

REGISTRATION FORMS  
FOR ENROLLMENT INSIDE

**Stockton Unified School District**

**2018-2019**

**ENROLLMENT**



Stockton Unified School District  
Since 1852

701 North Madison Street ▪ Stockton CA, 95202





**ADMISSIONS AND FAMILY SERVICES**

100 W. Dr. Martin Luther King Blvd.  
Stockton, CA 95206  
(209) 933-7028  
FAX (209) 933-7040  
Email: [enrollment@stocktonusd.net](mailto:enrollment@stocktonusd.net)

BOARD OF EDUCATION  
Cecilia Mendez  
Angelann Flores  
Kathleen Garcia  
Lange P. Luntao  
Maria Mendez  
Scot McBrian  
Candelaria Vargas

Superintendent  
John E. Deasy, Ph.D.

Dear Parent or Legal Guardian,

The Stockton Unified School District welcomes you to our school community. It is our pleasure to welcome your family into our school district.

We would like to make you aware that enrollment at the school where your child is registered continues to change due to an increase or shift in enrollment patterns within your attendance boundary. Consequently, it is extremely difficult to guarantee that your child will remain in the school they are initially registered. We want to assure you that we will make every effort to retain your student at their current school however, due to state laws and district policies it may be necessary to place your student at another school.

The Stockton Unified School District has a procedure by which this move must occur. When overcrowding occurs, the student's actual date of enrollment will determine who must be assigned to another school. If you have any questions regarding this issue, I will be happy to discuss them with you.

Best regards,

Francine Baird, Ed.D.  
Administrator of Admissions & Family Services  
Centralized Enrollment

Please Sign below to indicate that you have been provided this information

- I have been informed that my child's school may be overcrowded.
- I am aware that my child may be assigned to another school.
- I am also aware that if my child does not attend the first day of school, depending on first day of school enrollment, my child may need to be assigned to another school.

Parent Signature:

Date:

Student(s) Name (s) and Grade Level(s):

If my Child is reassigned to another school, I would like siblings (Brother or Sister) to also attend the school my child is reassigned to: Yes  No



**ADMISSIONS AND FAMILY SERVICES**

100 W. Dr. Martin Luther King Blvd.  
Stockton, CA 95206  
(209) 933-7028  
FAX (209) 933-7040  
Email: [enrollment@stocktonusd.net](mailto:enrollment@stocktonusd.net)

BOARD OF EDUCATION  
Cecilia Mendez  
Angelann Flores  
Kathleen Garcia  
Lange P. Luntao  
Maria Mendez  
Scot McBrian  
Candelaria Vargas

Superintendent  
John E. Deasy, Ph.D.

Estimado Padre y Tutor

El Distrito Escolar Unificado de Stockton le da la bienvenida a nuestra comunidad escolar. Es nuestro placer darle la bienvenida a su familia a nuestro distrito escolar.

Queremos que esté al tanto de que la admisión en la escuela donde su hijo está matriculado continúa cambiando debido a un aumento o cambio en los patrones de admisión en su zona de asistencia. Por lo tanto, es extremadamente difícil garantizar que su hijo permanecerá en la escuela a la que inicialmente se registró. Queremos asegurarle que haremos todo lo posible para mantener a su estudiante en su escuela actual, sin embargo, debido a leyes estatales y políticas del distrito, puede ser necesario asignar a su estudiante a otra escuela.

El Distrito Escolar Unificado de Stockton tiene un procedimiento que se debe seguir para llevar a cabo los cambios de asignación. Cuando la escuela no tiene cupos disponibles, el día actual de matriculación determina quien será reasignado a otra escuela.

Si tiene alguna pregunta con referencia a este asunto, estaré feliz de hablar con usted.

Muchas Gracias,

Francine Baird, Ed.D.  
Administradora de Admisiones y Servicios Familiares  
Matriculación Centralizada

Por favor firme abajo para indicar que se le proporcionó esta información.

- Me han informado que la escuela de mi hijo(a) puede no tener cupos disponibles.
- Estoy consciente que mi hijo(a) puede ser asignado a otra escuela.
- También estoy consciente que, si mi hijo no asiste el primer día de escuela, dependiendo en el primer día de matriculación, mi hijo(a) puede ser reasignado a otra escuela.

Firma del Padre:

Fecha:

Nombre del(los) estudiante(es) y nivel(es) de grado:

Si mi hijo(a) es asignado a otra escuela, quiero que sus hermanos(as) también asistan a la misma escuela a la que mi hijo(a) sea asignado: Si  No



**SUSD Health Services  
Emergency & Health Information**

Stockton Unified School District

|             |           |   |
|-------------|-----------|---|
| Teacher:    | Date Rev. | IHCP Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Student ID: | Grade     |   |

In case of emergency, illness or accident to: \_\_\_\_\_  
the school is authorized to proceed as indicated below: \_\_\_\_\_ (Students Name)

STUDENT'S BIRTH DATE: Month: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

**CALL FIRST**

PRIMARY GUARDIAN: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Name Relationship Work Phone Cell Phone

CALL SECOND: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Name Relationship Work Phone Cell Phone

CALL THIRD: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Name Relationship Work Phone Cell Phone

CALL FOURTH: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Name Relationship Work Phone Cell Phone

PHYSICIAN: \_\_\_\_\_  
Name Address Phone Number

If it is not possible to contact any of the above listed persons, I hereby authorize transportation to the nearest medical facility for such emergency medical treatment as deemed necessary for the safety and protection of my child, but not at the expense of the school.

**THIS INFORMATION MUST BE COMPLETED YEARLY SO THAT THE SCHOOL  
CAN ACT ON YOUR BEHALF IN THE EVENT OF A MEDICAL EMERGENCY**

Emergency & Health Information 2019/02/22 • #0028400

**PLEASE TURN OVER AND FILL OUT BACK OF THIS FORM**



**SUSD Health Services  
Emergency & Health Information**

Stockton Unified School District

|                |            |  |
|----------------|------------|--|
| Maestro:       | Fecha Rev. | IHCP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Estudiante ID: | Grado      |  |

En caso de emergencia, enfermedad o accidente: \_\_\_\_\_  
la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación: \_\_\_\_\_ (Nombre del estudiante)

FECHA DE NACIMIENTO: Mes: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**PRIMERA LLAMADA**

GUARDIÁN PRIMARIO: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

SEGUNDA LLAMADA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

TERCERA LLAMADA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

CUARTA LLAMADA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

DOCTOR: \_\_\_\_\_  
Nombre Domicilio Teléfono

Si no es posible ponerse en contacto con cualquiera de las personas mencionadas anteriormente, doy permiso para el transporte al centro médico más cercano para recibir tratamiento médico de emergencia que sea necesario para la seguridad y la protección de mi hijo, pero no al costo de la escuela.

**ESTA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA CADA AÑO PARA QUE LA ESCUELA  
PUEDA ACTUAR EN SU NOMBRE EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA**

Emergency & Health Information 2019/02/22 • #0028400

**FAVOR THE LLENAR EL LADO REVERSO**

I understand that the school district does not provide medical insurance for student Injuries but does make voluntary student insurance available. I have received the information on this program.  Yes  No

**PLEASE CHECK ONLY THOSE THAT APPLY: SUSD Health Services may be contacting you for a follow up.**

- ADHD/ADD: Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No
- Asthma: Requires medication/inhaler? Yes  No  Given at School? Yes  No
- Severe Allergies: Severely allergic to: \_\_\_\_\_ Requires Epi-Pen? Yes  No   
Symptoms that occur: \_\_\_\_\_
- Diabetes: Type I  Type II  Medications: Oral  Injection  Pump  Given at School? Yes  No
- Heart Problems: Diagnosis: \_\_\_\_\_ Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No   
Physical Restrictions? \_\_\_\_\_
- Orthopedic: Orthopedic Condition: \_\_\_\_\_ Physical Limitations? \_\_\_\_\_
- Seizure Disorder: Date of last seizure: \_\_\_\_\_ Requires medication? Yes  No  Given at School? Yes  No

Please list any other important health or behavioral information that may affect your child while at school that we should be aware of:

Calif. Ed. Code 49423- Students taking medication at school need an **"Authorization for Medication"** form completed annually. This form must be on file with the school before medication can be given.

**Student Has no Health Insurance or Medi-Cal**

Health Insurance / Medi-Cal: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

I authorize the release of medical information by the school district to its billing agency and to my insurance company to process a claim or request reimbursement for medical services rendered to my child. Any shared information will be limited to service documentation only.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Emergency & Health Information 2017/07/07*

Entiendo que el distrito escolar no proporciona seguro médico para lesiones de los estudiantes, pero tiene seguro escolar voluntario disponible. He recibido la información sobre este programa.  Sí  No

**POR FAVOR MARQUE SOLO AQUELLOS QUE CORRESPONDAN: Puede ser contactado por nosotros**

- ADHD/ADD: Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No
- Asthma: Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No
- Alergias Severas: Muy alérgico a: \_\_\_\_\_ Requiere Epi-Pen? Sí  No   
Los síntomas que ocurren: \_\_\_\_\_
- Diabetes: Tipo I  Tipo II  Medicamentos: Oral  Inyección  Pump  Dado en la Escuela? Sí  No
- Problemas del Corazón: Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No   
Restricciones Físicas? \_\_\_\_\_
- Ortopédico: Condición Ortopédica: \_\_\_\_\_ Limitaciones Físicas? \_\_\_\_\_
- Convulsiones: Fecha de la última convulsión: \_\_\_\_\_ Requiere medicamento? Sí  No  Dado en la Escuela? Sí  No

Por favor escriba cualquier otra información importante de la salud o sobre el comportamiento que puede afectar a su hijo/a en la escuela que debemos ser conscientes de:

California Ed. Código 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesita una **"Autorización para Medicamentos"** completada anualmente. Esta forma debe ser archivada en la escuela antes de la medicación se puede dar.

**Estudiante no tiene seguro médico o Medi-Cal**

Seguro Medico / Medi-Cal: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de información médica por el distrito escolar para su agencia de facturación y para mi compañía de seguros para procesar una reclamación o solicitar el reembolso de los servicios médicos prestados a mi hijo. Cualquier información compartida sera limita a fines de documentación solamente.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Emergency & Health Information 2019/02/22*



**STOCKTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**STUDENT REGISTRATION FORM**  
 All information will be kept confidential

Grade

STUDENT LAST NAME:

FIRST NAME:

PERMANENT ID:

**STUDENT INFORMATION (PLEASE PRINT)**

Has your student ever attended Stockton Unified public schools before?  Yes  No

Legal Name: \_\_\_\_\_  
LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL OTHER LEGAL NAME (IF APPLICABLE)

Gender:  Male  Female  Non-Binary

Date of Birth: Month: \_\_\_\_\_ Day: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS APT#

\_\_\_\_\_  
CITY STATE ZIP

Primary Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Brothers and sisters under the age of 18 living at home:**

NAME BIRTH DATE (MM/DD/YYYY) NAME BIRTH DATE (MM/DD/YYYY)

NAME BIRTH DATE (MM/DD/YYYY) NAME BIRTH DATE (MM/DD/YYYY)

**Residence** – where is your child/family currently living? (McKinley-Vento Act Compliance) – Please check appropriate box:

- In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home)
- In a motel/hotel (09)
- In a shelter or transitional housing program (10)
- Doubled-up (sharing housing with other families / individuals due to economic hardship or loss) (11)
- Unsheltered (car/campsite) (12)
- Other (15) (please specify) \_\_\_\_\_

**Ethnicity:** Is your child Hispanic or Latino? (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)

Yes  No If No, you must complete the next section on below.

**What Is Your Child's Race?** (Select one or more) The above part of the question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be.

- African American or Black
- American Indian or Alaskan Native Tribe: \_\_\_\_\_
- Asian Indian
- Cambodian
- Chinese
- Filipino/Filipino American
- Guamanian
- Hawaiian
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- Other Asian
- Other Pacific Islander
- Samoan
- Tahitian
- Vietnamese
- White

**PLEASE FILL OUT REVERSE SIDE**

## PARENT/GUARDIAN INFORMATION

### Parent / Guardian I - Legal Name

FIRST NAME \_\_\_\_\_ LAST NAME \_\_\_\_\_  
 FATHER     MOTHER     STEP-FATHER     STEP-MOTHER  
 GUARDIAN     FOSTER/GROUP HOME     OTHER \_\_\_\_\_

Cell Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Employer: \_\_\_\_\_

Work Address: \_\_\_\_\_

Are you on Active Duty in one of the following Armed Forces branches: Army, Navy, Air Force, Marine Corps, and Coast Guard.  Yes  No  
Enlistment Date: \_\_\_\_\_

### Parent / Guardian II - Legal Name

FIRST NAME \_\_\_\_\_ LAST NAME \_\_\_\_\_  
 FATHER     MOTHER     STEP-FATHER     STEP-MOTHER  
 GUARDIAN     FOSTER/GROUP HOME     OTHER \_\_\_\_\_

Cell Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Employer: \_\_\_\_\_

Work Address: \_\_\_\_\_

Are you on Active Duty in one of the following Armed Forces branches: Army, Navy, Air Force, Marine Corps, and Coast Guard.  Yes  No  
Enlistment Date: \_\_\_\_\_

### Highest Education Level (check one):

NOT A HIGH SCHOOL GRADUATE     HIGH SCHOOL GRADUATE  
 SOME COLLEGE OR ASSOCIATE'S DEGREE     COLLEGE GRADUATE  
 POST GRADUATE DEGREE OR HIGHER

### Highest Education Level (check one):

NOT A HIGH SCHOOL GRADUATE     HIGH SCHOOL GRADUATE  
 SOME COLLEGE OR ASSOCIATE'S DEGREE     COLLEGE GRADUATE  
 POST GRADUATE DEGREE OR HIGHER

### Student's Legal Custodian:

Are you the legal guardian of the student?  Yes  No

Do you have educational rights?  Yes  No

### Student's Legal Custodian:

Are you the legal guardian of the student?  Yes  No

Do you have educational rights?  Yes  No

**Custody:** Is there a legal custody agreement regarding this student? If so, please provide legal documentation

**Duplicate Mailing:** If divorced/separated & joint custody allows duplicate mailing/information to be given to another parent.

Please include their name, address, & phone number:

Full Name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

## STUDENT INFORMATION CONTINUED

### Most Recent Schools Attended:

SCHOOL \_\_\_\_\_ ADDRESS/CITY/STATE/ZIP \_\_\_\_\_ GRADE(S) \_\_\_\_\_ DATE(S) \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_ ADDRESS/CITY/STATE/ZIP \_\_\_\_\_ GRADE(S) \_\_\_\_\_ DATE(S) \_\_\_\_\_

Has your child ever been retained?  Yes  No Grade Level(s) \_\_\_\_\_

Are there psychological or confidential reports available from your child's former school?  Yes  No

Has your child been suspended?  Yes  No Has your child **EVER** been expelled?  Yes  No SARB?  Yes  No

What special services has your child received? (*please check all boxes that apply*)

**SPECIAL EDUCATION:**  IEP  Resource (RSP)  Special Day Class (SDC)  Speech/Language

**OTHER:**  Gifted (GATE)  Remedial Math  Remedial Reading  Counseling  English Language Development  504

Other (Specify) \_\_\_\_\_

### I give authorization to this school to request:

Cumulative records     Transcripts (High School ONLY) from any and all schools previously attended.

As the parent/legal guardian of this student, I authorize the school to furnish and exchange oral and written information with the Human Services Agency regarding student name, DOB, address, enrollment, and attendance and graduation status. I understand that my authorization is voluntary and not required for school registration and that this request may not apply to my child's particular circumstances. (signature box)

**My signature certifies that all information provided on this form is accurate. I understand that changes in address, telephone numbers and/or emergency information must be reported to the school within 24 hours for the safety of my child.**

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_





**STOCKTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**STUDENT REGISTRATION FORM**  
 Toda información será considerada confidencial

Grado

APPELLIDO:

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)**

¿Ha asistido su niño a alguna escuela pública del Distrito Unificado de Stockton?  Si  No

Nombre legal: \_\_\_\_\_  
LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL OTHER LEGAL NAME (IF APPLICABLE)

Género:  Male  Female  Non-Binary

Fecha de Nacimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE CASA Y NOMBRE DE CALLE # DE APARTAMENTO

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Hermanos y hermanas en la escuela menores de la edad de 18 años que viven en casa:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

**Residencia** – Dónde vive su niño/familia actualmente?? (mandato federal de NCLB) – Por favor marque lo apropiado:

- Una residencia permanente para una sola familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- En un motel/hotel
- En un refugio o programa de hogar transición
- Dobles (compartiendo hogar con otra familia /individuo por necesidad económica o perdida)
- Sin hogar (carro/campamento)
- Otro (favor de especificar \_\_\_\_\_)

¿Cual es el origen étnico de su niño/a?: Hispano o Latino? (Persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Sur o Centro América, o otra cultura/origen de habla Español sin importar la raza)

Yes  No Si No, debe completar la siguiente sección de Raza.

¿Cuál es la Raza de su niño/a? (Favor de marcar uno o mas) La parte de la pregunta arriba es sobre el grupo étnico, no raza. Independientemente de la opción que elija, favor de continuar respondiendo lo que considera que sea la raza de su niño/a.

- Afro estadounidense o Negro
- Indio Americano o nativo de Alaska Tribu: \_\_\_\_\_
- Indio de Asia
- Camboyano
- Chino
- Filipino/Filipino Americano
- Güemes
- Hawaiano
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laos
- Otro Asiático
- Otro Islas del Pacifico
- Samoa
- Tahitiano
- Vietnamita
- Caucásico

**POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO**

PRIMER NOMBRE:

ID PERMANENTE:

**INFORMACION DE PADRES/TUTOR****Tutor I – Nombre Legal**

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

PADRE     MADRE     PADRASTRO     MADRASTRA

TUTOR     CUIDADO TEMPORAL/CASA DE GRUPO     OTRO \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad de Empleo: \_\_\_\_\_

Are you on Active Duty in one of the following Armed Forces branches: Army, Navy, Air Force, Marine Corps, and Coast Guard.  Yes  No  
Enlistment Date: \_\_\_\_\_

**Tutor II – Nombre Legal**

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

PADRE     MADRE     PADRASTRO     MADRASTRA

TUTOR     CUIDADO TEMPORAL/CASA DE GRUPO     OTRO \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad de Empleo: \_\_\_\_\_

Are you on Active Duty in one of the following Armed Forces branches: Army, Navy, Air Force, Marine Corps, and Coast Guard.  Yes  No  
Enlistment Date: \_\_\_\_\_

**Nivel de Educación mas alto (marque uno):**

NO SE GRADUO DE LA SECUNDARIA     SE GRADUO DE LA SECUNDARIA

ALGO DE COLEGIO INCLUYENDO TITULO DE AA     GRADUO DEL COLEGIO

BACHILLERATO/MAS ALTO

**Nivel de Educación mas alto (marque uno):**

NO SE GRADUO DE LA SECUNDARIA     SE GRADUO DE LA SECUNDARIA

ALGO DE COLEGIO INCLUYENDO TITULO DE AA     GRADUO DEL COLEGIO

BACHILLERATO/MAS ALTO

**Tutor legal del Estudiante:**

Es usted el tutor legal del estudiante?     Si     No

Tiene usted derechos educativos?     Si     No

**Tutor legal del Estudiante:**

Es usted el tutor legal del estudiante?     Si     No

Tiene usted derechos educativos?     Si     No

**Hay alguna persona con que este niño no puede tener contacto?** Provea documentación legal a la escuela

**Duplicados de correo:** Si divorciados/separados y la custodia permite duplicados de correo/información que debe darse a los otros padres. Por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono:  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Domicilio Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACION DELESTUDIANTE CONTINUA****Las escuelas que asistieron más recientes:**

| ESCUELA | DOMICILIO/CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL | GRADO(S) | FECHA |
|---------|---------------------------------------|----------|-------|
|         |                                       |          |       |
|         |                                       |          |       |

¿Ha sido reprobado su niño/a?  Si  No    Nivel de Grado \_\_\_\_\_

¿Existen reportes psicológicos/confidenciales disponibles de las escuelas anteriores?  Si  No

¿Ha sido suspendido su niño/a?  Si  No    Ha sido expulsado?  Si  No    SARB?  Si  No

¿Qué servicios especiales ha recibido su niño/a (por favor marcar las cajas que aplican)

**EDUCACION ESPECIAL:**  IEP     Recursos didácticos (RSP)     Clase Especial (SDC)     Habla/Lenguaje

**OTHER:**  Dotado (GATE)     Remedial Matematicas     Remedial Lectura     Consejería     Desarrollo del lenguaje ingles     504

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a esta escuela que pida:**

Archivos cumulativos     Transcripciones (Secundaria SOLAMENTE) de cualquier y todas las escuelas asistidas previamente

Como el padre/tutor legal de este estudiante, yo autorizo a la escuela que provea e intercambie oralmente y por escrito información con la Agencia de Servicios Humanos acerca el nombre, fecha de nacimiento, domicilio, inscripción, asistencia y etapa para graduación. Yo entiendo que mi autorización es voluntaria y no es requerida para la inscripción a la escuela y que es posible que éste pedido no aplique a las circunstancias particulares de mi niño/a.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

## HOME LANGUAGE SURVEY

Name of Student: \_\_\_\_\_ (Surname / Family Name) \_\_\_\_\_ (First Given Name) \_\_\_\_\_ (Second Given Name)

Age of Student: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_ Teacher Name: \_\_\_\_\_

---

### Directions to Parents and Guardians:

The California *Education Code* contains legal requirements which direct schools to assess the English language proficiency of students. The process begins with determining the language(s) spoken in the home of each student. The responses to the home language survey will assist in determining if a student's proficiency in English should be tested. This information is essential in order for the school to provide adequate instructional programs and services.

As parents or guardians, your cooperation is requested in complying with these requirements. Please respond to each of the four questions listed below as accurately as possible. For each question, write the name(s) of the language(s) that apply in the space provided. Please do not leave any question unanswered. If an error is made completing this home language survey, you may request correction before your student's English proficiency is assessed.

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk? \_\_\_\_\_
2. Which language does your child most frequently speak at home? \_\_\_\_\_
3. Which language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child? \_\_\_\_\_
4. Which language is most often spoken by adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adults) \_\_\_\_\_

Please sign and date this form in the spaces provided below, then return this form to your child's teacher. Thank you for your cooperation.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

# ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Name of Student \_\_\_\_\_ (Surname/Family Name) \_\_\_\_\_ (First Given Name) \_\_\_\_\_ (Second Given Name)

Age of Student \_\_\_\_\_ Grade Level \_\_\_\_\_ Name of Teacher \_\_\_\_\_

Note: School district personnel should complete all of the information items above this line.

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. 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 ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. 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 contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

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 (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?* \_\_\_\_\_

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor) \_\_\_\_\_ (Fecha)



Welcome Parent(s)/Guardian(s) to Kindergarten 2019-2020

We have prepared this list of health related items you will need to register your child for Kindergarten. We have also included information you may need if your child requires a health related accommodation to attend school.

**IMMUNIZATIONS:**

All immunizations must be current according to the San Joaquin Public Health Department. Records must be shown so that we may make a copy for your child's cum file. There must be a doctor's signature or stamp next to each immunization date given. (see attached Requirement for School Entry)

**PHYSICAL EXAM:**

Our District requires that your child be given a physical examination by a Health Examiner before entering Kindergarten. If this physical is given after February 1, 2019, it will meet the state of California requirement for first grade entry. All of the required tests and evaluation section Part II of the attached "Report of Health Exam for School Entry" must be completed. (see attached exam form)

**ORAL HEALTH EXAM**

California law, Education Code Section 49452.8, requires all incoming kindergartners have an oral health assessment (dental check-up). The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other registered dental health professional. (see attached exam form)

**STUDENT MEDICAL NEEDS:**

The school nurse assigned to your child school site is available to meet with you to discuss medical needs or concerns you may have regarding your child's health condition at school. The nurse can be reached by contacting Health Services Department at 209-933-7060.

**MEDICATION AT SCHOOL:**

If your child requires medication during the school day, a Parental Consent for Medication will need to be completed and signed by a doctor. This form is available at the school site or at SUSD Health Services website. Please contact SUSD Health Services Department if you have questions about these requirements or accommodations.

SUSD Health Services Team

Padres/Tutores Bienvenidos al Kínder!

Hemos preparado esta lista de artículos pertinentes a la salud que usted necesitara para registrar a su hijo(a) para kínder. También hemos incluido información que talvez necesitara si su hijo(a) requiere alguna acomodación con relación a la salud para asistir a la escuela.

**VACUNAS:**

Todas las vacunas deben estar al día de acuerdo al Departamento de Salud Pública de San Joaquín. Los archivos se deben presentar para poder hacer una copia para el archivo cumulativo de su hijo(a). Debe haber una firma del doctor o un sello junto a la fecha cuando la vacuna fue administrada. (vea el documento adjunto Requisitos para Admisión Escolar)

**EXAMEN FÍSICO:**

Nuestro Distrito requiere que su hijo(a) reciba un examen físico por un Examinador de Salud antes de entrar al Kínder. Si este físico es administrado después del 1º de febrero, 2019, cumplirá con el requisito del estado de California para admisión al primer grado. Todos los exámenes y evaluaciones en la sección parte II del documento adjunto "Reporte y Examen de Salud para Admisión Escolar" deben ser completados. (vea el formulario de examen adjunto).

**EXAMEN DE SALUD ORAL:**

La ley de California, Código de Educación Sección 49452.8, requiere que todos los estudiantes que entren al Kínder reciban una evaluación de salud oral (cita dental). La ley especifica que la evaluación debe completarse por un dentista acreditado u otra persona registrada como profesional de salud dental. (vea el formulario de examen adjunto).

**NECESIDADES MEDICAS DEL ESTUDIANTE:**

La enfermera escolar asignada a la escuela de su hijo(a) está disponible para reunirse con usted y hablar sobre las necesidades o preocupaciones médicas que usted tenga sobre la condición de salud de su hijo(a) en la escuela. Se puede comunicar con la enfermera hablando al Departamento de Servicios de Salud al 209-933-7060.

**MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA:**

Si su hijo(a) requiere medicamentos durante el día escolar, un formulario de Consentimiento de Padres para Medicamentos se debe completar y firmar por un doctor. Este formulario está disponible en la escuela o en la página web de los Servicios de Salud de SUSD. Por favor comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de SUSD si tiene alguna pregunta sobre alguno de estos requisitos o acomodaciones.

Equipo de Servicios de Salud de SUSD

# PARENTS' GUIDE TO IMMUNIZATIONS REQUIRED FOR SCHOOL ENTRY



Starting July 1, 2019

## Students Admitted at TK/K-12 Need:

- **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap, or Td) — 5 doses**  
(4 doses OK if one was given on or after 4th birthday.  
3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.)  
For 7th-12th graders, at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday.
- **Polio (OPV or IPV) — 4 doses**  
(3 doses OK if one was given on or after 4th birthday)
- **Hepatitis B — 3 doses**  
(Not required for 7th grade entry)
- **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**  
(Both given on or after 1st birthday)
- **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

These immunization requirements apply to new admissions and transfers for all grades, including transitional kindergarten.

## Students Starting 7th Grade Need:

- **Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap) — 1 dose**  
(Whooping cough booster usually given at 11 years and up)
- **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**  
(Usually given at ages 12 months and 4-6 years)

In addition, the TK/K-12 immunization requirements apply to 7th graders who:

- previously had a valid personal beliefs exemption filed before 2016 upon entry between TK/Kindergarten and 6th grade
- are new admissions

## Records:

California schools are required to check immunization records for all new student admissions at TK/Kindergarten through 12th grade and all students advancing to 7th grade before entry. Parents must show their child's Immunization Record as proof of immunization.

# GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

## Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**  
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;  
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)  
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**  
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**  
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**  
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el Kinder de Transición.

## Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**  
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**  
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre Kinder de Transición/Kinder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

## Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a Kinder de Transición/Kinder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.



## School Entrance Physical Exams

Date: 2019-2020

Welcome to Transitional Kindergarten/Kindergarten;

As you enrolled your child in Kindergarten, do keep in mind your child will need to complete a Physical Exam at first grade (Health and Safety Code 124085). If your child had a recent physical exam, have your health care provider complete the attached, Report of Health Examination for School Entry.

If your child has not received a physical, please make an appointment with your physician and bring in verification of the exam after it is done.

Information is enclosed on the **no cost CHDP Physicals** that are available to children without insurance. Also included is information on **low cost health insurance** for children available through the Covered California Insurance Program.

Thank you for attending to this important matter. Physicals are an important way to insure that your child is healthy and ready to learn.

Sincerely,





## HEALTH SERVICES

975 North D Street

Stockton, California 95205

Phone: (209) 933-7060 Ext. 2390 • Fax (209) 933-6520

# Examen Físico para Admisión Escolar

Fecha:

Estimado Padre/Tutor de \_\_\_\_\_:

Al inscribir a su hijo(a) en el kínder, recuerde que su hijo(a) necesitara completar un examen físico antes que su hijo(a) entre al primer grado (Código de Salud y Seguridad 124085).

Si su hijo(a) todavía no ha recibido un examen físico, por favor programe una cita con su médico y entregue la verificación del examen después de que se haya completado.

En el documento adjunto, puede encontrar información sobre el **Examen Físico gratuito CHDP** disponible sin cobertura médica. También se ha incluido información sobre **cobertura de salud de bajo costo** que está disponible para niños a través del programa de cobertura Covered California.

Gracias por prestar su atención en este asunto importante. Los exámenes físicos son una manera importante de asegurarse que su hijo esta saludable y listo para aprender.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Mary Jo Cowan' followed by the initials 'RH MS'.

Mary Jo Cowan

Directora de Servicios de Salud Integrales

## 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      | 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 | / /             |
| Tuberculin Test (Mantoux/PPD)   | / /             |
| 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 |
| <b>POLIO</b> (OPV or IPV)  |                          |        |       |        |       |
| <b>DtaP/DT/DT/Td</b> (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only) |                          |        |       |        |       |
| <b>MMR</b> (measles, mumps, and rubella)   |                          |        |       |        |       |
| <b>HIB MENINGITIS</b> (Haemophilus Influenzae B)<br>(Required for child care/preschool only)           |                          |        |       |        |       |
| <b>HEPATITIS B</b>   |                          |        |       |        |       |
| <b>VARICELLA</b> (Chickenpox)  |                          |        |       |        |       |
| OTHER  |                          |        |       |        |       |
| OTHER  |                          |        |       |        |       |

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

|  |   |
|--|---|
| <p><b>RESULTS AND RECOMMENDATIONS</b></p> <p>Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.</p> <p><input type="checkbox"/> Examination shows no condition of concern to school program activities.</p> <p><input type="checkbox"/> Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: <i>(please explain)</i></p> | <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Please check this box if you <b>do not</b> want the health examiner to fill out Part III.</p> <p>Signature of parent or guardian _____ Date _____</p> <p>Name, address, and telephone number of health examiner _____</p> <p>Signature of health examiner _____ Date _____</p> |
|--|---|

*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 171 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 | Segundo Nombre | FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año |
| DOMICILIO—Número y Calle      | Zona Postal    | Escuela                         |
|                               | Ciudad         |                                 |

### 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(mmm/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                                  | / / /            |

#### 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/DTP/DT/Td (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  |                                  |         |         |        |        |

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

**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**  
 Llène 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).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)



## CHDP Provider Referral List

|                                  | Stockton | Phone    | Address   | Fax      | Second Language            | Gateway | EPSDT Only |
|----------------------------------|----------|----------|---|----------|----------------------------|---------|------------|
| Ahmed, Aejaz M.D.                |          | 464-2605 | 2800 N California St, #14<br>Stockton, CA 95204 | 464-2711 | Spanish                    | X       |            |
| Burgos, Geny M.D.                |          | 939-9512 | 1801 E March Ln, #C340<br>Stockton, CA 95210    | 939-1226 | Spanish, Tagalog           | X       |            |
| Children's Health Services       |          | 468-2066 | 1414 N California St<br>Stockton, CA 95204      | 468-2321 | Spanish                    | X       |            |
| <b>Community Medical Centers</b> |          |          |   |          |                            |         |            |
| Channel Medical Center           |          | 944-4700 | 701 E Channel St<br>Stockton, CA 95202          | 940-6715 | Spanish                    | X       |            |
| Hammer Lane Clinic               |          | 751-5200 | 1721 E Hammer Ln, #A<br>Stockton, CA 95210      | 888-6909 |                            | X       |            |
| E March Lane Clinic              |          | 507-7000 | 1801 E March Ln, #D470<br>Stockton, CA 95210    | 762-6808 | Spanish                    | X       |            |
| Dorothy L Jones                  |          | 954-7700 | 2044 Fair St<br>Stockton, CA 95206              | 373-2892 | Spanish                    | X       |            |
| Gleason House                    |          | 954-7701 | 423 S San Joaquin St<br>Stockton, CA 95203      | 954-7750 | Spanish                    | X       |            |
| King Family Center Health Clinic |          | 933-7232 | 2640 E Lafayette St<br>Stockton, CA 95205       | 466-6527 | Spanish                    | X       |            |
| Mariposa Clinic                  |          | 751-1919 | 2015 E Mariposa Rd<br>Stockton, CA 95205        | 751-1920 | Spanish, Tagalog,<br>Hindi | X       |            |
| Waterloo                         |          | 940-5600 | 1031 Waterloo Rd<br>Stockton, CA 95205          | 940-5065 | Spanish                    | X       |            |



San Joaquin County

Public Health Services

Healthy grows strong

COMMUNITY  
INTERAGENCY  
SERVICES AGREEMENT

## CHDP Provider Referral List

| Stockton   | Phone    | Address  | Fax      | Second Language   | Gateway | EPSDT Only |
|--|----------|--|----------|---|---------|------------|
| Life Family Medical Clinic<br>Her, Sou M.D.                              | 242-2448 | 75 W March Ln, #J<br>Stockton, CA 95207        | 242-2551 | Hmong   | X       |            |
| Lin, Shou-I M.D.   | 951-6072 | 75 W March Ln, #G<br>Stockton, CA 95207        | 951-0181 | Spanish, Chinese  | X       |            |
| March Lane Pediatric Group<br>Yumul, Danilo M.D.<br>Raron, Surinder M.D. | 952-5555 | 73 W March Ln, #F<br>Stockton, CA 95207        | 952-1907 | Spanish, Tagalog,<br>Illocano, Cambodian,<br>Punjabi, and Farsi | X       |            |
| Pacific Urgent Care  | 475-9500 | 1782 W Hammer Ln<br>Stockton, CA 95207         | 475-9599 | Spanish   |         | X          |
| Parikh, Rajul M.D.   | 937-9010 | 1610 N El Dorado St, #14<br>Stockton, CA 95204 | 937-9018 | Hindi, Spanish  | X       |            |
| <b>San Joaquin County Clinics</b><br>Stockton Clinic                     | 468-3830 | 1601 E Hazelton Ave<br>Stockton, CA 95205      | 468-3841 | Spanish, Lao, Hmong,<br>Vietnamese                              |         |            |

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral>.)
2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or <http://www.benefitscal.com/>.
3. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>).

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.
- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact (fill in name of district personnel or office responsible for the program, telephone number and/or e-mail address).

Sincerely,

A handwritten signature in blue ink that reads "Mary Jo Cowan RN MS". The signature is written in a cursive style.

Mary Jo Cowan  
Director of Comprehensive Health Services



Estimado Padre o Tutor:

Para asegurarse que su hijo(a) esté listo para la escuela, la ley de California, Código de Educación Sección 49452.9, ahora requiere que su hijo(a) reciba una evaluación de salud oral (examinación dental) antes del 31 de marzo en el kínder o primer grado, cualquiera que sea su primer año en una escuela pública. Las evaluaciones que han ocurrido en los últimos 12 meses antes de que su hijo(a) entre a la escuela también cumplen con este requisito. La ley especifica que la evaluación se debe completar por un dentista acreditado u otra persona acreditada o registrada en la profesión de salud dental.

Lleve el Formulario de Evaluación de Salud Oral/Solicitud de Exención a la oficina dental, ya que será necesario para la examinación de su hijo(a). Si no puede llevar a su hijo(a) a esta evaluación requerida, por favor indique la razón del porque en la sección 3 de este formulario. Puede recibir más copias del formulario necesario en la escuela de su hijo(a) o en la página web del Departamento de Educación de California <http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/>. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de los alumnos. La identidad de su hijo(a) no se asociará con ningún reporte producido como resultado de este requisito.

Los siguientes recursos le ayudaran a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo(a):

1. El número de teléfono gratuito o página web de Medi-Cal/Denti-Cal le puede ayudar a encontrar un dentista quien acepta Denti-Cal: 1-800-322-6384; <http://www.denti-cal.ca.gov>. Para recibir ayuda para inscribir a su hijo(a) en Medi-Cal/Denti-Cal, comuníquese con la agencia local de servicios sociales al (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral>.)
2. El número de teléfono gratuito o página web de Healthy Families le puede ayudar a encontrar un dentista quien acepta el seguro de Healthy Families o para investigar cómo puede inscribir a su hijo(a) en el programa: 1-800-880-5305 o <http://www.benefitscal.com/>.
3. Para más recursos que le puedan ayudar, comuníquese con el departamento local de salud pública al (fill in appropriate local contact information, available at <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>).

¡Recuerde, su hijo(a) no está saludable y listo para la escuela si él/ella tiene pobre salud dental! Enseguida le ofrecemos unas sugerencias para ayudarle a su hijo(a) a mantenerse saludable:

- Lleve a su hijo al dentista dos veces al año.
- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos usualmente son los más saludables.

- Cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día con pasta de diente que contiene fluoruro.
- Limite los dulces y bebidas con azúcar, como ponche o soda. las bebidas azucaradas y los dulces contienen mucha azúcar, lo cual causa caries y reemplaza nutrientes importantes en la dieta de su hijo(a). Las bebidas con azúcar y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, lo cual puede provocar otras enfermedades, como la diabetes. ¡Menos dulce y menos bebidas con azúcar, es mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No solamente son dientes que se caen. Los niños necesitan sus dientes para comer apropiadamente, hablar, sonreír, y sentirse bien de ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades de alimentación, dejan de sonreír, y tienen problemas poniendo atención y aprendiendo en la escuela. Las caries son infecciones que no se curan y pueden ser dolorosas si no reciben tratamiento. Si las caries no son tratadas, los niños se pueden enfermar tanto hasta necesitar tratamiento en la sala de emergencia, y sus dientes adultos pueden dañarse permanentemente.

Varias cosas influyen el progreso de los niños y su éxito escolar, incluso la salud. Los niños deben tener buena salud para aprender, y los niños con caries no están saludables. Las caries son prevenibles, pero les afecta a los niños más que cualquier otra enfermedad crónica.

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud dental, por favor comuníquese con (fill in name of district personnel or office responsible for the program, telephone number and/or e-mail address).

Sinceramente,



Mary Jo Cowan  
Directora de Servicios de Salud Integrales

# Stockton Unified School District Department of Health Services

## Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

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

|                       |  |                 |   |
|-----------------------|--|-----------------|---|
| Child's First Name:   | Last Name:   | Middle Initial: | Child's birth date:   |
| Address:              |  |                 | Apt.:   |
| City:                 |  |                 | ZIP code:   |
| School Name:          | Teacher:   | Grade:          | Child's Sex:<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Parent/Guardian Name: | Child's race/ethnicity:<br><input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian<br><input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Other _____<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown |                 |   |

### Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Assessment Date:                                       | Caries Experience<br>(Visible decay and/or fillings present)<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Visible Decay Present:<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Treatment Urgency:<br><input type="checkbox"/> No obvious problem found<br><input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)<br><input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) |
|  |  |  |  |
| _____<br><i>Licensed Dental Professional Signature</i> |  | _____<br><i>CA License Number</i>  | _____<br><i>Date</i>   |

### Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.  
My child's dental insurance plan is:
  - Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Other \_\_\_\_\_     None
- I cannot afford a dental check-up for my child.
- I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: \_\_\_\_\_

If asking to be excused from this requirement: ► \_\_\_\_\_  
*Signature of parent or guardian*
*Date*

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 May 31** of your child's first school year.  
*Original to be kept in child's school record.*

**Stockton Unified School District  
Department of Health Services  
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:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |
| Nombre del padre/madre/tutor: | Raza/origen étnico del menor:<br><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/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:<br><br>[Assessment Date:] | Incidencia de caries<br>[Caries Experience]<br><br>(Caries visibles y/o empastes presentes)<br><br>(Visible decay and/or fillings present)<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Caries visibles presentes:<br><br>[Visible Decay Present:]<br><br><input type="checkbox"/> Sí [Yes]<br><input type="checkbox"/> No [No] | Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]<br><br><input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found]<br><br><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)]<br><br><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**

\_\_\_\_\_  
**Número de matrícula de CA**

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

[Licensed Dental Professional Signature]

CA License Number

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.

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



## CHDP Dental Referral List

| Stockton                                | Address  | Age(s)/Language(s)                                     | Phone    |
|---|--|--|----------|
| Abriol, Nicasio                         | 1512 S El Dorado St<br>Stockton, CA 95206        | 2+   | 465-1254 |
| Access Dental                           | 902 E Hammer Lane<br>Stockton, CA 95210          | All Ages - Spanish,<br>Arabic, Farsi, Tagalog          | 957-9500 |
| Brite Dental Group                      | 4661 Precissi Lane<br>Stockton, CA 95207         | 3+   | 478-7221 |
| Community Medical Centers<br>Waterloo   | 1031 Waterloo Rd<br>Stockton, CA 95205           | 1+ - Spanish   | 940-5605 |
| Community Medical Centers<br>Weberstown | 83 W. March Lane Ste. 2<br>Stockton, CA 95210    |  | 636-5555 |
| DeJesus, Rolando                        | 1350 Robinhood Drive<br>Stockton, CA 95207       | 6+ - Tagalog   | 451-3155 |
| Fidel, Jose T, DDS                      | 756 Porter Ave Ste 200<br>Stockton, CA 95207     | 2+   | 951-0444 |
| Fremont Dental Group                    | 2043 E Fremont St, Ste 1<br>Stockton, CA 95205   | 6+ - Spanish, Punjabi                                  | 463-2345 |
| Jhang, Alexander, DDS INC               | 4534 Precissi Lane Ste A<br>Stockton, CA 95207   | 6+   | 957-8940 |
| Manak, Davinder S.                      | 4625 N Pershing Ave<br>Stockton, CA 95207        | 4+ - Spanish, Punjabi                                  | 460-1223 |
| Orance, Maria Theresa, DMD Inc.         | 1701 N. El Dorado Street<br>Stockton, CA 95204   | 1+ - Tagalog, Spanish                                  | 292-8737 |
| Pacific Dental Group                    | 7743 West Lane Suite C5<br>Stockton, CA 95210    | Any Age - Cambodian,<br>Vietnamese, Spanish,<br>Korean | 474-1101 |
| Pham, Kevin Thang                       | 7746 Lorraine Ave, Ste 204<br>Stockton, CA 95210 | 13+ - Spanish  | 475-0869 |
| Russ, William A.                        | 2043 E Fremont St, Ste 8<br>Stockton, CA 95205   | 4+ - Spanish   | 466-5000 |
| Shirvan, A J                            | 5635 Stratford Cir Ste C36<br>Stockton, CA 95207 | 12+  | 473-1010 |
| Star Dental                             | 222 E Acacia St<br>Stockton, CA 95202            | 4+ - Spanish, Filipino                                 | 466-0191 |
| Wei Chiang Hu                           | 20 S California St<br>Stockton, CA 95202         | 1+ - Spanish, Chinese,<br>Hmong, and Hindi             | 941-0814 |
| Western Dental Services Inc             | 678 N Wilson Wy, Ste D<br>Stockton, CA 95205     | All ages - Spanish                                     | 937-9119 |
| Western Dental Services Inc             | 1407 W March Ln<br>Stockton, CA 95207            | 3 Wks+ - Spanish,<br>Cambodian, Filipino               | 473-1129 |



## CHDP Dental Referral List

| <b>Stockton</b>                                | <b>Address</b>                               | <b>Age(s)/Language(s)</b>                       | <b>Phone</b> |
|--|--|---|--------------|
| Western Dental Services Inc                    | 7860 West Ln, Ste B5<br>Stockton, CA 95210   | 1+ - Spanish, Hindi,<br>Cambodian               | 954-1727     |
| Young, Edward Y.                               | 1701 W March Ln, Ste E<br>Stockton, CA 95207 | 7+ - Chinese                                    | 478-2316     |
| <b>Lodi</b>                                    | <b>Address</b>                               | <b>Age(s)/Language(s)</b>                       | <b>Phone</b> |
| ABC Dental Group                               | 920 S Cherokee Ln, Ste G<br>Lodi CA 95240    | All Ages - Spanish                              | 333-6091     |
| Bahn, Hoa H, DMD                               | 420 E Kettleman Ln, Ste 6<br>Lodi, CA 95240  | Ages 2+ - Spanish,<br>Vietnamese                | 368-6788     |
| Bethel Kids Dental<br>Opinga, Ronaldo, DMD INC | 531 W. Kettleman Lane<br>Lodi, CA 95240      | 0 to 18, Spanish,<br>Tagalog                    | 400-2032     |
| Bright Dental                                  | 541 S Ham Ln, Ste C<br>Lodi, CA 95242        | 3+ - Spanish, Chinese                           | 333-9888     |
| Ghozlan Dental                                 | 1745 W Kettleman Ln, Ste B<br>Lodi, CA 95242 | Any Age - Spanish,<br>Arabic, Egyptian, Tagalog | 367-0700     |
| Flemming, Kevin                                | 828 S Fairmont Ave, Ste B<br>Lodi, CA 95240  | 0 to 14   | 369-8218     |
| Nguyen, Linh Dong-Ahn, DDS                     | 565 S Fairmont Ave Ste G<br>Lodi, CA 95336   | All Ages - Vietnamese,<br>Spanish               | 339-1032     |
| Sattout and Alaswad Dental Corp                | 740 W Kettleman Lane<br>Lodi, CA 95240       | 4+ - Spanish                                    | 224-5348     |
| Western Dental Services Inc                    | 320 S Cherokee Ln<br>Lodi, CA 95240          | 1+ - Spanish, Hindi,<br>Punjabi                 | 366-7970     |
| <b>Manteca</b>                                 | <b>Address</b>                               | <b>Age(s)/Language(s)</b>                       | <b>Phone</b> |
| Ammar, Awnie A.                                | 1104 N Main St<br>Manteca, CA 95336          | 9+ - Spanish, Portuguese                        | 239-7779     |
| Vanjarapu, Sanjay Kumar, DDS PC                | 295 Speckels Ave<br>Manteca, CA 95336        | All ages - Hindi                                | 780-4777     |
| Western Dental Services Inc                    | 1332 E Yosemite Ave<br>Manteca, CA 95336     | All Ages - Spanish                              | 823-0208     |
| Western Dental Services Inc                    | 1160 W Yosemite Ave<br>Manteca, CA 95337     | 2+ - Spanish, Punjabi,<br>Chinese               | 624-5160     |



## CHDP Dental Referral List

| <b>Non Medi-Cal Referrals</b>                                    | <b>Address</b>                                    | <b>Age(s)/Language(s)</b>                      | <b>Phone</b> |
|--|---|--|--------------|
| St. Raphael's Dental Clinic<br>(For uninsured - call about appt) | 545 W Sonora St<br>Stockton, CA 95203             | Any  | 467-0703     |
| <b>General Anesthesia</b>  | <b>Address</b>                                    | <b>Age(s)/Language(s)</b>                      | <b>Phone</b> |
| Central California Dental Surgicenter<br>(CCDS)                  | 3605 Hospital Road, Ste H<br>Atwater, CA 95301    | 2+   | 381-2047     |
| Children's Dental Surgery Center                                 | 1523 E March Ln, Ste A<br>Stockton, CA 95210      | 8 and under - Spanish                          | 952-9000     |
| Salida Surgery Center  | 5712 Pirrone Rd<br>Salida, CA 95368               | 16 months-10 yrs -<br>Spanish                  | 543-9299     |
| <b>Orthodontist</b>  | <b>Address</b>                                    | <b>Age(s)/Language(s)</b>                      | <b>Phone</b> |
| Callender, Ralph   | 1350 W Robinhood Dr, Ste 20<br>Stockton, CA 95207 | 8+ -Spanish                                    | 477-6700     |
| Coast Dental   | 2990 W Grant Line Rd<br>Tracy, CA 95304           | 7+ - Spanish                                   | 830-7797     |
| SmileCare Dental   | 5756 Pacific Ave, Ste 75<br>Stockton, CA 95207    | Any Age - Spanish                              | 472-1765     |
| Western Dental Services Inc<br>(7 sites for Ortho)               | 678 N Wilson Way, Ste D<br>Stockton, CA 95205     | 1+   | 937-9119     |
|  | 1407 W March Ln<br>Stockton, CA 95207             | 1+   | 473-1129     |
|  | 7860 West Ln, Ste B5<br>Stockton, CA 95210        | 1+   | 954-1727     |
|  | 320 S Cherokee Ln<br>Lodi, CA 95240               | 1+   | 366-7970     |
|  | 1160 W Yosemite Ave<br>Manteca, CA 95337          | 3+   | 624-5160     |
|  | 1332 E Yosemite Ave<br>Manteca, CA 95336          | 1+   | 823-0208     |
|  | 2313 N Corral Hollow Rd<br>Tracy, CA 95376        | Any  | 832-9530     |
| <b>Oral Surgeon</b>  | <b>Address</b>                                    | <b>Age(s)/Language(s)</b>                      | <b>Phone</b> |
| Coast Dental   | 2990 W Grant Line Rd<br>Tracy, CA 95304           | Age varies depending on<br>procedure - Spanish | 830-7797     |
| SmileCare Dental   | 5756 Pacific Ave, Ste 75<br>Stockton, CA 95207    | Any Age - Spanish                              | 472-1765     |
| Western Dental Services Inc                                      | 2313 N Corral Hollow Rd<br>Tracy, CA 95376        | Any  | 832-9530     |



©Jason Micek Photography

## Help Your Child Succeed in School: Build the Habit of Good Attendance Early

School success goes hand in hand with good attendance!

### DID YOU KNOW?

- Starting in kindergarten, too many absences can cause children to fall behind in school.
- Missing 10 percent (or about 18 days) can make it harder to learn to read.
- Students can still fall behind if they miss just a day or two days every few weeks.
- Being late to school may lead to poor attendance.
- Absences can affect the whole classroom if the teacher has to slow down learning to help children catch up.

**Attending school regularly helps children feel better about school—and themselves. Start building this habit in preschool so they learn right away that going to school on time, every day is important. Good attendance will help children do well in high school, college, and at work.**

### WHAT YOU CAN DO

- Set a regular bed time and morning routine.
- Lay out clothes and pack backpacks the night before.
- Find out what day school starts and make sure your child has the required shots.
- Introduce your child to her teachers and classmates before school starts to help her transition.
- Don't let your child stay home unless she is truly sick. Keep in mind complaints of a stomach ache or headache can be a sign of anxiety and not a reason to stay home.
- If your child seems anxious about going to school, talk to teachers, school counselors, or other parents for advice on how to make her feel comfortable and excited about learning.
- Develop back-up plans for getting to school if something comes up. Call on a family member, a neighbor, or another parent.
- Avoid medical appointments and extended trips when school is in session.

### When Do Absences Become a Problem?



Note: These numbers assume a 180-day school year.

For more on school readiness, visit [attendanceworks.org](http://attendanceworks.org) and [reachoutandread.org](http://reachoutandread.org)





## Ayude a su hijo a tener éxito en la escuela: Creando el hábito de buena asistencia a temprana edad ¡El éxito escolar va de mano a mano con una buena asistencia escolar!

### ¿SABÍA QUE...?

- Empezando en el kínder, muchas ausencias pueden causar que los niños se atrasen en la escuela.
- Faltar el 10% (más o menos faltar 18 días en el kínder) puede bajar el rendimiento en el primer grado y hacer que cueste más aprender a leer.
- Los estudiantes se pueden seguir atrasando aunque sólo falten uno o dos días durante varias semanas.
- Las llegadas tarde en los primeros grados pueden predecir que el estudiante tendrá mala asistencia en los años siguientes.
- La falta de asistencia a la escuela puede afectar a todos en la clase, ya que el maestro tiene que disminuir el aprendizaje para ayudar a los niños a ponerse al día.
- Las escuelas pueden perder dinero para programas educacionales porque frecuentemente la asistencia es la base para la asignación de los fondos.

**Asistir regularmente a la escuela, ayuda a los niños a sentirse mejor en la escuela—y consigo mismos. Empezar a crear este hábito en la edad preescolar, los hará aprender rápidamente la importancia de ir a la escuela a la hora indicada y todos los días. La buena asistencia ayudará a los niños a tener éxito en la preparatoria, la universidad y en el trabajo.**

### COMO AYUDAR A SU HIJO

- Establezca una hora consistente para acostarse y la rutina de cada mañana.
- Prepare la ropa y las mochilas la noche anterior.
- Averigüe el día en que empieza la escuela y asegúrese que su hijo tenga las vacunas requeridas.
- Presente a su hijo a sus maestros y compañeros de clase antes que la escuela empiece, para ayudarlo con la transición a la escuela.
- Sólo deje que su niño se quede en casa si está realmente enfermo. Tenga en mente que las quejas de un dolor de estómago o de cabeza pueden ser señal de ansiedad y no una razón para quedarse en casa.
- Si su hijo parece ansioso por ir a la escuela, hable con los maestros, consejeros u otros padres para que le aconsejen sobre cómo hacerlo sentir cómodo y motivado a asistir a la escuela.
- Prepare opciones para llegar a la escuela si algo inesperado sucede. Contacte con anterioridad un familiar, un vecino u otro padre para que le ayude en esos días.
- Evite citas médicas y viajes prolongados durante el tiempo de escuela.
- Contacte al personal de la escuela u oficiales de la comunidad para encontrar ayuda sobre transportación, vivienda, empleo o problemas de salud.

### ¿Cuándo las ausencias se vuelven en problema?

|   |   |
|---|---|
|  | <b>AUSENCIA CRÓNICA</b><br>18 días o más    |
|  | <b>SIGNOS DE AVISO</b><br>10 a 17 días      |
|  | <b>SATISFACTORIO</b><br>9 ó menos ausencias |

Nota: Números asumen un año escolar de 180 días

**Para más información sobre cómo preparar a su hijo para la escuela, visite [attendanceworks.org](http://attendanceworks.org) y [reachoutandread.org/esp](http://reachoutandread.org/esp)**

# WHEN IS SICK TOO SICK FOR SCHOOL?



## SEND ME TO SCHOOL IF...

I have a runny nose or just a little cough, but no other symptoms.

I haven't taken any fever reducing medicine for 24 hours, and I haven't had a fever during that time.

I haven't thrown up or had any diarrhea for 24 hours.



## KEEP ME AT HOME IF...

I have a temperature higher than 99.6 degrees even after taking medicine.

I'm throwing up or have diarrhea.

My eyes are pink and crusty.



## CALL THE DOCTOR IF...

I have a temperature higher than 99.6 degrees for more than two days.

I've been throwing up or have diarrhea for more than two days.

I've had the sniffles for more than a week, and they aren't getting better.

I still have asthma symptoms after using my asthma medicine (and call 911 if I'm having trouble breathing after using an inhaler).

IF YOUR CHILD WILL BE ABSENT DUE TO ILLNESS, PLEASE MAKE SURE TO CALL THE ADMIN OFFICE AT 410-396-9140 TO LET US KNOW AND TURN IN A WRITTEN NOTE THE FIRST DAY YOUR CHILD RETURNS TO SCHOOL.

Excerpts taken from BCPS January 2014 Family Menu

# MANDO A MI HIJO SI NO SE SIENTE BIEN?



## MANDELO A LA ESCUELA SI...

Tiene la nariz mucosa y un poquito de tos pero ningún otro sintoma.

Si no ha tomado medicina para la fiebre por 24 horas y no ha tenido fiebre durante este tiempo.

No ha vomitado o tenido diarrea por 24 horas.

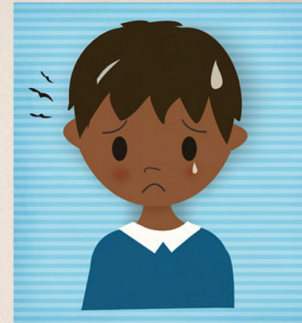


## DEJELO EN LA CASA SI...

Tiene temperatura más alta de los 99.6 grados aun después de tomar medicina.

Ha estado o está vomitando o tiene diarrea.

Tiene un ojo rojo/rosado y con pus.



## LLEVELO AL DOCTOR SI...

Tiene temperatura más alta de los 99.6 grados por más de dos días.

Si ha estado vomitando o con diarrea por más de dos días.

Si ha tenido la nariz mucosa por más de una semana y no ha mejorado.

Si todavía tiene síntomas de asma después de tomar la medicina (llame al 911 si todavía tiene problemas de respiración después de usar el inhalador).

SI SU HIJO VA A ESTAR AUSENTE DEBIDO A ENFERMEDAD FAVOR DE LLAMAR A LA OFICINA AL 410-396-9140 PARA DEJARNOS SABER Y MANDE UNA NOTA EL PRIMER DIA QUE SU HIJO REGRESE A LA ESCUELA .

Estos fragmentos han sido tomados del Menu Familiar de Enero 2014 de BCPS.

# Stockton Unified School District

## CUSTODY LAW NOTIFICATION

Custody disputes must be handled by the courts. By law, if parents are legally separated or divorced, each parent has equal rights to the custody of the children UNLESS one of them has a signed court order that indicates otherwise. The school has no legal right to refuse biological parent's access to their children and/or school records.

If a parent has a signed, current court order limiting the other parent or any other person, the school MUST HAVE A COPY of the court order on file. If a copy is not on file, the school is required by law to release children to their parents with proper identification. Situations that put the welfare of students in question will be handled at the discretion of the Principal/Designee. In situations that become a disruption to the school, local law enforcement will be contacted, and an officer will be requested to intervene.

Parents are asked to make every attempt not to involve schools in custody matters. Please have current information on file for your children.

I have read and understand the above statement.

Student Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**This form shall remain in effect as long as my child attends Stockton Unified School District. If any changes occur, I will inform my child's school office and update records with new court orders.**

# Distrito Escolar Unificado Stockton

## NOTIFICACIÓN DE CUSTODIA LEGAL

Custody disputes are handled by the courts. The school district does not enforce court orders. When a court order applies to the school district, the school district will follow it. By law, if parents are legally separated or divorced, each parent has equal rights to the custody of the children UNLESS one of them has a signed court order that indicates otherwise. Without such a court order, the school will have no legal right to refuse a biological parent's access to their children and/or the children's school records.

If a parent has a signed, current court order limiting the other person or parent's rights, the school cannot comply if it does not have a copy of the court order. As a result, it is very important that a parent provide a school with any current applicable court orders. Situations that put the welfare of students in question will be handled at the discretion of the Principal/Designee. In situations that become a disruption to the school, local law enforcement will be contacted, and an officer will be asked to intervene.

Parents are asked to make every attempt not to involve schools in custody matters. Please have current information on file for your children.

I have read and understand the above statement.

Student Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**This form shall remain in effect as long as my child attends Stockton Unified School District. If any changes occur, I will inform my child's school office and update records with new court orders.**

# 2019-2020 Transitional Kindergarten

Students are eligible for Transitional Kindergarten (TK) if their birthday is between Sept. 2 - Dec. 2 of 2014.

Available at the following sites:

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Adams Elementary</b><br>6402 Inglewood Ave.<br>Stockton, CA 95207<br>(209) 933-7155          | <b>Hamilton Elementary</b><br>2245 E. Eleventh St.<br>Stockton, CA 95206<br>(209) 933-7395      | <b>Peyton Elementary</b><br>2525 Gold Brook Dr.<br>Stockton, CA 95212<br>(209) 933-7420      |
| <b>August Elementary</b><br>2101 Sutro Ave.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7160             | <b>Harrison Elementary</b><br>3203 Sanguinetti Dr.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7205      | <b>Pulliam Elementary</b><br>230 Presidio Way<br>Stockton, CA 95210<br>(209) 933-7265        |
| <b>Bush Elementary</b><br>5420 Fred Russo Dr.<br>Stockton, CA 95212<br>(209) 933-7350           | <b>Hong Kingston Elementary</b><br>6424 N. Alturas Ave.<br>Stockton, CA 95207<br>(209) 933-7493 | <b>Taft Elementary</b><br>419 Downing Ave.<br>Stockton, CA 95206<br>(209) 933-7285           |
| <b>Cleveland Elementary</b><br>20 E. Fulton St.<br>Stockton, CA 95204<br>(209) 933-7165         | <b>Hoover Elementary</b><br>2900 Kirk St.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7125               | <b>Taylor Leadership Academy</b><br>1101 Levar Blvd.<br>Stockton, CA 95206<br>(209) 933-7290 |
| <b>Commodore Skills Elementary</b><br>2725 Michigan St.<br>Stockton, CA 95204<br>(209) 933-7170 | <b>Kennedy Elementary</b><br>630 Ponce de Leon Ave.<br>Stockton, CA 95210<br>(209) 933-7225     | <b>Van Buren Elementary</b><br>1628 E. Tenth St.<br>Stockton, CA 95206<br>(209) 933-7305     |
| <b>El Dorado Elementary</b><br>1540 N. Lincoln St.<br>Stockton, CA 95204<br>(209) 933-7175      | <b>King Elementary</b><br>2640 E. Lafayette St.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7230         |  |
| <b>Fremont Elementary</b><br>2021 E. Flora St.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7385          | <b>Montezuma Elementary</b><br>2843 Farmington Rd.<br>Stockton, CA 95205<br>(209) 933-7255      |  |

For questions and more information, please contact:

Debra Keller

Director, Early Childhood School Readiness

(209) 933-7380 ext. 1356

