



CENTRALIZED ENROLLMENT *First Day Checklist*

Phone: (209) 933-7028

Email: enrollment@Stocktonusd.net

***Please complete forms A-E and Turn in First Day
(Por Favor Entregue Las Formas A-E el Primer Dia)***

Emergency Card	Form A
Student Information Card	Form B
Mandatory Signature Sheet	Form C
Parent Involvement Policy Evaluation	Form D
Parent Advisory Committee Application	Form E
Flu Vaccine Consent Form (Optional)	Form F
COVID-19 Vaccine Consent Form (Optional)	Form G
Dental Consent Form (Optional)	Form H
LatinX Application (Optional)	Form I
African-American/Black Parent Advisory Committee Application (Optional)	Form J
Healthy Kids Survey (Optional)	Form K
Photo Opt-In Form (Optional)	Form L



**SUSD Health Services
Emergency & Health Information**

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

In case of emergency, illness or accident to: Student's Name
the school is authorized to proceed as indicated below:

DOB (dd/mm/yyyy) _____
ADDRESS: _____ City: _____ Zip: _____

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 06/25/2019 • #0028400

PLEASE TURN OVER AND FILL OUT BACK OF THIS FORM

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
- Vision: Wears Glasses? 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# _____

Under the Local Education Agency (LEA) Billing Options Program for covered health related services in a child's IEP/504/Health Care Plan, your student's public insurance program may be access and provided to a school district's LEA Billing Agency to cover health related services. These services may or may not be related to your child's IEP/504/Health Care Plan services. These services will not impact your child's Medi-Cal coverage. Services will be covered at no cost to the parent. Parents and Guardians may withdraw consent for the LEA Billing Options Program at any time by notifying Health Service Department in writing at 975 North D Street, Stockton Ca. 95206

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Emergency & Health Information 06/25/2019



**SUSD Health Services
Emergency & Health Information**

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

En caso de emergencia, enfermedad o accidente: Student's Name
la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación: **DOB (dd/mm/yyyy)** _____

Domicilio: _____ **City:** _____ **Zip:** _____

PRIMERA LLAMADA

GUARDIÁN PRIMARIO: _____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

SEGUNDA LLAMADA:

_____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

TERCERA LLAMADA:

_____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Teléfono Celular

CUARTA LLAMADA:

_____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Nombre Parentesco Teléfono de la Casa 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 06/25/2019 • #0028400

FAVOR THE LLENAR EL LADO REVERSO

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
- Vision: Usa Lentes? 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# _____

Bajo el Programa de Opciones de Facturación de la Agencia de Educación Local (LEA) para servicios cubiertos relacionados con la salud en el IEP / 504 / Plan de Atención Médica de un niño, el programa de seguro público de su estudiante puede ser accedido a la Agencia de Facturación LEA del distrito escolar para cubrir servicios relacionados con la salud. Estos servicios pueden o no estar relacionados con los servicios IEP / 504 / Health Care Plan de su hijo. Estos servicios no afectarán la cobertura de Medi-Cal de su hijo. Los servicios serán cubiertos sin costo para los padres. Los padres y tutores pueden retirar el consentimiento para el Programa de Opciones de Facturación de LEA en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Servicios de Salud al 975 North D Street, Stockton Ca. 95206

Firma del Padre o Guardián: _____ Date: _____

Emergency & Health Information 06/25/2019



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: _____

Place of Birth: City: _____ State: _____ Country: _____

Home Address: _____
HOME ADDRESS APT#

CITY STATE ZIP

Primary Phone: (_____) _____ - _____ E-Mail: _____

Preferred Contact Language: ENGLISH SPANISH HMONG LAOS THAI KHMER

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home) | <input type="checkbox"/> Doubled-up (Temporarily shared housing with other families / individuals due to economic hardship or loss) |
| <input type="checkbox"/> Shared Housing (A long-term cooperative living arrangement with other families or individuals.) | <input type="checkbox"/> In a shelter or transitional housing program |
| <input type="checkbox"/> In a motel/hotel | <input type="checkbox"/> Unsheltered (car/campsite) |
| | <input type="checkbox"/> Other (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.

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> African American or Black | <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native
Tribe: _____ | <input type="checkbox"/> Hawaiian | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Tahitian |
| <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> White |
| <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino American | <input type="checkbox"/> Laotian | |
| | <input type="checkbox"/> Other Asian | |

PLEASE FILL OUT REVERSE SIDE

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Parent / Guardian I - Legal Name

FIRST NAME _____ LAST NAME _____ DATE OF BIRTH _____

ADDRESS (If Different from Student's Home Address) _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

Duplicate Mailing: Please send duplicate mail correspondence to the address indicated above. _____ (Parent/Guardian I Initials)

FATHER MOTHER STEP-FATHER STEP-MOTHER
 LEGAL GUARDIAN FOSTER/GROUP HOME OTHER _____

Cell Phone: (_____) _____ - _____

Work Phone: (_____) _____ - _____

E-mail: _____

Are you on Active Duty with U.S. Armed Forces? Yes No

Military Branch: _____

Enlistment Date: _____

Parent / Guardian II - Legal Name

FIRST NAME _____ LAST NAME _____ DATE OF BIRTH _____

ADDRESS (If Different from Student's Home Address) _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

Duplicate Mailing: Please send duplicate mail correspondence to the address indicated above. _____ (Parent/Guardian II Initials)

FATHER MOTHER STEP-FATHER STEP-MOTHER
 LEGAL GUARDIAN FOSTER/GROUP HOME OTHER _____

Cell Phone: (_____) _____ - _____

Work Phone: (_____) _____ - _____

E-mail: _____

Are you on Active Duty with U.S. Armed Forces? Yes No

Military Branch: _____

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? YES NO

If so, please provide legal documentation

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 _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Padre / Tutor I - Nombre Legal	Padre / Tutor II - Nombre Legal
PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____	PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRRECCION (Si es diferente de la dirección del hogar del estudiante) _____	DIRRECCION (Si es diferente de la dirección del hogar del estudiante) _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____	CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
<input type="checkbox"/> Correo duplicado: por favor envíe la correspondencia duplicada a la dirección indicada arriba. (Iniciales del padre / tutor I)	<input type="checkbox"/> Correo duplicado: por favor envíe la correspondencia duplicada a la dirección indicada arriba. (Iniciales del padre / tutor I)
<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> GUARDIAN LEGAL <input type="checkbox"/> ALVERGUE/ CASA HOGAR <input type="checkbox"/> OTRA _____	<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRASTRO <input type="checkbox"/> MADRASTRA <input type="checkbox"/> GUARDIAN LEGAL <input type="checkbox"/> FOSTER/GROUP HOME <input type="checkbox"/> OTRA _____
Numero Celular: (_____) _____ - _____	Numero Celular: (_____) _____ - _____
Número del Trabajo: (_____) _____ - _____	Numero del Trabajo: (_____) _____ - _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____
¿Es activo/a en Servicio de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Rama militar: _____ Fecha de alistamiento: _____	¿Es activo/a en Servicio de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Rama militar: _____ Fecha de alistamiento: _____

Nivel de educación más alto (marque uno): <input type="checkbox"/> No un Graduado De La Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado De La Secundaria <input type="checkbox"/> Algun Colegio O Un Titulo Asociado <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Titulo Posgrado O Mas Alto	Nivel de educación más alto (marque uno): <input type="checkbox"/> No un Graduado De La Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado De La Secundaria <input type="checkbox"/> Algun Colegio O Un Titulo Asociado <input type="checkbox"/> Graduado del Colegio <input type="checkbox"/> Titulo Posgrado O Mas Alto
---	---

Custodio legal del estudiante: ¿Es usted el tutor legal del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene derechos educativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Custodio legal del estudiante: ¿Es usted el tutor legal del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene derechos educativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Custodia: ¿Existe un acuerdo de custodia legal con respecto a este estudiante? SI NO

Si es así, por favor proporcione documentación legal

CONTINUACIÓN DE LA INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Escuelas a las que recientemente ha asistido:

ESCUELA	DIRRECCION/CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	GRADO(S)	FECHA(S)

¿Ha sido reprobado/a su hijo/a? Sí No Nivel de Grado(s) _____

¿Hay informes psicológicos o confidenciales disponibles en la escuela anterior de su hijo/a? Sí No

¿Ha sido suspendido su hijo/a? Sí No ¿Ha sido expulsado **alguna vez** su hijo/a? Sí No SARB? Sí No

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (Por favor, marque todas las casillas que correspondan)

EDUCACION ESPECIAL: IEP Recursos (RSP) Clases de Día Especial (SDC) Habla/Lenguaje

OTRA: Talentoso(GATE) Matemáticas Correctivas Lectura Correctiva Consejería Desarrollo del Lenguaje del Ingles 504

Otra (Especifique) _____

Doy autorización a esta escuela para solicitar:

Registros acumulativos Transcripciones (SOLO para la escuela secundaria) de todas las escuelas a las que asistió anteriormente.

Como el padre / tutor legal de este estudiante, autorizo a la escuela a proporcionar e intercambiar información oral y escrita con la Agencia de Servicios Humanos con respecto al nombre del estudiante, la fecha de nacimiento, la dirección, la inscripción, la asistencia y el estado de graduación. Entiendo que mi autorización es voluntaria y no se requiere para el registro escolar y que esta solicitud puede no ser aplicable a las circunstancias particulares de mi hijo. (caja de la firma)

Mi firma certifica que toda la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo que los cambios en la dirección, los números de teléfono y / o la información de emergencia se deben informar a la escuela dentro de las 24 horas por la seguridad de mi hijo.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

FECHA

(Please Print)

Stockton Unified School District
Mandatory Signature Sheet

GRADE

Student's Legal Name: _____ Student ID#: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Date of Birth: _____ School: _____

The purpose of this consolidated signature form is to provide parents and students one single document signifying receipt and acknowledgment of mandatory forms for your student. Please be sure that you have located each form in the School Packet and acknowledge your understanding and receipt of each form by signing in the appropriate signature block on this document. **Your student MUST return this Mandatory Signature Sheet to his/her school orientation.** *Please note—there is no need to sign and return the original forms—this Mandatory Signature Sheet will serve as your receipt and acknowledgment and is the **ONLY** form that must be returned to school pertaining to the forms listed.*

SUSD Acceptable Use Policy - Pg. 4

I acknowledge that I have received and read the District Acceptable Use of Technology Policy, my student will abide by the rules stated therein.

Parent/Guardian Signature  _____ Date: _____

I acknowledge that I have received and read the District Acceptable Use of Technology Policy. I agree to follow the rules contained in this policy. I understand that if I violate the rules, my account can be terminated and I may face other disciplinary measures.

Student Signature  _____ Date: _____

Annual Permit for Student Photographs & Video Reproduction - Pg. 2

I give permission for my child to be photographed, filmed or videotaped during the course of the school year while participating in a school district sponsored activity.

I don't give permission for my child to be photographed or filmed during the course of the school year.

Parent/Guardian Signature  _____ Date: _____

Legal Rights and Responsibilities - Pg. 26

State Law says that it is the responsibility of each parent/guardian to notify the school that they have received this notice (State Law E.C. 40902) This is located in the District Policies and Procedures Handbook. Please Sign.

Parent/Guardian Signature  _____ Date: _____

Please acknowledge that you have received, read, and understand the following notifications by checking the appropriate boxes and by signing below:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Annual Permit for Student Photographs & Video Reproduction - Pg. 2 | <input type="checkbox"/> Items Not Allowed on School Campus - Pg. 2 | <input type="checkbox"/> School Parent Compact - Included |
| <input type="checkbox"/> Attendanceworks.Org Flyer - Pg. 41 | <input type="checkbox"/> Parent Volunteer Procedures - Pg. 5 | <input type="checkbox"/> Title I Parent Involvement Policy -Included |
| <input type="checkbox"/> Bell Schedule - Included | <input type="checkbox"/> Parent Role in Emergencies (REMS) - Pg. 3 | <input type="checkbox"/> When is too sick to go to school? -Pg. 40 |
| <input type="checkbox"/> SUSD Parent Involvement Policy - Pg. 6 | <input type="checkbox"/> Cell Phones/Electronic Devices Notice - Pg. 2 | <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Fact Sheet -Pg. 47 |
| <input type="checkbox"/> Conduct Code Book - Pg. 9 | <input type="checkbox"/> Principal's Letter - Included | |
| <input type="checkbox"/> Health Services Flu Notice - Pg. 43 | <input type="checkbox"/> Risk Management – Pesticide Letter - Pg. 3 | |
| <input type="checkbox"/> Dress Code - Pg. 2 | <input type="checkbox"/> Student Acceptable Use Policy (AUP) - Pg. 4 | |
| <input type="checkbox"/> Instructional Calendar - Included Separately | <input type="checkbox"/> Textbook & Library Checkout Notice - Pg. 5 | |

Print Parent/Guardian Name

Date

Parent/Guardian Signature(s)

******Both sides of form must be completed and signed before student may obtain schedule******

(Imprima Por Favor)

GRADO

**Stockton Unified School District
Hoja de Firma Obligatoria**

Nombre Legal del Estudiante: _____ ID del Estudiante: _____

Tel. de la Casa: _____ Tel. Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela Secundaria: _____


El proposito de esta Hoja de Firma Obligatoria es el de proveer a los padres y estudiantes con un solo documento acusando recibo de todas las formas mandatorias para su estudiante. Por favor asegurese de localizar cada forma en el Paquete Escolar y reconozca haber recibido y comprendido cada forma con su firma correspondiente a este documento. Su estudiante debere devolver esta Hoja de Firma Obligatoria durante su Orientacion. Note que no hay necesidad ni de firma ni de regresar las formas originales - esta Hoja Obligatoria de Firma servira como su acuse de recibo y es la UNICA forma que tiene que ser devuelta a la escuela pertinente a las formas aqui enumeradas.

Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito - Pg. 4

- Acepto que he recibido y leído las Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito Escolar Unificado de Stockton. Me hago responsable de que mi hijo/a cumpla con las reglas establecidas.

Firma del Padre/Guardian  _____ Fecha: _____


- Acepto que he recibido y leído las Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito Escolar Unificado de Stockton. Estoy de acuerdo en seguir las reglas contenidas en estas normas. Yo entiendo que si violo las reglas, mi cuenta puede ser terminada y puedo enfrentar otras medidas disciplinarias.

Firma del Estudiante  _____ Fecha: _____

Permiso Anual Fotografico y Reproduccion de Videocintas - Pg. 2

- Doy permiso para que mi estudiante sea fotografiado o filmado durante el curso del año escolar mientras participe en actividades patrocinadas por el distrito.

- No doy permiso para que mi estudiante sea fotografiado o filmado durante el curso del año escolar.

Firma del Padre/Guardian  _____ Fecha: _____

Legal Rights and Responsibilities - 25

State Law says that it is the responsibility of each parent/guardian to notify the school that they have received this notice (State Law E.C. 40902) This is located in the District Policies and Procedures Handbook. Please Sign.

Firma del Padre/Guardian  _____ Fecha: _____

Por favor reconozca que ha recibido, leído y comprendido las siguientes notificaciones, marcando las casillas correspondientes y firmando abajo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Permiso Annual Fotografico y Reproduccion de Videocintas para los Estudiantes -Pg. 2 | <input type="checkbox"/> Aviso De Los Teléfonos Celulares / Dispositivos Electrónicos - Pg. 2 |
| <input type="checkbox"/> Attendanceworks.Org Informacion - Pg. 41 | <input type="checkbox"/> Carta del Director - Incluido |
| <input type="checkbox"/> Horario de Clases - Incluido por separado | <input type="checkbox"/> Risk Management – Carta acerca de Pesticidas - Pg. 3 |
| <input type="checkbox"/> Politica de Involucramiento de Padres de SUSd - 6 | <input type="checkbox"/> Aviso De Responsabilidad - Libros De Texto Y De La Biblioteca - Pg. 5 |
| <input type="checkbox"/> Codigo de Conducta - Pg. 9 | <input type="checkbox"/> Convenio Entre la Escuela y Padres Para el Rendimiento - Incluido |
| <input type="checkbox"/> Aviso sobre la Vacuna contra la Gripe - Pg. 43 | <input type="checkbox"/> Politica de Involucramiento de Padre de Titulo I - Pg. 40 |
| <input type="checkbox"/> Codigo de Vestimenta - Pg. 2 | <input type="checkbox"/> Mando A Mi Hijo Si No Se Siente Bien? Informacion - Pg. 40 |
| <input type="checkbox"/> Calendario Escolar - Incluido separado | <input type="checkbox"/> Hoja informativa sobre la vacuna COVID-19 -Pg. 47 |
| <input type="checkbox"/> Articulos No Permitidos en los Planteles Escolares - Pg. 2 | |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos Para Los Padres Voluntarios - Pg. 5 | |
| <input type="checkbox"/> Papel de los Padres/Tutores en una Emergencia - Pg. 3 | |

Imprima el Nombre del Padre/Guardian

Fecha

Firma del Padre/Guardian

******Ambos lados de esta forma deben de ser completados y firmados antes de que el estudiante pueda obtener su horario de clases******



PLEASE RETURN TO YOUR CHILD TEACHER BY AUGUST 2021

SUSD PARENT INVOLVEMENT POLICY EVALUATION



School: _____

Instructions: Please indicate the extent to which you agree with the following statement:

Examples: Wrong - Wrong - Correct -

STOCKTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT HAS:

	<i>YES</i>	<i>NO</i>	<i>I Don't Know</i>
1. Involved parents in the joint development of the school plan to establish strategies and activities for program improvement;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Assisted parents in understanding the State's academic content standards, student academic achievement standards and academic assessments;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Provided materials and training to help parents work with their children to improve their children's achievement, such as literacy training, parenting skills, and using technology, to foster parent involvement;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Educated school personnel, with the assistance of parents, in the value and utility of contributions of parents, how to reach, communicate and work with parents;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coordinated and integrated parent involvement programs and activities with other organizations/partnerships;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ensured that information related to school and parent programs, meetings and other activities was sent to parents in a format and language that parents can understand; and	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Built support for schools' and parents' potential for strong parent involvement activities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

During the 2020-2021 school year, I have participated in (fill all that apply):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15	16

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Parent Trainings/Workshops | 7 Parent Advisory Committee (PAC), (AABPAC), (Latin X) | 13 Community Advisory Committee (CAC) |
| 2 Accessing ParentVue, iReady, Spotlight, Xello | 8 Pre-School Parent Advisory Committee | 14 Native American Indian Center Parent/Student Advisory Committee (PSAC) |
| 3 School Site Council (SSC) | 9 Back to School Nights/Open House for Parents | 15 Family Engagement & Education Office (FEEO) Activities |
| 4 Parent Coffee Hour | 10 Superintendent Meet & Greet | 16 Other : _____ |
| 5 English Learner Advisory Committee (ELAC - site) / (DELAC - district) | 11 Parent Academies | |
| 6 Parent-Teacher Conference | 12 Local Control Accountability Plan (LCFF/LCAP) Meetings | |

I would like the district / school to provide more trainings / workshops on (fill all that apply):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Communicating and connecting with my child | 4 How to support my child to be college & career ready | 7 How to support school safety |
| 2 Supporting learning at home (e.g., reading to my child, helping with school work) | 5 Parents' Rights & Responsibilities in the school system | 8 Parent support and resources (e.g., ESL, GED, financial literacy) |
| 3 Using technology to help my child with school work | 6 Becoming a parent leader at the school site | 9 Other: _____ |

SUSD Teacher Instructions: Following collection of surveys, please forward to the district's State & Federal Department located at 701 N. Madison Street, Stockton, CA 95202



PLEASE RETURN TO YOUR CHILD TEACHER BY AUGUST 2021

SUSD PARENT INVOLVEMENT POLICY EVALUATION



School: _____

Instructions: Please indicate the extent to which you agree with the following statement:

Examples: Wrong - [X] Wrong - [triangle] Correct - [square]

In the future, I prefer to attend meetings, events, and workshops/trainings:

1

2

3

4

- 1 In-Person / Face to Face
2 Virtually
3 In-Person with Virtual Streaming

In the future, I prefer to attend meetings, events, or workshops/trainings: (Check as many boxes that apply.)

1

2

3

4

- 1 in the mornings (8:00 am - 11:30 am)
2 in the afternoons (12:00 pm [noon] - 4:30 pm)
3 in the evenings (5:00 pm - 7:00 pm)
4 in the evenings (6:00 pm - 8:00 pm)

I prefer to be contacted by SUSD by:

1

2

3

4

- 1 Pre-Recorded Phone Call
2 Text Message (ex. Remind App)
3 Email
4 Live Phone Call

SUSD Teacher Instructions: Following collection of surveys, please forward to the district's State & Federal Department located at 701 N. Madison Street, Stockton, CA 95202



POR FAVOR REGRESE A SU HIJO MAESTRO PARA AGOSTO DE 2021
EVALUACIÓN DE POLÍTICA DE INVOLUCRAMIENTO DE PADRES DE SUSD



Escuela: _____

Instrucciones: Por favor, indique su acuerdo con una marca de verificación

Ejemplos: Incorrecto - Incorrecto - Correcto -

EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE STOCKTON HA:

SÍ NO NO SÉ

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Involucró a los padres en el desarrollo conjunto del plan escolar para establecer estrategias y actividades para mejorar el programa; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ayudó a los padres a comprender los estándares de contenido académico del estado, los estándares de rendimiento académico de los estudiantes y las evaluaciones académicas.; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Proporcionó materiales y capacitación para ayudar a los padres a trabajar con sus hijos para mejorar el rendimiento de sus hijos, como capacitación en alfabetización, habilidades de crianza y uso de tecnología para fomentar la participación de los padres.; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Personal escolar educado, con la asistencia de los padres, sobre el valor y la utilidad de las contribuciones de los padres, cómo comunicarse con ellos y comunicarse con ellos.; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Programas y actividades coordinados e integrados de participación de padres con otras organizaciones / asociaciones; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Se aseguró de que la información relacionada con la escuela y los programas para padres, reuniones y otras actividades se enviara a los padres en un formato y lenguaje que los padres puedan entender; y | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Se generó apoyo para el potencial de las escuelas y los padres para actividades sólidas de participación de los padres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante el año escolar 2020-2021, he participado en (rellena todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	10	11	12	13	14	15	16

- | | | |
|--|---|--|
| 1 Talleres Para Padres | 7 Comité Asesor de Padres (PAC), (AABPAC), (Latin X) | 13 Comité Asesor de Padres/Estudiantes del Centro Indígena Nativo Americano (PSAC) |
| 2 ParentVue Accedido, iReady, Spotlight, Xello | 8 Comité Asesor de Padres de Preescolar | 14 Comité Consultivo Comunitario (CAC) |
| 3 Consejo De Sitio Escolar (SSC) | 9 Noches de Regreso a la Escuela / Casa Abierta para Padres | 15 Actividades de la Oficina de Educación y Participación Familiar (FEEO) |
| 4 Hora del café para padres | 10 Superintendente Meet & Greet | 16 Otro: _____ |
| 5 Comité Asesor de Estudiantes de Inglés (ELAC - escuela) / (DELAC - distrito) | 11 Academias ParaPadres | |
| 6 Conferencia De Padres Y Maestros | 12 Reunión del Plan de responsabilidad de control local (LCFF / LCAP) | |

I would like the district / school to provide more trainings / workshops on (fill all that apply):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

- | | | |
|--|--|--|
| 1 Comunicándome y conectándome con mi hijo | 4 Cómo apoyar a mi hijo para que esté listo para la universidad y la carrera | 7 Cómo apoyar la seguridad escolar |
| 2 Apoyar el aprendizaje en casa (p. Ej., Lectura a mi hijo, ayudando con el trabajo escolar) | 5 Derechos y responsabilidades de los padres en el sistema escolar | 8 Apoyo y recursos para padres (por ejemplo, ESL, GED, educación financiera) |
| 3 Usar tecnología para ayudar a mi hijo con el trabajo escolar | 6 Convertirse en un padre líder en el sitio escolar | 9 Otro: _____ |

SUSD Teacher Instructions: Following collection of surveys, please forward to the district's State & Federal Department located at 701 N. Madison Street, Stockton, CA 95202



**POR FAVOR REGRESE A SU HIJO MAESTRO PARA AGOSTO DE 2021
EVALUACIÓN DE POLÍTICA DE INVOLUCRAMIENTO DE PADRES DE SUSD**



Escuela: _____

Instrucciones: Por favor, indique su acuerdo con una marca de verificación

Ejemplos: Incorrecto - Incorrecto - Correcto -

En el futuro, prefiero asistir a reuniones, eventos y talleres / capacitaciones:

1

2

3

4

- 1 En persona / cara a cara
- 2 Virtualmente
- 3 En persona con transmisión virtual

En el futuro, prefiero asistir a reuniones, eventos o talleres / capacitaciones:
(Marque todas las opciones que correspondan).

1

2

3

4

- 1 por las mañanas (8:00 am - 11:30 am)
- 2 por las tardes (12:00 pm [mediodía] - 4:30 pm)
- 3 por las tardes (5:00 p. M. - 7:00 p. M.)
- 4 por las tardes (6:00 pm - 8:00 pm)

Prefiero ser contactado por SUSD por:

1

2

3

4

- 1 Llamada telefónica pregrabada
- 2 Mensaje de texto (p. Ej., Aplicación Recordar)
- 3 Correo electrónico
- 4 Llamada telefónica en vivo



Parent Advisory Committee Application

Family Engagement & Education Office



The purpose of this committee shall be to review, recommend, and advise the district on matters pertaining to the Local Control Accountability Plan (LCAP) and Local Control Funding Formula (LCFF). Assist in the planning, implementation and evaluation of the LCAP. Assist with efforts to make parents aware of the district's policy and procedures relating to the LCAP. Committee members will advise on the annual revision of the LCAP.

School Site: _____ Student Name/ID: _____
Name: _____
Residence Address: _____
Email Address: _____
Occupation/ Profession: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____

I am interested in being considered for membership to the 2020-21 **Parent Advisory Committee (PAC)**. Applicants will be selected through an application process, and appointed by a committee formed by the Family Engagement and Education Office using the criteria listed below. The committee meets the first Thursday of the month from 5:30-7:00 at the district office boardroom.

A parent advisory committee applicant must meet one of the qualifications listed below *(Check all that apply)*:

- Be a parent/guardian of a Stockton Unified School District student.
- Be a parent of students identified for services funded by the Local Control Funding Formula (LCFF), as determined by the state: Free & Reduced Meal Program Participation, English Learner, and/or Foster Youth.
- Understand the importance of parent participation and involvement and be willing to commit to a minimum of two meetings per month.

Explain why you would make a good PAC Representative *(Required)*:

Please attach an additional page, if necessary.

Have you previously or currently been an official member of any parent involvement committees?

- School Site Council (SSC) Parent Advisory Committee (PAC)
- District English Learner Parent Involvement Committee (DELAC)
- English Learner Parent Involvement Committee (ELAC)
- PTA/PTO School Booster Club Other: _____

I understand and meet the above requirements.

Parent Name: _____ Signature: _____
Date: _____

Please return this form to your school. The schools will forward them to our office. You may also forward them directly to the Office of Family Engagement & Education, (F.E.E.O.) at 1144 E. Channel Street, Stockton, CA 95205

Family Engagement & Education Office
Maggie Canela • Dara Dalmau • Aracely Vargas • Charles Watkins • Stephanie Zulueta





Solicitud del Comité de Padres Asesores
Oficina de Envolvimiento y Educación de Familias



El propósito de este comité será examinar, recomendar y aconsejar al Distrito en asuntos pertinentes al Plan de Control y Acontabilidad Local (LCAP) y a la Fórmula de Financiación de Control Local (LCFF). Asistir en la planificación, implementación, y evaluación del LCAP.

Asistir en los esfuerzos por mantener a los padres informados sobre las políticas y procedimientos del Distrito en relación al LCAP. Los miembros del Comité aconsejaran en la revisión anual del LCAP.

Escuela: _____ Nombre del Estudiante/ID: _____
Su Nombre: _____
Domicilio: _____
Correo Electrónico: _____
Ocupación/Profesión: _____
Tel. Casa: _____ Celular: _____

Estoy interesado en que se me considere como miembro del Comité de Padres Asesores (PAC) del ciclo 2020- 21. Los candidatos serán seleccionados por medio de un proceso de postulación, y serán nombrados por un comité formado por la Oficina de Envolvimiento y Educación de la Familia, basándose en la normativa detallada a continuación. El comité se reúne el primer jueves de cada mes, entre 5:30 y 7:00 p.m., en el salón de juntas del Directorio Escolar del Distrito.

El candidato al Comité de Padres Asesores debe cumplir con por lo menos uno de los requisitos enumerados a continuación (Marque todas las que apliquen):

- [-] Ser padre o tutor legal de un estudiante del Distrito Escolar Unificado de Stockton.
[-] Ser padre de estudiantes clasificados para servicios financiados por la Fórmula de Financiación de Control Local (LCFF), tal y como determina el Estado: que participa en el programa de Alimentación Gratuita o Subvencionada, es Aprendiz del Idioma, y/o Joven en Hogar Transitorio
[-] Comprender la importancia de la participación y vinculación de los padres, y estar dispuesto a asistir a un mínimo de dos reuniones por mes.

Explique por qué usted será un buen representante del PAC (Obligatorio):

De ser necesario, agregue hojas adicionales.

¿Ha sido usted, antes o en la actualidad, miembro oficial de algún comité de participación de padres?

- [-] Consejo de la Escuela (SSC) [-] Comité Asesor de Padres (PAC)
[-] Comité de Participación de Padres de Aprendices del Idioma del Distrito (DELAC)
[-] Comité de Participación de Padres de Aprendices del Idioma (ELAC)
[-] PTA/PTO [-]Booster Club (Club de Padres Motivadores) [-] Otro _____

Comprendo y cumplo con los requisitos aquí descritos.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Por favor regrese esta solicitud a la escuela. La escuela se encargará de girarla a nuestro departamento. Si usted desea enviarlo directamente a nuestro departamento también lo puede hacer a través de la siguiente dirección: Office of Family Engagement & Education, (F.E.E.O) at 1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205

Family Engagement & Education Office
Maggie Canela • Dara Dalmau • Aracely Vargas • Charles Watkins • Stephanie Zulueta





Annual Influenza Vaccine Consent Form 2021-2022 FLU SHOT and NASAL SPRAY

Section 1: Information about Child to Receive Vaccine (please print)

STUDENT'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S DATE OF BIRTH	
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	Month	Day
ADDRESS				STUDENT'S AGE	Year
CITY		STATE	ZIP	STUDENT'S GENDER M / F	
SCHOOL		HOMEROOM TEACHER'S NAME		PRINT PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE #:	
				GRADE	

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility Please mark YES or NO for each question.

*Has your child received at least (1) dose of seasonal influenza vaccine since July 1, 2020? YES ___ NO ___

Please answer for persons under the age of 19 years old:	YES	NO
1. Is your child Medi-Cal eligible/have Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is your child uninsured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is your child Native American Indian or Alaskan Native?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is your child underinsured? (Children with health insurance that does not cover all immunizations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The following questions will help us to know if your child can receive the influenza vaccine.		
5. Does your child have cochlear implants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your child have a serious allergy to eggs or Gentamycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Your answers to the following questions will determine if your child will receive an injection or nasal mist.		
9. Has your child received any vaccine (not just flu) within the past 30 days? (e.g., MMR and (or) Varicella "Chicken Pox" vaccine.) Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____ year _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does your child have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (does your child take aspirin everyday)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, medications such as steroids or those used to treat cancer, or sickle cell anemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is your child pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION:

I have read or had explained to me the 2019 Vaccine Information Statement for the seasonal influenza vaccine and understand the risks and benefits. I hold harmless the school district, school site, and individual administering the vaccine. I acknowledge that no guarantee has been provided for the success of the vaccine.

By signing, the signature space provided below, **I GIVE CONSENT** to the Stockton Unified School District and its staff for my child, named at the top of this form, to receive either the injectable vaccine or the intranasal vaccine as appropriate based on the answers to the above questionnaire. If this is the first time a child under 9 years of age receives the influenza vaccine, a second dose of the vaccine is recommended at least 4 weeks after the first dose. Furthermore, I understand that if this consent form is not signed, my child will not be vaccinated. Please note that immunizations will be entered into the county Public Health information system.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date: Month _____ Day _____ Year _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				



Formulario De Consentimiento Anual Para La Vacuna 2021-2022 Aerosol Nasal Contra La Influenza

Sección 1: Información sobre el Niño o Niña para Recibir Vacuna (por favor escriba en letra de imprenta) 2021-2022

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	
				Mes	Día Año
NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GENERO DEL ESTUDIANTE M / F
DIRECCIÓN			NUMERO DE TELEFONO DIURNO DE LOS PADRES/GUARDIANES:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE ESCOLAR		NOMBRE DEL MAESTRO O MAESTRA		GRADO	

Sección 2: Selección de Elegibilidad de la Vacuna Por Favor, marque Si o NO para cada pregunta.

*¿Ha recibido su hijo o hija al menos una (1) dosis de la vacuna contra la influenza de temporada desde 1 Julio, 2020? SI NO

Favor de responder para los niños menores de 19 años:	SI	NO
1. ¿Es elegible el niño para MediCal o ya tiene MediCal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el niño seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño nativo-Americano o nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el niño seguro médico insuficiente? (niños con seguro médico que no cubre todas las vacunas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo o hija puede recibir la vacuna contra la influenza.		
5. ¿Su hijo o hija tiene implantes cocleares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo o hija tiene una alergia grave a los huevos o Gentamycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido su hijo o hija alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido su hijo o hija el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas después de recibir una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay dos tipos de vacuna contra la influenza estacional. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo o hija.		
9. ¿Ha recibido su hijo o hija alguna vacuna en los últimos 30 días? (Por ejemplo, el Triple Viral SRP "MMR", SR y (o) vacuna contra la varicela "Chicken Pox".) Vacuna: _____ Fecha dada: Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene su hijo o hija alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su hijo o hija recibe aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene su hijo o hija un sistema inmunitario débil (por ejemplo, de VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer, o anemia falciforme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Está embarazada su hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene su hijo o hija contacto cercano con una persona que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que haya recibido recientemente un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre vacunas 2019 para la vacuna contra la influenza de temporada y entiendo los riesgos y beneficios. Mantengo a salvo el distrito escolar, el sitio escolar y la persona que administra la vacuna. Reconozco que no se ha proporcionado ninguna garantía para el éxito de la vacuna.

Al firmar, el espacio para la firma que se proporciona a continuación, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Stockton Unified School District a su personal para mi hijo o hija, nombrado en la parte superior de este formulario, para recibir la vacuna inyectable o la vacuna intranasal según corresponda en función de las respuestas al cuestionario anterior. Si es la primera vez que un niño menor de 9 años recibe la vacuna contra la influenza, se recomienda una segunda dosis de la vacuna al menos 4 semanas después de la primera dosis. Además, entiendo que, si este formulario de consentimiento no está firmado, mi hijo no será vacunado. Tenga en cuenta que las vacunas se ingresarán en el sistema de información de salud pública del condado.

Firma Del Padre/Guardián Legal _____ **Fecha: Mes** _____ **Día** _____ **Año** _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				



Patient Registration

PLACE LABEL HERE

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____
(Must match name on MediCal &/or ID) card)
Last Name Middle Name First Name

Previous **Preferred Name:** _____ **Date of Birth:** ____/____/____
Month Day Year

Birth Sex: Male Female **Preferred Pronoun:** She, Her, Hers He, Him, His They, Them, Theirs
 Ze, Hir Other Unknown Decline to State

Home Address: _____ **Apt.** _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Mailing Address: _____ **Apt.** _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____

Home Phone: _____ **Cell:** _____ **Work Phone:** _____

Best Phone Number for Contact: Home Cell Work Do not Call

Would you like to receive Voice Messages/Voicemails? Yes No, Do Not Leave Voice Messages

Would you like to receive Text Messages? Yes No, Do Not Leave Text Messages

Email Address: _____

When you share your demographic information with us it is kept confidential. It will help us provide you with the best care possible and allows us to maintain funding to provide essential health care services.

<p>1. Race/Ethnicity <small>(Check ALL that apply)</small></p> <p><input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian Chinese <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Southeast Asian <input type="checkbox"/> Other Asian <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Black <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino More Than One Race <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Unavailable/Unknown <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino White <input type="checkbox"/> Middle Eastern/North African <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> Unavailable/Unknown</p> <p>2. Preferred Language:</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p>3. Do you have difficulty receiving our services in English? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. Marital Status</p> <p><input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Life Partner <input type="checkbox"/> Legally Separated</p> <p>5. a) Student Status</p> <p><input type="checkbox"/> Not a Student <input type="checkbox"/> Part Time Student <input type="checkbox"/> Full Time Student</p> <p>5. b) Student at:</p> <p><input type="checkbox"/> _____ Unified School District <input type="checkbox"/> _____ College/University <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____</p>	<p>6. Have you ever served in any branch of the armed services for any period of time, including the reserves?</p> <p><input type="checkbox"/> Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard <input type="checkbox"/> Not a Veteran</p> <p>7. Current Gender</p> <p><input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Undifferentiated</p> <p>8. Do you think of yourself as: <small>(Check one)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbian, Gay, or Homosexual <input type="checkbox"/> Something Else <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose</p>	<p>9. How do you identify yourself? <small>(Check one)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Male/Female-to-Male (FTM)/Trans Man <input type="checkbox"/> Transgender Female/Male-to-Female (MTF)/Trans Woman <input type="checkbox"/> Genderqueer, neither exclusively male nor female <input type="checkbox"/> Additional Gender Category, please specify: _____ <input type="checkbox"/> Choose not to Disclose</p>
--	---	---	--

10. Is your current living situation stable? Yes No Shelter Street/Camp Transitional
 Describe your current living situation: Home/Apartment Doubling Up (living with friends or family)
 Other: _____

(Please fill out a Care Link Eligibility Form if "No" or any box is checked in the box above)

11. Are you living in public housing? (Section 8 is not considered Public Housing) Yes No
 If yes, please give name of agency/development: _____

12. In the last 2 years have you or an immediate family member (Check all that apply):
 Worked in any type of agriculture (farm work) – like planting, picking preparing the soil, packing house, driving a truck for any type of farm work, working with animals like cows, chickens, etc.?
 Lived away from home in order to work in any type of agriculture (farm work)?

13. Did you or an immediate family member stop migrating to work in agriculture (farm work) because of a disability or age (too old to work)? Yes No

FINANCIAL INFORMATION

Do you currently have health insurance? Yes No
 If yes, Name of Insurance: _____ Insurance #: _____
 Family Size: _____ Family Income: _____ Monthly Annually

RESPONSIBLE PARTY (Guarantor)

(Statements/bills will be addressed to responsible party, if not covered by health insurance.)

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____
 Email: _____
 Mailing Address: _____ Apt. ____ City _____ State _____ Zip Code _____
 Home Phone: _____ Cell: _____ Work Phone: _____

FOR MINORS (17 & UNDER) OR DEPENDENT ADULTS ONLY:

Parent/Legal Guardian of Patient: _____ Date of Birth: _____
 Relationship to Patient: _____
 Parent/Legal Guardian of Patient: _____ Date of Birth: _____
 Relationship to Patient: _____

EMERGENCY CONTACT

Name: _____ Relationship: _____
 Phone: _____

SHARING INFORMATION

Please use this space to tell us who we are allowed to share, or release, information with.

Please leave this section BLANK if you do not want your information shared with ANYONE.

Person #1: _____ Person #2: _____
 Relationship: _____ Relationship: _____

This person may:

- Share any and all of my medical information.
- Pick up my prescription medications in my absence.
- Send messages to my care team.
- Receive my test results.
- Schedule, Re-Schedule, or Cancel my appointments.

This person may:

- Share any and all of my medical information.
- Pick up my prescription medications in my absence.
- Send messages to my care team.
- Receive my test results.
- Schedule, Re-Schedule, or Cancel my appointments.

 Print Name

 Signature of Patient/Legal Guardian

 Date

FOR OFFICE USE ONLY

Home Clinic: _____ Data entered by: _____ Initials: _____ Date: _____

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Consent Form

Section 1: Personal Information (please print)

NAME (Last)	(First)	(M.I.)
DATE OF BIRTH month _____ day _____ year _____		
PHONE NUMBER	SEX ASSIGNED AT BIRTH M / F	

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility

	YES	NO
Have you had a severe allergic reaction after receiving a previous dose of COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had a severe allergic reaction to any ingredient in the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine? <i>Components of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine: nucleoside-modified messenger RNA (modRNA) encoding the viral spike (S) glycoprotein of SARS-CoV-2, sodium chloride, lipids, polyethylene glycol, potassium chloride, monobasic potassium phosphate, dibasic sodium phosphate dihydrate, and sucrose</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3: Consent**CONSENT FOR VACCINATION:**

- The Fact Sheet for Patients and Parents/Caregivers for the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine I am receiving (sometimes hereafter, the COVID-19 Vaccine) has been offered to me.
 - I have read or had explained to me the Pfizer-BioNTech Fact Sheet for Patients and Parents/Caregivers for the COVID-19 Vaccine and I understand the risks and benefits.
 - I understand the COVID-19 Vaccine has been approved by an emergency use authorization (EUA) process and has not fully been FDA reviewed or approved.
 - I understand the potential risks from the therapy including serious allergic reactions (anaphylaxis). Other adverse reactions that have been reported include injection site pain, fatigue, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, injection site redness, nausea, malaise, and lymphadenopathy.
 - I understand that there may be other potential options to prevent COVID-19.
 - I was offered the opportunity to ask questions and all questions were answered.
 - I agree to proceed with receiving the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.
 - I understand I am not required to accompany the minor named above to the vaccination appointment and, by giving my consent below, the minor will receive the Pfizer Vaccine whether or not I am present at the vaccination appointment.
 - I understand that as required by state law (Health and Safety Code, § 120440), all immunizations will be reported to the California Immunization Registry (CAIR2). I understand the information in the child's CAIR2 record will be shared with the local health department and State Department of Public Health, shall be treated as confidential medical information, and shall be used only to share with each other or as allowed by law. I may refuse to allow the information to be further shared and can request the CAIR2 record be locked by visiting the Request to Lock My CAIR Record web form.
- I GIVE CONSENT to Community Medical Centers, Inc. and its staff to vaccinate me with the COVID-19 Vaccine. (If this consent form is not signed, then you will not be vaccinated).
- I GIVE CONSENT FOR THE MINOR named at the top of this form to Community Medical Centers, Inc. and its staff to vaccinate me with the COVID-19 Vaccine. (If this consent form is not signed, then minor will not be vaccinated).
- I DO NOT GIVE CONSENT to Community Medical Centers, Inc. and its staff to be vaccinated.

Signature of Recipient/Parent or Guardian (for Minor)/Healthcare Proxy _____

Parent or Guardian Address (if different than above): _____

Phone: _____ Date: month _____ day _____ year _____

Section 5: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine Manufacturer	Date Dose Administered	Lot Number	First Dose or Second Dose	Name of Vaccine Administrator
Pfizer/BioNTech	/ /		<input type="checkbox"/> First Dose <input type="checkbox"/> Second Dose	

Pre-Vaccination Checklist for COVID-19 Vaccines



For vaccine recipients:

The following questions will help us determine if there is any reason you should not get the COVID-19 vaccine today.

If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

Patient Name _____

Age _____

	Yes	No	Don't know
1. Are you feeling sick today?			
2. Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?			
<ul style="list-style-type: none"> • If yes, which vaccine product? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product _____ 			
3. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen®, or for which you had to go to the hospital?			
<ul style="list-style-type: none"> • Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine? • Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication? 			
4. Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19?			
5. Have you received another vaccine in the last 14 days?			
6. Have you had a positive test for COVID-19 or has a doctor ever told you that you had COVID-19?			
7. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?			
8. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?			
9. Are you pregnant or breastfeeding?			

Form reviewed by _____

Date _____

Before you give your consent, be sure you understand the information given below. We will be happy to answer any questions you have. You may ask for a copy of this form.

Consent for Treatment: I request Community Medical Centers, Inc. (CMC) to provide me with health care services. I will be given information about the test(s), treatment(s), procedure(s), and medication(s) to be provided, including the benefits, risks, possible problems/complications, and alternate choices. I understand that I should ask questions about anything I do not understand. I hereby request that a person authorized by Community Medical Centers, Inc. provide appropriate education, evaluation, testing, and treatment.

Community Medical Centers, Inc. (CMC) uses clinicians that are credentialed through CMC's board of Directors, and licensed through their respective boards in the state of California, including, but not limited to Physicians, Nurse Practitioners, Physician Assistants, Podiatrists, Optometrists, Physical Therapists, and Licensed Clinical Social Workers. I understand CMC may utilize certain telehealth technologies if appropriate. **If necessary, I will be given outside referrals for further diagnosis or treatment. I understand that if referral is needed, I will assume responsibility for obtaining and paying for this care.**

Release of Information: I understand that confidentiality will be maintained as described in *Notice of Health Information Privacy Practices*. I consent to the use and disclosure of my health information for treatment, payment, and healthcare operations as described in *Notice of Health Information Privacy Practices*.

CMC participates in an electronic medical record exchange program and shares limited information about me with other health care facilities and providers that participate in the program for purposes of the delivery of care and services to me. I understand this exchange includes information, such as but not limited to, my name, date of birth, and contact information.

I understand that all services are confidential. In cases of life threatening emergencies and physical or sexual abuse, CMC may need to make a referral to another agency.

Interpretation Services: I understand that I must tell the staff if language interpreter services are necessary to my understanding of the written or spoken information given during my health care visits. I understand that free interpretive services will be provided if needed.

Use of Technology: I understand CMC uses a variety of electronic communication methods including phone, text messages, e-mail, to communicate with me for the limited purposes including of appointments, available services and other healthcare related communications. I understand that text and/or data charges may apply under my cell phone plan. I consent to allow CMC to use **telehealth technologies** for the purposes of the delivery of services to me. If I decide I do not want CMC to use telehealth technology as part of my care plan I will let my provider know.

Photography and Video: I understand that photographs, videotapes, digital and other images may be recorded to document my care, and I consent to this. I understand that these images will be stored in a secure manner that will protect my privacy.

Assignment of Insurance Benefit: I hereby authorize payment directly to CMC of benefits otherwise payable to me but not to exceed CMC's regular charges for this service. **I understand that I am financially responsible to CMC for any charges not covered by my insurance.**

Financial Agreement: I agree to pay all charges that are not payable by insurance or third party. I agree to abide by the terms and conditions of CMC's Collections Policy, and agree to pay for attorney fees or other expenses incurred in the collection of payment due.

In accordance with CMC's Collections Policy, CMC may choose to terminate its relationship with any patient who does not comply with this financial agreement.

Statement to Permit Payment of Medicare Insurance Benefits to CMC: I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize release of any information needed to act on this request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf.

Acceptance of Responsibility for Co-Payments: I understand that I am responsible for any health insurance deductibles or co-payments, including a twenty percent (20%) co-payment for authorized services covered by Medicare.

In the state of California minor patients (under the age of 18 years of age) may be allowed to consent to services without the parent/guardian being present, including emergency services, family planning services, and services related to sexually transmitted infections/diseases.

I hereby acknowledge receipt of Community Medical Centers, Inc. *Notice of Health Information Privacy Practices*. The undersigned certifies that he/she has read and understood the information above and authorizes services by Community Medical Centers, Inc. as the patient or as the patient's general agent and accepts its terms.

Print Name

Signature of Patient or Legal Guardian

Date Signed

Relationship to Patient (if applicable): Spouse Parent/Guardian Other: (specify)

Minor Patient

Date Signed

Witness

Date Signed

10. ¿Tiene vivienda estable? Sí No
 Describa su vivienda actual: Casa / Apartamento Refugio para indigentes Vivo en la calle
 Vivienda de transición Vivo con familia o amigos
 Otro: _____

(Complete un Formulario de elegibilidad de Care Link si ha marcado "No" o ha marcado cualquier casilla de arriba)

11. ¿Vive usted en vivienda pública? (Sección 8 no se considera vivienda pública) Sí No
 Si su respuesta es Sí, nombre de agencia o vecindario: _____

12. En los últimos 2 años, ¿Usted o alguien de su familia? (Marque todos los que apliquen):

- Trabajo en algún tipo de agricultura (trabajo de campo): ¿sembrando, preparando la tierra, en una empacadora, manejando una camioneta para cualquier tipo de trabajo de campo, o con animales como vacas, pollos, etc.?
- ¿Vivió lejos de la casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo de campo)?

13. ¿Usted o algún miembro de su familia paro de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (por ser muy mayor para trabajar)? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Actualmente tiene usted seguro médico? Sí No

Si su respuesta es Sí, Nombre de Seguro Médico: _____ # de Seguro Médico: _____

Tamaño de Familia: _____ Ingreso Familiar: _____ Mensual Anual

PERSONA RESPONSABLE

(Los estados de cuenta serán enviados a la persona responsable solo cuando no cubra el seguro médico.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____ Apto. ____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

SOLAMENTE PARA MENORES (17 & AÑOS O MENOS) O ADULTOS DEPENDIENTES:

Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al Paciente: _____

Padre/Tutor Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al Paciente: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Por favor use este espacio para decirnos con quién se nos permite compartir o liberar información.

Por favor deje esta sección en BLANCO si no desea que su información sea compartida con NADIE.

Persona #1: _____

Persona #2: _____

Relación: _____

Relación: _____

Esta persona tiene el permiso de:

- Recibir y compartir toda mi información médica.
- Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.
- Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.
- Recibir mis resultados de laboratorio.
- Programar, volver a programar o cancelar mis citas.

Esta persona tiene el permiso de:

- Recibir y compartir toda mi información médica.
- Recoger mis medicamentos con receta en mi ausencia.
- Enviar mensajes a mi equipo de cuidado.
- Recibir mis resultados de laboratorio.
- Programar, volver a programar o cancelar mis citas.

Nombre (en letra de molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Home Clinic: _____

Data entered by: _____

Initials: _____

Date: _____

Forma de Consentimiento de la Vacuna Contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Menor)

Sección 1: Información personal (por favor imprima)

NOMBRE (Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)
FECHA DE NACIMIENTO mes _____ día _____ año _____		
NUMERO DE TELEFONO	SEXO ASIGNADO AL NACER M / F	

Sección 2: Detección de elegibilidad para la vacuna

	SI	NO
¿Ha tenido una reacción alérgica grave después de recibir una dosis anterior de la vacuna contra el COVID-19?		
¿Ha tenido una reacción alérgica grave a algún ingrediente de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech? <i>Componentes de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech: ARN mensajero modificado por nucleósidos (modRNA) que codifica la glicoproteína de espiga viral (S) del SARS-CoV-2, cloruro de sodio, lípidos, polietilenglicol, cloruro de potasio, monobásicofosfato de potasio, dihidrato de fosfato de sodio dibásico y sacarosa</i>		

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

- Se me ha ofrecido la hoja informativa para pacientes y padres/cuidadores de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech que estoy recibiendo (a veces en adelante, la vacuna contra el COVID-19).
 - He leído o me había explicado la hoja informativa de Pfizer-BioNTech para pacientes y padres/cuidadores de la vacuna contra el COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios.
 - Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 ha sido aprobada por un proceso de autorización de uso de emergencia (EUA) y no ha sido completamente revisada o aprobada por la FDA.
 - Entiendo los riesgos potenciales de la terapia incluyendo reacciones alérgicas graves (anafilaxia). Otras reacciones adversas que se han reportado incluyen dolor en el lugar de la inyección, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón del sitio de inyección, enrojecimiento en el sitio de inyección, náuseas, malestar general y linfadenopatía.
 - Entiendo que puede haber otras opciones potenciales para prevenir el COVID-19.
 - Se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas fueron respondidas.
 - Acepto proceder con la recepción de la Vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech.
 - Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor mencionado anteriormente a la cita de vacunación y, al dar mi consentimiento a continuación, el menor recibirá la vacuna de Pfizer, esté o no presente en la cita de vacunación.
 - Entiendo que como lo requiere la ley estatal (Código de Salud y Seguridad, § 120440), todas las inmunizaciones serán reportadas al Registro de Inmunización de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado, se tratará como información médica confidencial y se utilizará solo para compartir entre sí o según lo permita la ley. Puedo negarme a permitir que la información se comparta aún más y puedo solicitar que el registro CAIR2 se bloquee visitando el formulario web Solicitud para bloquear mi registro CAIR.
- DOY MI CONSENTIMIENTO** a Community Medical Centers, Inc. y a su personal para que me vacunen con la Vacuna contra el COVID-19. (Si este formulario de consentimiento no está firmado, entonces usted no será vacunado).
- DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL MENOR** nombrado en la parte superior de este formulario a Community Medical Centers, Inc. y su personal me vacunen con la Vacuna contra el COVID-19. (Si este formulario de consentimiento no está firmado, entonces el menor no será vacunado).
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que Community Medical Centers, Inc. y su personal se vacunen.

Firma del destinatario/padre o tutor (para menores)/apoderado de atención médica _____

Dirección del padre o tutor (si es diferente a la anterior): _____

Telefono: _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____

Sección 5: Registro de vacunación

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fabricante de vacunas	Fecha de administración	Número de lote	Primera dosis o segunda dosis	Nombre del administrador
Pfizer/BioNTech	/ /		<input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis	

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Para quienes reciban la vacuna:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería ponerse la vacuna contra el COVID-19 hoy.

Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no debería vacunarse. Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

Nombre del paciente _____

Edad _____

Sí No No sé

1. ¿Se siente enfermo hoy? <i>Are you feeling sick today?</i>			
2. ¿Ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19? <i>Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine?</i>			
<p>• Si la respuesta es "sí", ¿cuál vacuna le pusieron? <i>If you answered "yes" which vaccine did you receive?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Otro producto _____</p>			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>Have you ever had an allergic reaction to any of the following?</i> (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias). <i>(This includes a severe reaction (ei: anaphylaxis) that has required treatment with epinephrine or EpiPen, or has made you have to go to the hospital. Also includes an allergic reaction that has happened within 4hrs and caused hives, swelling or difficulty breathing, including wheezing.)</i>			
<p>• Un componente de la vacuna contra el COVID-19, como el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y preparaciones para los procedimientos de colonoscopia <i>• A component of the COVID-19 vaccine, such as Polyethylene glycol (PEG), found in some medications such as laxatives and preparations for colonoscopy.</i></p> <p>• Polisorbato <i>• Polysorbate</i></p> <p>• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 <i>• A previous dose of the covid-19 vaccine</i></p>			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>Have you ever had an allergic reaction to another vaccine (other than the COVID-19 vaccine) or injectable medicine?</i> (Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya ocurrido dentro de 4 horas y que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias). <i>(This includes a severe reaction (ei: anaphylaxis) that has required treatment with epinephrine or EpiPen, or has made you have to go to the hospital. Also includes an allergic reaction that has happened within 4hrs and caused hives, swelling or difficulty breathing, including wheezing.)</i>			
5. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxis) a otra cosa que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, al polisorbato, o a alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alergias a alimentos, mascotas, medioambiente o medicamentos que se toman por la boca. <i>Have you ever had a serious allergic reaction to something other than a component of the COVID-10 vaccine, polysorbate, or any injectable vaccine or medication? This includes allergies to food, pets, the environment, or medications taken by mouth</i>			
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? <i>Have you received any vaccines in the last 14 days?</i>			
7. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en la prueba del COVID-19 o un médico le ha dicho que usted tuvo COVID-19? <i>Have you ever had a positive COVID-19 test result or has a provider told you that you had COVID-19?</i>			
8. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente) como tratamiento para el COVID-19? <i>Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as a treatment for COVID-19?</i>			
9. ¿Tiene el sistema inmunitario debilitado debido a algo como infección por el VIH o cáncer, o usa medicamentos o terapias inmunodepresores? <i>Do you have a weakened immune system due to something like HIV infection or cancer, or use immunosuppressive drugs or therapies?</i>			
10. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante (blood thinner)? <i>Do you have a bleeding disorder or take an anticoagulant (blood thinner)?</i>			
11. ¿Está embarazada o amamantando? <i>Are you pregnant or breastfeeding?</i>			

Form revised by _____

Date _____

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la información a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, con gusto podemos hablar con usted. Usted puede pedir una copia de este formulario.

Consentimiento para tratamiento: Solicito que Community Medical Centers, Inc. (CMC) me proporcione atención médica. Se me dará la información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos, y los medicamentos que se proporcionan, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones/posibles problemas y las opciones alternativas. Yo entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entiendo. Solicito por este medio que una persona autorizada por CMC provee la evaluación adecuada, pruebas y tratamiento.

CMC utiliza proveedores acreditados a través de la Mesa Directiva de CMC, y con licencia a través de la respectiva Agencia Estatal que regula a médicos, incluso, pero no limitado a los Médicos, Enfermera/o Practicante, Asistentes Médicos, Podólogos, Optometristas, Fisioterapeutas, y Trabajadores Sociales Clínicos Licenciados. Entiendo que CMC, si es apropiado, puede utilizar ciertas tecnologías de telesalud. **Si es necesario, se me darán referencias para un diagnóstico o tratamiento adicional. Entiendo que si la referencia es necesaria, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar por este cuidado.**

Autorización de información: Entiendo que se mantendrá la confidencialidad como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud (*Notice of Health Information Privacy Practices*). Doy mi consentimiento para el uso y conocimiento de mi información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud.

Información de salud será accesible por otras entidades de atención médica a través de intercambios electrónicos para la coordinación de la atención al paciente. Entiendo que este intercambio incluye pero no se limita a mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto personal.

Entiendo que todos los servicios son confidenciales. Sin embargo, en los casos de emergencias con riesgo de abuso físico o sexual, es posible que necesitemos hacer una referencia a otra agencia.

Servicios de interpretación: Entiendo que debo informar al personal si los servicios de interpretación de idiomas son necesarios para mi comprensión de la información escrita o hablada durante mis visitas de atención médica. Entiendo que los servicios gratuitos de interpretación se harán si es necesario.

Uso de la tecnología: Entiendo que CMC usa una variedad de métodos de comunicación electrónicos incluyendo teléfono, mensajes de texto, y correo electrónico para comunicarse conmigo con el límite propósito de citas, servicios disponibles y otras comunicaciones relacionado al cuidado de la salud. Entiendo que pueden aplicarse cargos por mensajes de texto y/o datos bajo mi plan de teléfono celular. Doy mi consentimiento para permitir que CMC use tecnología de telesalud con el fin de proporcionarme servicios. Si decido que no quiero que CMC use la tecnología de telesalud como parte de mi plan de atención, se lo haré saber a mi proveedor.

Fotografía y video: Entiendo que se pueden grabar fotografías, videos, imágenes digitales y de otro tipo para documentar mi atención, y doy mi consentimiento para esto. Entiendo que estas imágenes se conservaran de manera segura para proteger mi privacidad.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo el pago directo a CMC por los beneficios que por otra manera serán pagados a mí, pero que no exceda los cargos regulares de CMC por este servicio. **Entiendo que soy financieramente responsable a CMC por los cargos no cubiertos por mi seguro.**

Acuerdo financiero: Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos que no sean pagados por el seguro o un tercero. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de la Póliza de Colecciones de CMC, y me comprometo a pagar los gastos del abogado y otros gastos incurridos en el cobro.

En conformidad con la Póliza de Colecciones de CMC, CMC puede optar por terminar su relación con cualquier paciente que no cumple con este acuerdo financiero.

Declaración de permiso de pago de beneficios del seguro de Medicare a CMC: Yo certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo autorizo la diseminación de cualquier información necesaria para actuar sobre esta petición. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

Aceptación de responsabilidad por co-pagos: Yo entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro de salud o copagos, incluyendo un veinte por ciento (20%) co-pago para autorizar servicios cubiertos por Medicare.

En el estado de California, a los menores de 18 años de edad se les puede permitir consentir a ciertos servicios médicos sin la presencia de un padre/tutor legal, incluyendo los servicios de emergencia, de planificación familiar y los servicios relacionados con infecciones/enfermedades de transmisión sexual.

Por la presente reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Información de Salud de CMC. El que suscribe certifica que él o ella ha leído y comprendido la información anterior y autoriza los servicios de CMC como paciente o como agente general del paciente y acepta sus términos.

Nombre (en letra de molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Relación con el paciente (si es aplicable): Esposo/a Padre/Tutor Legal Otro: (especifica)

Menor de Edad

Fecha

Testigo

Fecha



THE DENTIST IS COMING TO SCHOOL!

In-school dental care at **NO COST*** to you.

* For patients covered by Medi-Cal (also known as BIC, Denti-Cal or Medicaid)

Sign Up Online!
www.MySchoolDentist.com

Scan the code
with your
phone.



Taking care of your child's teeth is important to keep them healthy.

EASY & CONVENIENT - Big Smiles will regularly check your child's mouth & teeth, and provide a cleaning, necessary x-rays, fluoride treatment, and sealants, as needed. Additional care, such as fillings, may also be provided. A dental report card will be sent home with your child. Includes initial dental care & follow-up visits. **SIGN AND RETURN TO YOUR SCHOOL TODAY!**



PLEASE COMPLETE

Child's Legal Name		Birth Date	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address	City	State	Zip
School	Teacher		Grade
Parent/Guardian Name		Phone ()	
Email		Alt Phone ()	

IMPORTANT HEALTH QUESTION

DOES YOUR CHILD HAVE ANY PAST OR PRESENT MEDICAL CONDITIONS, DISABILITIES, BEHAVIOR OR OTHER PROBLEMS? PLEASE CHECK EACH CONDITION THAT APPLIES TO YOUR CHILD AND EXPLAIN IN THE SPACE PROVIDED. ATTACH ADDITIONAL INFORMATION TO THIS FORM AS NEEDED. IF NO CONDITIONS APPLY, LEAVE BLANK.

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Behavior problems | <input type="checkbox"/> Contagious diseases
(including COVID-19) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Allergies to foods | <input type="checkbox"/> Bleeding disorders | <input type="checkbox"/> Dental problems | <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> Liver disease |
| <input type="checkbox"/> Allergies to medications | <input type="checkbox"/> Breathing problems | | <input type="checkbox"/> Immune disorders | <input type="checkbox"/> Seizures |
| <input type="checkbox"/> Other _____ Explain _____ | | | | |

List current medications and/or dental concerns: _____

IF CHILD HAS MEDI-CAL (also known as BIC, Denti-Cal or Medicaid)

IMPORTANT: IF YOU HAVE MEDI-CAL, WE MUST HAVE YOUR ID NO. IN ORDER FOR THE DENTIST TO SEE YOUR CHILD.

Circle one of the following: Access, Denti-Cal, HealthNet, Liberty

Enter Child's ID Number HERE: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IF CHILD HAS PRIVATE DENTAL INSURANCE

Ins. Company name (other than Medicaid) _____ Ins. Phone _____

Group # _____ Employer name _____ Co. phone _____

Name of Insured Adult _____ BIRTH DATE of Insured Adult _____

Member ID/Policy # _____

IF CHILD HAS NO DENTAL INSURANCE

I may be interested in paying for dental services. Please contact me.

If your child sees a dentist regularly, and you want to continue care with that dentist, you should do so.

READ & SIGN BELOW (If you have questions or would like to speak to a dentist, please call us at 855-481-8639.)

I understand and authorize Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Provider), its affiliated dentists and dental hygienists, and UCLA School of Dentistry Externs under dentist supervision, to provide dental services at school to the above named child for whom I am the custodial parent or legal guardian. Dental services include an exam, cleaning, fluoride, sealants, Preventive Resin Restoration, x-rays and the application of Silver Diamine Fluoride as needed. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color. SEE BACK FOR DETAILS.) I also authorize any other dental work such as fillings, extractions of problem baby teeth, placement of space maintainers, numbing the mouth and teeth, and other procedures as needed. I have read the IMPORTANT HEALTH QUESTION above and will report any significant changes in my child's health to 855-481-8639. I have read the IMPORTANT NOTICE AND CONSENT ON THE BACK OF THIS PAGE and understand and agree to its terms.

SIGN & DATE HERE

This consent authorizes the initial and future dental visits.

DATE

For your privacy,
please fold & secure.

QUESTIONS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visit us at BigSmilesDental.com

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2020

ESPAÑOL AL REVERSO



CA-STOCK-013V1 00/00





¡EL DENTISTA VENDRÁ A LA ESCUELA! Cuidado dental dentro de la escuela **SIN COSTO*** para usted.

* Para pasientes con convertura Medi-Cal (también conocido como BIC, Denti-Cal o Medicaid)

¡Regístrese en línea!
www.MySchoolDentist.com

Escanee el código con su teléfono.



Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.

FÁCIL Y CONVENIENTE - Big Smiles revisará regularmente la boca y los dientes de su hijo, y le proporcionará una limpieza, rayos-x necesarios, tratamiento de fluoruro y aplicar sellantes, según sea necesario. También se pueden proporcionar cuidados adicionales, como rellenos. Un reporte dental será enviado a casa con su hijo. Incluye atención dental inicial y visitas de seguimiento. **¡FIRME Y REGRESE A LA ESCUELA HOY!**



LLENE POR FAVOR

Nombre Legal del Niño		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Escuela	Maestro	Grade	
Padre/Tutor Legal	Teléfono ()		
Correo electrónico	Teléfono Alt. ()		

PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE

¿TIENE SU HIJO ALGUNA CONDICION MÉDICA, DISCAPACIDADES, COMPORTAMIENTO U OTROS PROBLEMAS? POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE SE APLICA A SU HIJO Y EXPLÍCITA EN EL ESPACIO PROPORCIONADO. ADJUNTE INFORMACIÓN ADICIONAL A ESTE FORMULARIO SEGÚN LO NECESARIO. **SI NO SE APLICA CONDICIONES, DEJE EN BLANCO.**

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas (incluyendo COVID-19) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon |
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún alimento | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Trastornos inmunológico | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ Explique _____ | | | | |

Listar medicamentos actuales y / o problemas dentales: _____

NIÑO TIENE MEDI-CAL (también conocido como BIC, Denti-Cal o Medicaid)

IMPORTANTE: SI USTED TIENE MEDI-CAL, DEBEMOS TENER SU NUMERO PARA QUE EL DENTISTA PUEDA VER A SU HIJO.

Circule uno de los siguientes: Access, Denti-Cal, HealthNet, Liberty

Escriba el numero de identificación del niño AQUÍ: → ID No.

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la Comp. de Seguro (aparte de Medicaid) _____ Tel. del Seg. _____

Grupo _____ Empleador _____ Tel. del Empleador _____

Nombre del Adulto Asegurado _____ FECHA DE NACIMIENTO del adulto Asegurado _____

Póliza/ID _____

NIÑO NO TIENE SEGURO DENTAL

Estoy interesado en pagar por servicios dentales. Por favor comuníquese conmigo

Si su hijo ve a un dentista con regularidad y gustaría continuar tratamiento con él, debería seguir con su dentista.

LEA Y FIRME ABAJO (Si usted tiene preguntas o desea hablar con un dentista, por favor llámenos al 855-481-8639.)

Entiendo y autorizo a Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión del dentista, a proveer servicios dentales en la escuela para el niño nombrado anteriormente para el cual yo soy el padre custodio o tutor legal. Los servicios dentales incluyen un examen, limpieza, fluoruro, sellantes, Tratamiento Preventivo de Restauración, rayos -x y la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata, según sea necesario. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier carie a un color marrón o negro. VEA ATRÁS PARA MÁS DETALLES.) También autorizo cualquier otro trabajo dental como rellenos, extracciones de dientes de leche problemáticos, colocación de mantenedores de espacio, adormecimiento de boca y dientes y otros procedimientos según sea necesario. He leído la PREGUNTA DE SALUD IMPORTANTE anterior e informaré cualquier cambio significativo en la salud de mi hijo al 855-481-8639. He leído el AVISO IMPORTANTE Y EL CONSENTIMIENTO EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA y entiendo y acepto sus términos.

FIRME Y FECHA AQUÍ

Este consentimiento autoriza las visitas dentales iniciales y futuras.

FECHA

Para su privacidad doble y asegure.



PREGUNTAS: 1-855-481-8639 FAX: 1-888-330-4331 Visítenos en: BigSmilesDental.com

Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation
3201 Wilshire Blvd., Suite 110, Santa Monica, CA 90403
© Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation, 2020

CA-STOCK-013V1 00/00



IMPORTANT NOTICE & CONSENT

I understand and authorize Elliot Paul Schlang, DDS, Professional Corporation (Provider), its affiliated dentists and dental hygienists, and UCLA School of Dentistry Externs under dentist supervision, to provide the following services for the named child for whom I am the custodial parent or legal guardian: **dental exam & oral hygiene instruction, teeth cleaning, fluoride treatment, digital x-rays (patient will be exposed to a minimal dose of radiation), dental sealants (a thin layer of resin bonded to the enamel grooves of molars to protect them from tooth decay), Preventive Resin Restoration (PRR - removal of minor decay in the enamel grooves and the placement of a composite sealant), as well as the application of Silver Diamine Fluoride to treat the progression of tooth decay. (The use of Silver Diamine Fluoride may discolor any cavities to a brown or black color.)** I authorize the dentist, or UCLA School of Dentistry Externs under supervision, to fill any cavities or to place a crown over the tooth, extract any problem baby teeth, perform a pulpotomy (treatment of the nerves inside the tooth), place space maintainers or perform other dental treatments as needed. I understand that there are risks to dental treatment including swelling or pain that may occur from the treatment or injection of a local anesthetic, or allergic reaction. (For additional information regarding the risks of treatment and treatment alternatives, please call the number provided.) I understand that a portion of my child's dental examination may be performed remotely and that clinical information (such as x-rays) may be collected and sent electronically to another site for the dentist's evaluation. I consent to these teledentistry services and understand that while confidentiality protections apply, the use of third party electronic transmissions may present additional privacy risks. I understand that I have the right to access medical information related to teledentistry services. I authorize & direct Provider to bill & collect payment from any Medicaid, insurance, or other payer. I authorize my child's school to make available to Provider and its billing agent my child's Denti-Cal number in order to bill payer for services. Further, I authorize the release of my child's Denti-Cal number by Provider or its billing agent to Denti-Cal. If I have private dental insurance, I will be billed for & agree to pay any deductibles and/or co-pays. Unless I have made pre-arrangements to attend, and am there at the time of service, services will be provided without my presence. (Occasionally we may send you text messages about the school dental program. Message and/or data fees may be charged by your wireless service provider; to discontinue, simply reply "STOP" to any message received from us. You also agree to receive pre-recorded and/or auto-dialed telephone calls relating to the school dental program at the land-line and/or mobile telephone numbers provided on this consent form.) I have received the Notice of Privacy Practices (NPP) attached to this form and consent to the release of my child's medical record information, including records obtained from other providers, and any HIV/AIDS, communicable disease, sexually transmitted disease, drug and alcohol, and anemia information. I authorize release of such information by Provider to any responsible payor and/or administrative service provider and their subcontractors for use and disclosure relating to my child's treatment, payment for services and health care operation purposes. This signed consent authorizes my child's initial and future dental visits. I may withdraw this consent at any time in writing.

KEEP FOR YOUR RECORDS

ELLIOT PAUL SCHLANG, DDS, PROFESSIONAL CORPORATION

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, James Bell, DMD, Mehravar Brown, DDS, Shawn Bruening, DDS, Mariana Carter, DDS, Arlene Cotas, DMD, Ricardo Delgado, DDS, Arsham Dianat, DDS, Zita Dominicus, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Andrew Elkins, DDS, Danielle Franklin, DDS, Sharon Friend, DMD, Katrina Go, DDS, Lindsey Gross, DDS, Harry Hom, DDS, Stephen Isberg, DDS, Leland Jung, DDS, Mohammad Khatleghi, DDS, Bum Kim, DDS, Kyoung Lee, DDS, Irais Lozano, DDS, Yolanda Lozano, DDS, Kenneth Lu, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Saeed Mokhayeri, DDS, Carolina Moura, DMD, Samia Naeem, DMD, Michelle Nguyen, DDS, Nhuha Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Essence Page, DDS, Sukhman Panag, DDS, Shreyasi Parikh, DMD, Mangala Patti-Holt, DDS, Azeem Qureshi, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maria Revilla, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Kathleen Rolles, DMD, Mercay Romero, DMD, Panna Ruparel, DDS, Hengameh Safarcherati, DDS, Anna Sales, DMD, Ritu Salwan, DDS, Roger Sandoval, DDS, Elliot Schlang, DDS, Shbeena Shah, DDS, Laila Shams, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, Leah Spiegel, DDS, Erica Tam, DMD, Sylvia Tzobkian, DDS, Jennifer Wang, DDS, Wan-Jou Renee Wang, DMD, Helen Yeung, DDS, Mona Zaky, DDS, Ron Zeidler, DMD, Viacheslav Zoubtsov, DDS

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. KEEP FOR YOUR RECORDS

OUR LEGAL DUTY

The privacy of your medical information is important to us. We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. We will notify you if your unsecured medical information is breached.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician, school nurse, or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with our business operations such as reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals and evaluating practitioner and provider performance.

Your Authorization: Uses or disclosures not otherwise described in this Notice may be made only with your written authorization. In addition, we must obtain your written authorization to sell your medical information or to use or disclose your information for marketing goods or services to you where we are paid to make the communication. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends and Persons Involved in Your Care: We may disclose your health information to a family member, friend or other person involved in your care to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare. We may also disclose your medical information to disaster relief organizations to help locate individuals during a disaster. We may also use or disclose your medical information to notify, or assist in the notification, of a family member, a personal representative or a person responsible for your care of your location, general condition or death. If you do not want us to disclose your medical information to family members or others in these circumstances, please notify our HIPAA Officer at 888-833-8441.

Required by Law: We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Public Safety: We may need to disclose medical information to law enforcement officials, such as in response to a search warrant or a grand jury subpoena, or to assist law enforcement officials in identifying or locating an individual, to report deaths that may have resulted from criminal conduct, and to report criminal conduct on our premises.

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose your medical information to military authorities of Armed Forces or foreign military personnel under certain circumstances; to authorized federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, or other national security activities, and to protect the president; and to a correctional institution or law enforcement official having lawful custody of an inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, letters, emails or text messages).

Health Oversight Activities: We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure surveys. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, the outbreak of disease, government programs, compliance with civil rights laws and to improve patient outcomes.

Lawsuits and Disputes: We may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

Other Uses and Disclosures. As permitted or required by law, we may use or disclose your medical information for research purposes; to organizations that handle and monitor organ donation and transplantation; for workers' compensation or similar programs to comply with laws related to workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries or illness; for public health activities such as to prevent or control disease, injury or disability; to report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to, or is at risk for contracting or spreading a disease; to medical examiners to identify a deceased person or determine cause of death; or to funeral directors to carry out their duties.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your health information and fax your request to the number at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of some disclosures we or our business associates have made of your health information. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we restrict our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to your request except when disclosure would be to your health plan, you (or someone on your behalf other than your health plan) has paid in full for your health care, the disclosure relates to payment or health care operations, and the disclosure is not otherwise required by law. If we agree to the restriction, however, we will abide by that agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request in writing that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations specified in your written request.

Amendment: You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing and must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form upon request.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer
Phone: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Effective Date: February 1, 2018

Silver Diamine Fluoride (SDF) - A new dental treatment to fight cavities

Dental cavities are very common in children, but now our in-school dentists have a safe, painless alternative to traditional cavity drilling procedures called silver diamine fluoride (SDF). SDF is an FDA-approved antibiotic liquid used to help prevent cavities from forming, growing, or spreading to other teeth. It is simply brushed on the tooth.

About SDF

- The in-school dentist will use SDF on back teeth only.
- It's normal for SDF to stain the cavity brown or black.
- The brown/black color means that the SDF is working.
- The healthy parts of the tooth will not be stained.
- SDF treatment may not eliminate the need for a traditional filling.
- SDF can temporarily stain nearby areas in the mouth. The stain causes no harm and should disappear on its own within a few days to a couple of weeks.
- SDF may cause a temporary metallic taste.

Questions? Call one of our care coordinators at 855-481-8639.



Cavity



SDF applied



AVISO IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO

Entiendo y autorizo a Elliot Paul Schlang DDS, Professional Corporation (Proveedor), sus dentistas afiliados e higienistas dentales, y los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión del dentista, a proporcionar los siguientes servicios para el niño nombrado para el que soy el padre custodio o tutor legal: **examen dental e instrucciones de higiene oral, limpieza dental, tratamiento de fluoruro, rayos-x digitales (el paciente será expuesto a una cantidad mínima de radiación) sellantes dentales (una fina capa de resina adherida a las ranuras del esmalte de los molares para protegerlos de las caries dental), Tratamiento Preventivo de Restauración (TPR – eliminación de una carie leve en las ranuras de esmalte y la colocación de un sellador compuesto), así como la aplicación de Fluoruro Diamino de Plata para tratar la progresión de las caries dental. (El uso de Fluoruro Diamino de Plata puede decolorar cualquier caries a un color marrón o negro.)** Autorizo al dentista, o a los Externos de Odontología de la Universidad de UCLA bajo supervisión, a llenar cualquier carie o colocar una corona sobre el diente, extraer cualquier diente de leche problemáticos, realizar una endodancia (tratamiento de los nervios dentro del diente), colocar mantenedores de espacio o realizar otros tratamientos dentales según sea necesario. Entiendo que existen riesgos al recibir tratamientos dentales incluyendo inflamación o dolor que puede ocurrir de la inyección de la anestesia o una reacción alérgica. (Para información adicional sobre los riesgos del tratamiento dental y tratamientos alternos por favor llame al número proporcionada.) Entiendo que una parte del examen dental de mi hijo se puede realizar de forma remota y que la información clínica (tales como los rayos X) se puede recopilar y enviar electrónicamente a otro sitio para la evaluación del dentista. Do yo mi consentimiento para estos servicios de teleodontología y entiendo que si bien se aplican las protecciones de confidencialidad, el uso de transmisiones electrónicas de terceros puede presentar riesgos de privacidad adicionales. Entiendo que tengo derecho a acceder a información médica relacionada con los servicios de teleodontología. Autorizo y dirijo al proveedor a facturar y recolectar pago de Medicaid, seguro privado o tercera persona. Autorizo a la escuela de mi hijo a poner a disposición de proveedores y su agente de cobro el número de Denti-Cal de mi hijo con el fin de cobrar por los servicios. Además, autorizo la liberación del número de Denti-Cal de mi hijo por el proveedor o su agente de cobros para Denti-Cal. Si tengo seguro dental privado, será facturado y acuerdo a pagar cualquier deducible y/o co-pago. Al menos de que allá hecho algún arreglo previamente para atender y estoy ahí al momento de los servicios, el servicio será proveído sin mi presencia. (En ocasiones podremos mandarle un texto sobre el programa dental escolar. Cobros de mensaje o/y de datos pueden ser aplicados por su proveedor de servicios inalámbrico; para discontinuar, simplemente responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. Usted también acepta recibir transmisión pre grabada y/o auto llamadas telefónicas relacionadas con el programa dental escolar a los numeros telefonicos que usted proporciono en esta forma de consentimiento.) He recibido el Aviso de Prácticas Privadas (NPP) adjuntas a este formulario y el consentimiento lo doy para la divulgación de la información y/o expediente médico de mi hijo, incluyendo los registros obtenidos de otros proveedores, y cualquier otra enfermedad como: VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, y anemia. Yo autorizo la divulgación de dicha información por parte de proveedores para cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y de sus subcontratistas para el uso y divulgación de información relacionada con el tratamiento de mi hijo, pago para el mantenimiento y operación de cuidado dental. Esta forma de consentimiento firmada autoriza la visita dental inicial y visitas de seguimiento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito.

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

ELLIOT PAUL SCHLANG, DDS, PROFESSIONAL CORPORATION

Mandana Akbarian-Borojeni, DMD, James Bell, DMD, Mehravar Brown, DDS, Shawn Bruening, DDS, Marianela Carter, DDS, Arlene Cotas, DMD, Ricardo Delgado, DDS, Arsham Dianat, DDS, Zita Dominici, DDS, Karen Eisenhofer, DDS, Andrew Elkins, DDS, Danielle Franklin, DDS, Sharon Friend, DMD, Katrina Go, DDS, Lindsey Gross, DDS, Harry Hom, DDS, Stephen Isberg, DDS, Leland Jung, DDS, Mohammad Khaleghi, DDS, Bum Kim, DDS, Kyoung Lee, DDS, Irais Lozano, DDS, Yolanda Lozano, DDS, Kenneth Lu, DDS, Afroz Moghadam, DDS, Saeed Mokhayeri, DDS, Carolina Moura, DMD, Samia Naem, DMD, Michelle Nguyen, DDS, Nhuha Nguyen, DDS, An Nguyen-Wong, DDS, Essence Page, DDS, Sukhman Panag, DDS, Shreyasi Parikh, DMD, Mangala Patil-Holt, DDS, Azeem Qureshi, DDS, Manisha Ramchandani, DDS, Maria Revilla, DMD, Ghazal Rokhsar, DDS, Kathleen Rolfes, DMD, Mercay Romero, DMD, Panna Ruparel, DDS, Hengameh Safaherati, DDS, Anna Sales, DMD, Ritu Salwan, DDS, Roger Sandoval, DDS, Elliot Schlang, DDS, Shbeena Shah, DDS, Laila Shams, DDS, Jeffrey Shaw, DDS, Leah Spiegel, DDS, Erica Tam, DMD, Sylvia Tzobkian, DDS, Jennifer Wang, DDS, Wan-Jou Renee Wang, DMD, Helen Yeung, DDS, Mona Zaky, DDS, Ron Zeidler, DMD, Viacheslav Zoubtsov, DDS

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

NUESTRO DEBER LEGAL

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Somos requeridos por leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También somos requeridos a darle este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras se mantenga en efecto. Le notificaremos si es violada su información médica.

Reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento los términos y prácticas de privacidad de este Aviso mientras tales cambios sean permitidos por las leyes aplicables. Reservamos el derecho de hacer cambios eficazmente en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de efectuar algún cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo haremos disponible a su pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Usamos y damos su información de salud para fines de tratamiento, facturación y operaciones de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o dar su información de salud a su médico, enfermera de la escuela o otro proveedor de salud que le esté preveyendo tratamiento.

Pagos: Podemos usar y dar su información de salud con fines de obtener pago por los servicios proveídos por nosotros a usted.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y dar su información médica con respecto a nuestras operaciones de negocio tales como revisión de competencia o calificación de los profesionales de salud y evaluación del rendimiento profesional y proveedor.

Su Autorización: Usos o divulgaciones no descritas en esta notificación pueden hacerse solo con su autorización por escrito. Además, debemos obtener su autorización por escrito para vender su información médica o para usar o dar su información para la comercialización de bienes o servicios a usted donde nos pagan para hacer la comunicación. Si usted nos da una autorización, usted puede anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización, mientras este en efecto. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo excepto los descritos en este Aviso.

A Su Familia y Amigos y Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos dar su información médica a un familiar, amigo o otra persona involucrada en su cuidado en la medida necesaria para ayudar con su salud o con el pago de su atención médica. También podemos dar su información médica a organizaciones de ayuda de desastre para ayudar a localizar a individuos durante un desastre. También podemos utilizar o divulgar su información médica para notificar, o asistir en la notificación, de un miembro de la familia, un representante personal o una persona responsable de la localización de su cuidado, condición general o muerte. Si no desea que demos su información médica a miembros de la familia o otras personas en estas circunstancias, por favor notifique a nuestro oficial de HIPAA al 888-833-8441.

Requerido por La Ley: podemos utilizar o dar su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Seguridad Pública: Podemos dar información médica a oficiales la ley, para responder a una orden de allanamiento o una citación del gran jurado, o para ayudar a los oficiales de ley a identificar o localizar a un individuo, o para reporte de una muerte que pudo haber resultado por conducta criminal e informar una conducta criminal en nuestras instalaciones.

Abuso o Negligencia: Podemos dar su información médica a autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos dar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o la seguridad de los demás.

Seguridad Nacional: Podemos dar su información médica a las autoridades militares de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero bajo ciertas circunstancias; a funcionarios federales de la ley de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional y para proteger al Presidente; y a un oficial de la ley o institución correccional que tiene la tutela legal de un preso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos utilizar o dar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas postales, cartas, correos electrónicos o mensajes de texto).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos dar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión por ejemplo incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y encuesta de licencia. Estas actividades son necesarias para el gobierno para controlar el sistema de salud, el brote de enfermedades, programas de gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y para mejorar los resultados del paciente.

Demandas y Disputas: Podemos dar información médica sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos dar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento o otro proceso legal.

Otros Usos y Revelaciones: Podemos utilizar o dar su información médica para fines de investigación; a las organizaciones que manejan y monitorean la donación de órganos y trasplante, como sea permitido o requerido por la ley; para la compensación de trabajadores o programas similares a cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad; para actividades de salud pública tales como para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de revocaciones de productos que pueden estar usando; para notificar a una persona que pudo haber sido expuesta a, o corre el riesgo de contraer o esparcir una enfermedad; a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o determinar causa de muerte; o a directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición por escrito para obtener acceso a su información de salud y enviar su solicitud por fax al número al final de este Aviso.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho a recibir una lista de algunas revelaciones que hemos hecho nosotros o nuestros asociados de negocios de su información médica. Si usted ha solicitado esta información más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar que restringamos el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto cuando la divulgación sería a su plan de salud, usted (o alguien en su nombre que no sea su plan de salud) ha pagado total para el cuidado de su salud, la divulgación se refiere al pago o operaciones de cuidado de la salud, y la divulgación de lo contrario no es requerida por ley. Sin embargo, si estamos de acuerdo a la restricción, nos regiremos por ese acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos especificados en su petición.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué se enmienda la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: A su petición, usted tiene derecho a recibir esta notificación por escrito, si usted recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. Si usted está preocupado que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros por medio la información que aparece al final de este Aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto oficial: Oficial de HIPAA
Teléfono: 888-833-8441
Fax: 888-330-4331
email: HIPAAOfficer@mobiledentists.com
Fecha efectiva: February 1, 2018

Fluoruro Diamino de Plata (SDF) - Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries

Las caries dentales son muy comunes en los niños, pero ahora nuestros dentistas dentro de la escuela tienen una alternativa segura sin dolor a los procedimientos tradicionales de perforación en las caries llamado fluoruro diamino de plata (SDF). SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que se usa para ayudar a prevenir la formación, crecimiento o propagación de caries en otros dientes. Simplemente se cepilla en el diente.

Acerca de SDF

- El dentista de la escuela usará SDF solo en los dientes posteriores.
- Es normal que el SDF manche las caries de color marrón o negro.
- El color marrón / negro significa que el SDF está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- El tratamiento con SDF no necesariamente elimina la necesidad de un relleno tradicional.
- SDF puede manchar temporalmente las áreas cercanas en la boca. La mancha no causa daño y debe desaparecer por sí sola en unos pocos días o en un par de semanas.
- SDF puede causar un sabor metálico temporal.

Preguntas? Llame a uno de nuestros coordinadores de atención al 855-481-8639.



Caries



SDF aplicado





**LatinX Parent Advisory
Committee
Office of Family Engagement &
Education**

1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205
(209) 933-7074

BOARD OF EDUCATION
AngelAnn Flores
Candelaria Vargas
Cecilia Méndez
Kathleen García
Lange P. Luntao
Maria Méndez
Scot McBrian

School Site: _____ Student Name/ID: _____

Name: _____

Address: _____

Email: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

The purpose of the LatinX committee will be to give Latino students an equitable balance in education, opportunities and safety. At the same time, parents will be trained to be the support and facilitators for their child’s educational pathway towards their university or community college studies. This committee will review, recommend and advise the district on matters related to the local control accountability plan, and provide information on that formula. Finally, this committee will offer guidance, assistance and support to Latino families.

I am interested in being considered a member of the **LatinX Parent Advisory Committee (LXPAC)** for the 2020-21 school year. The committee will meet on a Thursday once a month from 9:30 a.m. to 11:00 a.m., at the Merlo Institute located at 1670 E. 6th St., Stockton CA 95206.

A LatinX Parent Advisory Committee applicant must be Latin and or meet one of the qualifications listed below: *(Check all that apply)*

I am Latin? Yes No (this question must be answered)

- Be a parent/guardian of a Stockton Unified School District Latin student.
- Be a parent of students identified for services funded by the Local Control Funding Formula (LCFF), as determined by the state: Free & Reduced Meal Program Participation, English Learner, and/or Foster Youth.
- Understand the importance of parent participation and involvement and be willing to commit to a minimum of two meetings per year.

I understand and meet the above requirements.

Name: _____ Signature: _____

Date: _____

Please return this form to your school. The schools will forward them to our office. You may also forward them directly to the Office of Family Engagement & Education, (F.E.E.O) at 1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205

• Maggie Canela • Aracely Vargas • Charles Watkins • Stephanie Zulueta • Dara Dalmau





Comité Asesor de Padres de LatinX
Family Education & Engagement Office

1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205
(209) 933-7074

BOARD OF EDUCATION
AngelAnn Flores
Candelaria Vargas
Cecilia Méndez
Kathleen García
Lange P. Luntao
Maria Méndez
Scot McBrian

Escuela: Nombre del Estudiante/ID:

Nombre:

Domicilio:

Correo Electrónico:

Teléfono Casa: Celular:

El propósito del comité LatinX será dar a los estudiantes latinos un equilibrio equitativo en la educación, oportunidades y seguridad. Al mismo tiempo, se capacitará a los padres para que sean el apoyo y para que faciliten a sus hijos el camino hacia la universidad o colegio comunitario.

Estoy interesado en que se me consideren como miembro del Comité Asesor de Padres LatinX (LXPAC) del año escolar 2020-21. El comité se reunirá un jueves de cada mes de 9:30 am-11:00 am., en la escuela Merlo Institute localizada 1670 E. 6th St., Stockton CA 95206.

El candidato al Comité Asesor de Padres LatinX debe cumplir con ser latino(a) y (o) por lo menos uno de los requisitos enumerados a continuación: (Marque todas las que apliquen)

- ¿Soy Latino? []Si []No (esta pregunta debe ser contestada)
[] Ser padre o tutor legal de un estudiante Latino(a) del Distrito Escolar Unificado de Stockton.
[] Ser padre de estudiantes clasificados para servicios financiados por la Fórmula de Financiación de Control Local (LCFF), tal y como determina el Estado: que participa en el programa de Alimentación Gratuita o Subvencionada, es Aprendiz del Idioma, y/o Joven en Hogar Transitorio
[] Comprender la importancia de la participación y vinculación de los padres, y estar dispuesto a asistir a un mínimo de dos reuniones por año.

Comprendo y cumplo con los requisitos que están aquí descritos.

Nombre: Firma:

Fecha:

Por favor regrese esta solicitud a la escuela. La escuela se encargará de girarla a nuestro departamento. Si usted desea enviarlo directamente a nuestro departamento también lo puede hacer a través de la siguiente dirección: Office of Family Engagement & Education, (F.E.E.O) at 1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205

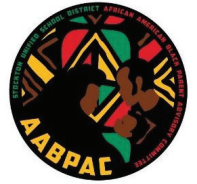


Family Engagement & Education Office

Maggie Canela Aracely Vargas Charles Watkins Stephanie Zulueta Dara Dalmau



African-American/Black Parent Advisory Committee Application Family Engagement & Education Office



The purpose of this committee shall be to give African American/Black students an equitable balance in education, opportunities, and safety while empowering parents to support his or her student's achievement. The committee shall offer guidance, assistance, structure, and support to African American/Black Families. AA/BPAC will also review, recommend, and advise the district on matters pertaining to the Local Control Accountability Plan (LCAP) and Local Control Funding Formula (LCFF).

School Site: _____ Student Name/ID: _____

Name: _____

Residence Address: _____

Email Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

I am interested in being considered for membership to the **2020-21 African-American/Black Parent Advisory Committee (AA/BPAC)**. Applicants will be selected through an application process, and appointed by a committee formed by the Family Engagement and Education Office (FEEEO) using the criteria listed below. The committee meets the second Wednesday of the month from 5:30 PM – 7:00 PM at Madison Elementary, located at 2939 Mission Road, Stockton, CA 95204.

An AA/BPAC applicant must meet one of the qualifications listed below *(Check all that apply)*:

- Be a parent/guardian of an African American/Black Student in the Stockton Unified School District
- Be a parent of students identified for services funded by the Local Control Funding Formula (LCFF), as determined by the state: Free & Reduced Meal Program Participation, English Learner, and/or Foster Youth.
- Understand the importance of parent participation and involvement and be willing to commit to a minimum of one meeting per month.

Explain why you would make a good AA/BPAC Representative *(Required)*:

Please attach an additional page, if necessary.

Have you previously or currently been an official member of any parent engagement committees?

- School Site Council (SSC) Parent Advisory Committee (PAC)
- District English Learner Advisory Committee (DELAC)
- English Learner Advisory Committee (ELAC)
- PTA/PTO School Booster Club Other: _____

I understand and meet the above requirements.

Name: _____ Signature: _____

Date: _____

Please return this form to your school. The schools will forward them to our office. You may also forward them directly to the Office of Family Engagement & Education, (F.E.E.O) at 1144 E. Channel Street Stockton, CA 95205

Family Engagement & Education Office

• Maggie Canela • Aracely Vargas • Charles Watkins • Stephanie Zulueta • Dara Dalmau



**ANNUAL PARENTAL NOTICE FOR STUDENT PARTICIPATION IN
SCHOOL CLIMATE SURVEYS AND THE CALIFORNIA HEALTHY KIDS SURVEY
2021-2022 SCHOOL YEAR**

Dear Parent or Guardian of 7th-12th graders:

All 6th-12th grade students will be asked to be a part of our school's School Climate Surveys sponsored by SUSD, and all 6th-12th graders will be asked to participate in the California Healthy Kids Survey (CHKS) sponsored by the California Department of Education. These are very important surveys that will help promote better health and wellbeing among our youth, improve the school learning environment and combat problems such as drug abuse and violence. *Your child does not have to take the survey. **If you do not want your child to complete the survey, you must notify your school.***

School Climate Survey & CHKS Survey Content (6th-12th grades only): These surveys gather information on developmental supports provided to youth; school connectedness and barriers to learning; school safety; and health-related concerns such as physical activity and nutritional habits; alcohol, tobacco and other drug use; and risk of depression and suicide and perceived sexual orientation. To view the content of the CHKS or the School Climate Survey and their results, please use this link:
<https://www.stocktonusd.net/Page/2013>

It is Voluntary & Anonymous: Students who, with your permission, agree to participate do not have to answer any questions they do not want to answer, and may stop taking the survey at any time. No names are recorded or attached to the survey forms or data. The results will be made available for analysis only under strict confidentiality controls.

Administration & Potential Risks: The CHKS survey will be administered this school year. It will take about one class period to complete (about 50 minutes) and will be administered in one of your child's classes. The SUSD School Climate Survey will be administered in Fall, Winter, and Spring. It will take about 10 minutes to complete and will be administered in one of your child's classes. There are **no known risks** of physical harm to your child. In rare instances, some discomfort might be experienced from the questions. The school's counseling services will be available to answer any personal questions that may materialize.

For Further Information: The CHKS survey was developed by WestEd, a public, non-profit educational institution, and the SUSD School Climate Survey was developed by our PLUS program to monitor progress toward improvement of the CHKS outcomes. If you have any questions about this survey, or about your rights, contact Jillian Glende, Program Specialist for Counseling and the PLUS Program at 209-933-7130 x8266.

→7th-12th Grade CHKS & SUSD School Climate Survey Withdrawal Form

By signing this form, I **do not give permission** for my child to participate in the:

SUSD School Climate Survey

CA Healthy Kids Survey

My child's name is: _____

Grade: _____

Teacher's name or Class subject: _____

Student ID # _____

Sign here if you do not want your 7th-12th grader to participate. (Please Print)

Signature: _____

Date: _____

AVISO ANUAL PARA LOS PADRES SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN
LAS ENCUESTAS DE CLIMA ESCOLAR Y LA ENCUESTA DE NIÑOS SALUDABLES DE CALIFORNIA
AÑO ESCOLAR 2021-2022

Estimado padre o tutor de los estudiantes de **7 ° a 12 ° grado**:

Se les pedirá a todos los estudiantes de 6 ° a 12 ° grado que formen parte de las Encuestas sobre el clima escolar de nuestra escuela patrocinadas por el SUSD, y a todos los estudiantes de 6 ° a 12 ° grado se les pedirá que participen en la Encuesta de Niños Saludables de California. (CHKS) patrocinado por el Departamento de Educación de California. Estas son encuestas muy importantes que ayudarán a promover una mejor salud y bienestar entre nuestros jóvenes, mejorar el entorno de aprendizaje escolar y combatir problemas como el abuso de drogas y la violencia. **Su hijo no tiene que realizar la encuesta. Si no desea que su hijo complete la encuesta, debe notificar a su escuela.**

Encuesta Sobre el Clima Escolar y Contenido de la Encuesta CHKS (solo grados 6 al 12): Estas encuestas recopilan información sobre apoyos de desarrollo proporcionados a los jóvenes; conectividad escolar y barreras para el aprendizaje; seguridad escolar; y preocupaciones relacionadas con la salud, como la actividad física y los hábitos nutricionales; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y riesgo de depresión y suicidio y orientación ** percibida. Para ver el contenido del CHKS o la Encuesta sobre el clima escolar y sus resultados, utilice este enlace: <https://www.stocktonusd.net/Page/2013>

Es Voluntario y Anónimo: los estudiantes que, con su permiso, acceden a participar no tienen que responder ninguna pregunta que no quieran responder y pueden dejar de responder la encuesta en cualquier momento. No se registran ni se adjuntan nombres a los formularios o datos de la encuesta. Los resultados estarán disponibles para análisis solo bajo estrictos controles de confidencialidad.

Administración y Riesgos Potenciales: La encuesta CHKS se administrará este año escolar. Tomará aproximadamente un período de clase para completar (aproximadamente 50 minutos) y se administrará en una de las clases de su hijo. La Encuesta sobre el clima escolar del SUSD se administrará en otoño, invierno y primavera. Le llevará unos 10 minutos completarlo y se administrará en una de las clases de su hijo. **No se conocen riesgos** de daño físico a su hijo. En raras ocasiones, se pueden experimentar algunas molestias a causa de las preguntas. Los servicios de consejería de la escuela estarán disponibles para responder cualquier pregunta personal que pueda materializarse.

Para Obtener Más Información: La encuesta CHKS fue desarrollada por WestEd, una institución educativa pública sin fines de lucro, y la Encuesta sobre el clima escolar del SUSD fue desarrollada por nuestro programa PLUS para monitorear el progreso hacia la mejora de los resultados de CHKS. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o sobre sus derechos, comuníquese con Jillian Glende, especialista del programa de consejería y el programa PLUS al 209-933-7130 x8266.

→ **Formulario de retiro de la encuesta sobre el clima escolar de CHKS y SUSD de los grados 7 al 12**

Al firmar este formulario, **No doy permiso** para que mi hijo participe en la:

Encuesta sobre el climescolar del SUSD

Encuesta CA Healthy Kids

El nombre de mi hijo es: _____ Grado: _____

Nombre del maestro o Asunto de la clase: _____ Número de identificación del estudiante _____

Firme aquí si no desea que participe su alumno de 7º a 12º grado. (Imprimir)

Firma: _____ Fecha: _____



PHOTOGRAPH/VIDEO OPT IN FORM

(PARENTS: Complete and return this form only if you give permission for your student’s image to appear in possible school publications, including postings on the website.)

From time to time, photographs or videos of students are taken during the school day for use in district and educational news releases, publications, video productions, social media, educational projects, and the district website.

If you wish to have your child photographed/videotaped for news media or school publicity purposes, sign and return this form to the school’s principal. Parents must submit to their student’s principal. This form applies *only* to the current school year. Please fill out a new form each school year if you want your child’s image published.

Student’s full name (please print) _____

Current school _____ Grade level: _____

School year _____

Parent/Guardian name (please print) _____

Parent/Guardian signature _____

Date _____

Please note that if your student participates in public events (such as a sporting event or drama production that is open to the community) the school/district may have little or no control over photographs taken by media, other parents, or community members attending the event.

Students 18 years of age do not require parental consent for photo use.

For more information, contact the District Office at 209.933.7025.



FORMULARIO DE NEGACIÓN DE PERMISO/EXCLUSIÓN DE FOTOGRAFÍA/VIDEO

(PADRES: Llenen y regresen este formulario solamente si NO dan permiso para que la imagen de su estudiante aparezca en posibles publicaciones escolares, como salir en el sitio virtual).

De vez en cuando se toman fotos o videos de estudiantes durante la jornada escolar para su uso en boletines informativos, publicaciones, producciones videográficas, informática social o proyectos educacionales o del Distrito, al igual que para el sitio del SUSD en la Internet.

Si usted **NO** desea que su estudiante sea fotografiado o videograbado por los medios de prensa o publicidad del Distrito, firme y retorne este formulario al director de la escuela. Los padres deben someter este documento al director del estudiante para el 17 de agosto de cada año. Este formulario aplica *solamente* para el año escolar en curso. Sírvase llenar un nuevo formulario en cada año escolar si usted no quiere que se publique la imagen de su estudiante.

Nombre completo del estudiante (letra imprenta) _____

Escuela actual _____ Grado/nivel: _____

Año escolar _____

Nombre del padre/tutor legal (letra imprenta) _____

Firma del padre/ tutor legal _____

Fecha _____

Sírvase notar que si su estudiante participa en eventos públicos (como un espectáculo deportivo o una presentación teatral que está abierta a la comunidad) la escuela o distrito tendrá control limitado o nulo sobre fotografías tomadas por la prensa, otros padres o miembros de la comunidad que asistan al evento.

Estudiantes mayores a 18 años no requieren de consentimiento de sus padres para ser fotografiados.

Para mayor información, comuníquese con la Oficina del Distrito al 209.933.7025.