *Si cualquier otro idioma que no sea el inglés se indico arriba, por favor complete el resto de este forma.*

5. Does your child (choose all that apply):  
*¿Su hijo / a (Elija todas las que apliquen):*
- YES *SÍ*  NO *NO* Understand in that language?  
*Entiende en ese idioma?*
- YES *SÍ*  NO *NO* Speak in that language?  
*Habla en ese idioma?*
- YES *SÍ*  NO *NO* Read in that language?  
*Lee en ese idioma?*
- YES *SÍ*  NO *NO* Write in that language?  
*Escribe en ese idioma?*

6. How many years of INSTRUCTION has your child had in a language other than English? *¿Cuántos años de instrucción ha tenido su hijo en un idioma diferente al inglés?*

7. Did your child attend school in another country?  
*¿Su hijo/a asistio a la escuela en otro país?*  YES *SÍ*  NO *NO*

8. On what date did your child first enroll in a United States School?  
*¿En que la fecha su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?*

Date *Fecha*

Grade level first enrolled: *¿Cuál es el nivel de grado en que su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?*

Grade *Grado*

# STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

## Cuestionario de Vivienda Estudiantil

ENTERPRISE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT  
1155 MISTLETOE LANE, REDDING, CA 96002  
530-224-4100



**Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.**

*Por favor haga una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Por favor devuelva a la oficina de registro de la escuela dentro de 14 días.*

Student Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>
School <i>Escuela</i>	Grade <i>Grado</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
		Age <i>Edad</i>

**Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435.** *Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible a recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.*

- 1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?** YES *SÍ*  NO *NO*   
*¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?*
- 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?** YES *SÍ*  NO *NO*   
*¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?*
- 3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?** YES *SÍ*  NO *NO*   
*¿Está este estudiante en una colocación temporaria de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?*
- 4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?** YES *SÍ*  NO *NO*   
*Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?*

**OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:**

Name <i>Nombre</i>	School <i>Escuela</i>

**If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.**

*Si contestó Sí a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.*

**Where is this student currently living? ¿Dónde vive el alumno actualmente?**

- In a motel** *En un motel*
- In a shelter** *En un albergue*
- With more than one family in a house or apartment** *Con más de una familia en una casa o apartamento*
- Moving from place to place** *Moviéndose de un lugar a otro*
- In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite**  
*En un lugar no diseñado para dormir como un coche, parque o acampando.*
- Traditional housing (through community agency)** *Vivienda tradicional (a través de una agencia de la comunidad)*
- Awaiting Foster Care Placement** *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o* Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o* Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth) *Nombre impreso del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)* Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)* Date *Fecha*

**FORM CONTINUES ON NEXT PAGE**



ENTERPRISE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

EMERGENCY CONTACT INFORMATION Información de Contacto en Caso Emergencia

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

Form with radio buttons for school selection: ALTA MESA, BOULDER CREEK, LASSEN VIEW, MISTLETOE, PACE ACADEMY, PARSONS, REDDING COLLEGIATE ACADEMY, ROTHER, SHASTA MEADOWS

Student information fields: Student Last Name, First Name, Middle, Birthdate, Gender (M/F), Main Phone, Teacher, Grade

Student's Physical Street Address, City, Zip Code

Student's Mailing Address, City, Zip Code

Interpreter Needed for [language], Preferred interpreter name/phone

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la informacion de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS PADRES/GUARDIANES

Child lives with Father Mother Other Niño vive con Padre Madre Otro

Parent/Guardian Name (Father/Tutor) Parent/Guardian Name (Mother/Tutor)

Relationship Birthdate (Father/Tutor) Relationship Birthdate (Mother/Tutor)

Address (Father/Tutor) Address (Mother/Tutor)

City State Zip (Father/Tutor) City State Zip (Mother/Tutor)

Place of Employment (Father/Tutor) Place of Employment (Mother/Tutor)

Work/Cell Phone (Father/Tutor) Work/Cell Phone (Mother/Tutor)

Email address (Father/Tutor) Email address (Mother/Tutor)

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below.

Name Relationship Main Phone Work/Cell (Person 1)

Name Relationship Main Phone Work/Cell (Person 2)

Name Relationship Main Phone Work/Cell (Person 3)

Name Relationship Main Phone Work/Cell (Person 4)

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:  
 Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre Address Dirección Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre	Gender Genero	Birthdate Fecha de nacimiento	School Escuela

**STUDENT'S HEALTH CONDITIONS** *CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE*

- Asthma *Asma*  
  Epilepsy *Epilepsia*  
  Diabetes *Diabetes*  
  Heart Condition *Problemas Cardiacos*  
  Seizures *Convulsiones*  
 Allergy, foods (if this is checked, please complete EESD Form A) *alergia, alimentos (si esto fue seleccionado, por favor complete EESD forma A)*  
 Allergy, other than food *Alergia, distintos a los alimentos*  
  Operation, serious injury, or illness *operación, lesión grave o enfermedad*  
 Other *otros* \_\_\_\_\_

Details *Mas detalles:* \_\_\_\_\_

- YES *Sí*    NO *NO*   **Does your child take medication regularly? If so, what kind?** \_\_\_\_\_  
*¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿de qué clase?* \_\_\_\_\_  
 YES *Sí*    NO *NO*   **Does your child have a speech problem? If so, explain.** \_\_\_\_\_  
*¿Su hijo tiene un problema de habla? Si es así, explique.* \_\_\_\_\_  
 YES *Sí*    NO *NO*   **Does your child have an ear problem? If so, explain.** \_\_\_\_\_  
*¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique.* \_\_\_\_\_  
 YES *Sí*    NO *NO*   **Does your child have a physical handicap? If so, explain.** \_\_\_\_\_  
*¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique.* \_\_\_\_\_  
 YES *Sí*    NO *NO*   **Does your child have an eye problem? If so, explain.** \_\_\_\_\_  
*¿Su hijo tiene un problema de ojos? Si es así, explique.* \_\_\_\_\_

Doctor *Médico*   Phone *Teléfono*   Dentist *Dentista*   Phone *Teléfono*   Hospital Preference *Hospital de preferencia*

Medical Insurance Company/Group Policy # *Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #*

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.  
 Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transporte para tratamiento médico de emergencia.

**PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. POR FAVOR, SELECCIONE UNA CAJA Y FIRME ABAJO.**

- I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: \_\_\_\_\_  
*NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo debido a sus creencias religiosas personales. Explicar:* \_\_\_\_\_

**I hereby authorize the staff of Enterprise Elementary School District to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.**

*Por la presente autorizo al personal del distrito escolar primario de Enterprise de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y doy mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo al personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad de servicios para mi hijo en la escuela de las actividades relacionadas.*

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.  
 Según horarios del nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y el habla. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, el chequeo de su hijo sera sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*   Date *Fecha*

# Kindergarten Speech & Language Screening Form

## Formulario de evaluación del Habla y el Lenguaje del Kinder

Good speech and language skills are prerequisites to successfully learning to read and write. Speech and language services are available to all eligible school-aged children, at no charge, through their school districts. Every parent enrolling a Kindergarten student in our district is asked to complete this form. Based on the information you give, our staff will contact you if the need for further observation and/or assessment is indicated.

*Buenas habilidades de habla y el lenguaje son prerequisites para aprender a leer y escribir con éxito. Servicios del habla y del lenguaje están disponibles para todos los niños en edad escolar, sin ningún costo, a través de sus distritos. A todos los padres inscribiendo a un estudiante de Kindergarten en nuestro distrito se le pide que complete este formulario. Basado en la información que dan, nuestro personal lo contactará si se indica la necesidad de mayor observación y evaluación.*

Student's Last Name <i>Apellido del estudiante</i>	First Name <i>Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha del nacimiento</i>	School <i>Escuela</i>	
			YES <i>SÍ</i>	NO <i>NO</i>
1. <b>Does your child hear you when you call from another room?</b> <i>¿Su hijo lo escucha cuando lo llama desde otra habitación?</i>				
2. <b>Does your child answer simple questions?</b> <i>¿Su hijo responde preguntas sencillas?</i>				
3. <b>Can your child tell about his/her activities?</b> <i>¿Puede su hijo relatar acerca de sus actividades?</i>				
4. <b>Do you understand what your child says?</b> <i>¿Entiende lo que dice su hijo?</i>				
5. <b>Do others understand what your child says?</b> <i>¿Otros entienden lo que dice su hijo?</i>				
6. <b>Can your child use sentences of 5-6 or more words in length?</b> <i>¿Puede su hijo usar oraciones de 5-6 o más palabras de longitud?</i>				
7. <b>Can your child put words together in meaningful sentences?</b> <i>¿Puede su hijo juntar palabras en oraciones significativas?</i>				
8. <b>Does your child communicate easily around familiar people?</b> <i>¿Su hijo se comunica fácilmente alrededor de familiares?</i>				
9. <b>Does your child understand most of what is said at home or at school?</b> <i>¿Su niño entiende más de lo que se dice en casa o en la escuela?</i>				
10. <b>Can your child follow complex directions, such as "Put the cup on the table &amp; bring me the spoon"?</b> <i>¿Puede el niño seguir instrucciones complejas, como "Poner la taza sobre la mesa y tráeme la cuchara"?</i>				
11. <b>Can your child pay attention to a story and answer simple questions about it?</b> <i>¿Su hijo atención a una historia y contesta preguntas sencillas sobre la historia?</i>				
12. <b>Do playmates notice or have difficulty understanding your child?</b> <i>¿Los compañeros de juego le comunican o tienen dificultad para entender a su hijo?</i>				
13. <b>Does your child use details in sentences (such as "I have two, red balls at home")?</b> <i>¿Su hijo usa detalles en frases (como "yo tengo dos, rojo bolas en casa")?</i>				
14. <b>Can your child re-tell a familiar short story and stick pretty much to the topic?</b> <i>¿Puede su hijo relatar a un familiar un cuento y apegarse a lo mucho del tema?</i>				
15. <b>Can your child carry on a conversation with other children or familiar grown-ups?</b> <i>¿Puede su hijo mantener una conversación con otros niños o familiares mayores?</i>				
16. <b>Does your child talk easily without stuttering?</b> <i>¿Su hijo habla fácilmente sin tartamudear?</i>				
17. <b>Does your child's voice frequently sound hoarse or "scratchy"?</b> <i>¿La voz de su hijo con frecuencia suena ronca o rasposa?</i>				

## REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

**PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN**

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street		City	SCHOOL
		ZIP code	

**PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**

**HEALTH EXAMINATION**

**NOTE:** All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	___/___/___
Physical Examination	___/___/___
Dental Assessment	___/___/___
Nutritional Assessment	___/___/___
Developmental Assessment	___/___/___
Vision Screening	___/___/___
Audiometric (hearing) Screening	___/___/___
TB Risk Assessment and Test, if indicated	___/___/___
Blood Test (for anemia)	___/___/___
Urine Test	___/___/___
Blood Lead Test	___/___/___
Other	___/___/___

**IMMUNIZATION RECORD**

**Note to Examiner:** Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.  
**Note to School:** Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

**PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- Examination shows no condition of concern to school program activities.
- Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: (please explain)

Signature of parent or guardian \_\_\_\_\_ Date

Name, address, and telephone number of health examiner \_\_\_\_\_

Signature of health examiner \_\_\_\_\_ Date

*If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 111 B) found at your child's school.*



## 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.

### 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)	/ / /
Evaluación 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	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DT/PTd (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					
VARICELA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE 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
Firma del examinador de salud	Fecha

\*de ser indicado

*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 (PH 171 B), formularlo que se consigue en la escuela de su niño(a).  
CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)*