



Garden Grove Unified School District
Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
State Preschool Program
13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Proceso de Inscripción del Preescolar Estatal 2020-2021 Sigüientes Pasos

- ❖ Llenar legiblemente y completamente el formulario de interés con certificación previa
- ❖ Complete **TODOS LOS DOCUMENTOS** (que son aplicables a usted) en este paquete.
- ❖ En cuanto **todas** las formas en este paquete estén completas, por favor de entregar a Clinton Corner Family Campus junto con los siguientes documentos:
 - **Comprobante original de nacimiento de TODOS** sus hijos que viven en casa menores de 18 años
 - **Registros de vacunación** para el niño que está inscribiendo en el preescolar
- ❖ Una vez que el personal de la oficina de CCFC han recibido su **paquete completo** se llamará para programar una cita para terminar la inscripción. Citas comenzará en mayo. **El día de su cita, necesitará traer documentación actual de sus ingresos en bruto de los 30 días antes de su cita. También, Dos documentos para la verificación de su domicilio**
- ❖ El día de su cita de inscripción se le dará información acerca de la escuela y el salón de asignación de su hijo/a en el otoño.
- ❖ **Si no puede asistir a su cita, por favor lláme a Clinton Corner Family Campus a el 714-663-6298 para que podamos reprogramar una cita y también para ofrecerle esa cita a otra familia.**

¡Gracias por su interés in el programa preescolar de GGUSD!



Garden Grove Unified School District
Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
State Preschool Program
13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Proceso de Inscripción del Preescolar Estatal 2020-2021 Sigüientes Pasos

- ❖ Complete **TODOS LOS DOCUMENTOS** en este paquete.
- ❖ Instrucciones especiales para los siguientes documentos dentro de su paquete.
Reporte del Médico #1 dentro del paquete: TODAS las secciones del deben ser completadas
 - No se requiere la prueba de tuberculosis a menos que estén presentes factores de riesgo - pero la sección de tuberculosis si debe estar completa por el doctor.
 - Si no es tiempo del físico anual de los 4 años, la información puede ser del físico de los 3 años
 - El formulario tendrá que tener el sello o la firma del médico.
- Información del Estudiante y Formulario de Emergencia #2 en su paquete:** debe completarse en *ambos lados*
 - Tendrá que tener **por lo menos 4** números telefónicos diferentes en caso de emergencia (Contacto 1 & 2 son para los padres y contactos 3 & 4 cualquier otro contacto de emergencia)
 - Favor de incluir cualquier persona que vaya a recoger al estudiante de la escuela en caso de emergencia
 - Los dos padres tendrán que firmar la tarjeta a menos que sea madre/ padre soltera
- Estado de Empleo #5 en su paquete:** Hay dos formas. Una es para el Padre y la segunda es para la Madre del estudiante.
 - Si el padre está *actualmente empleado*, complete la parte superior y la información dentro del primer rectángulo.
 - Si el padre **NO recibe ingresos de ninguna fuente**, complete la parte superior y la información de abajo.
- Verificación de Residencia #6 en su paquete:**
 - Por Favor Proporcione los documentos a su nombre para establecer su residencia.
 - Si usted no puede proveer prueba de residencia bajo su nombre, por favor pida que el residente principal / dueño de la casa compartida provee los documentos indicados en la forma y complete la parte de abajo donde hace declaración que usted vive en la vivienda en cuestión.
- ❖ En cuanto **todas** las formas en este paquete estén completas, por favor de entregar a Clinton Corner Family Campus junto con los siguientes documentos:
 - **Comprobante original de nacimiento de TODOS** sus hijos que viven en casa menores de 18 años
 - Dos documentos para la **verificación de su domicilio**
 - **Registros de vacunación** para el niño que está inscribiendo en el preescolar
- ❖ Si el paquete no está completo, usted será llamado y tendrá que venir a terminar los documentos incompletos o traer documentación faltante.
- ❖ Una vez que recibimos un **paquete completo** se llamará para programar una cita para terminar la inscripción. Citas comenzará en mayo. El día de su cita, **necesitará traer documentación actual de sus ingresos en bruto de los 30 días antes de su cita.**
- ❖ El día de su cita de inscripción se le dará información acerca de la escuela y el salón de asignación de su hijo/a en el otoño.
- ❖ **Si no puede cumplir sus citas, por favor llámenos para que podamos programar otra familia y también programar una cita para usted en otra fecha**



GARDEN GROVE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton St. Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 Fax: (714) 663-6149

Office Use Only

Formulario de Interés para Certificación Previa 2020-2021

Nota: Ésta solicitud es preliminar. **No da garantía de asignación a sus hijo/a en el programa.**
 Por favor complete la secciones A, B, más C

Sección A

Nombre del Estudiante _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento del Estudiante _____ M F

Domicilio: _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____ - _____
+ 4 dígitos

El Estudiante vive con: Familia de 2 padres Padre Soltero Madre Soltera Guardian Legal/Tutor Padres Adoptivos

Madre/ Tutor: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Cellular () _____ Casa () _____ Correo Electrónico _____

Padre/Tutor: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Cellular () _____ Casa () _____ Correo Electrónico _____

Sección B Lista a todos SUS hijos menores de 18 años de edad que viven en su hogar

	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela Actual
1				
2				
3				
4				
5				

Sección C Fuente actual de INGRESOS MENSUALES EN BRUTO: (Ingresos mensuales antes de impuestos y deducciones)

Ingresos en bruto de Madre/Tutor: Salario mensual en bruto: _____ Con qué frecuencia le pagan? _____ cheque <input type="checkbox"/> efectivo <input type="checkbox"/> Usted recibe ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingresos en bruto de Padre/Tutor: Salario mensual en bruto: _____ Con qué frecuencia le pagan? _____ cheque <input type="checkbox"/> efectivo <input type="checkbox"/> Usted recibe ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

Firma del Padre/Guardian _____ **Fecha:** _____ **Cantidad total de Ingresos: \$** _____

<p>Office Use Only: <input type="checkbox"/> 3 yr Old Prog. <input type="checkbox"/> 4 Yr. Old Prog. Fam. Size: _____ Fam. ID #: _____ Rank: _____ Over Income: _____ % Home School: _____ <input type="checkbox"/> Out of Dist. Reg. Packet Given on: _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> SharePoint _____ <input type="checkbox"/> IEP</p>	<p>Notes:</p>
--	---------------



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Documentos Requeridos para la Registración del Pre-Escolar

Lista para Padres

Padres DEBEN traer los siguientes documentos con ellos cuando entreguen el paquete de Registración

Identificación con fotografía

Identificación de California, Licencia de conducir de California, Identificación proveida por el Gobierno, identificación Militar, Pasaporte o Matricula Consular.

Comprobante Original de Nacimiento para Todos los Niños menores

(certificado de nacimiento, orden de custodia de menores, registros de escuela o médicos, carta de nacimiento del hospital, expedientes de adopción, registros de colocación de cuidado de crianza, registros de bienestar del condado, otra documentación confiable indicando relación)

Registro de Vacunas solamente de el niño/a que ingresa a la pre-escuela

(targeta amarilla o copia del doctor/ clinica. Asegurece que tenga todas la vacunas necesarias de acuerdo a la edad de su hijo/a)

*Formas 1-9 tienen que ser sometidas para que usted pueda obtener una cita de registración. también, tendrá que proveer sus *comproventes de Ingresos* y de *Domicilio* a la oficina del Programa Prescolar Estatal a la hora de su cita de Registracion.

1.	Reporte del Médico <i>(DEBE ser completada por el Doctor de el estudiante)</i>
2.	Ubicaciones preescolares y preferencias
3.	Lenguaje e Información Étnica
4.	Estado de Empleo Autorización de Empleo <i>(para los padres que trabajan)</i> /Declaracion de No Ingresos <i>(si el padre no recibe ingresos)</i>
5.	Verificación de Residencia
6.	Permiso Para Usar Fotos en La Red o Medios de Información
7.	Concentimiento para los Exámenes Preventivos de Salud
8.	Historial de la Salud del Estudiante - Reporte del los Padres <i>(Completado por los padres o tutor)</i>
9.	Participación de los Padres <i>(todas las familias deben llenar esta forma aun si usted no planea ser voluntario)</i>
10.	Formulario de Información de Voluntario
11.	Requerimientos y Guia para Voluntarios <i>(TB, MMR, y TDAP son requeridas para ser voluntarios)</i>

El Distrito Unificado de Garden Grove reserva el derecho de pedir información adicional con el fin de verificar elegibilidad.

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS

(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

Garden Grove Unified School District . This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to 3 HR a.m./p.m. , 5 days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)					
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
___ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Date of Physical Exam: _____

Address: _____

Date This Form Completed: _____

Telephone: _____

Signature _____

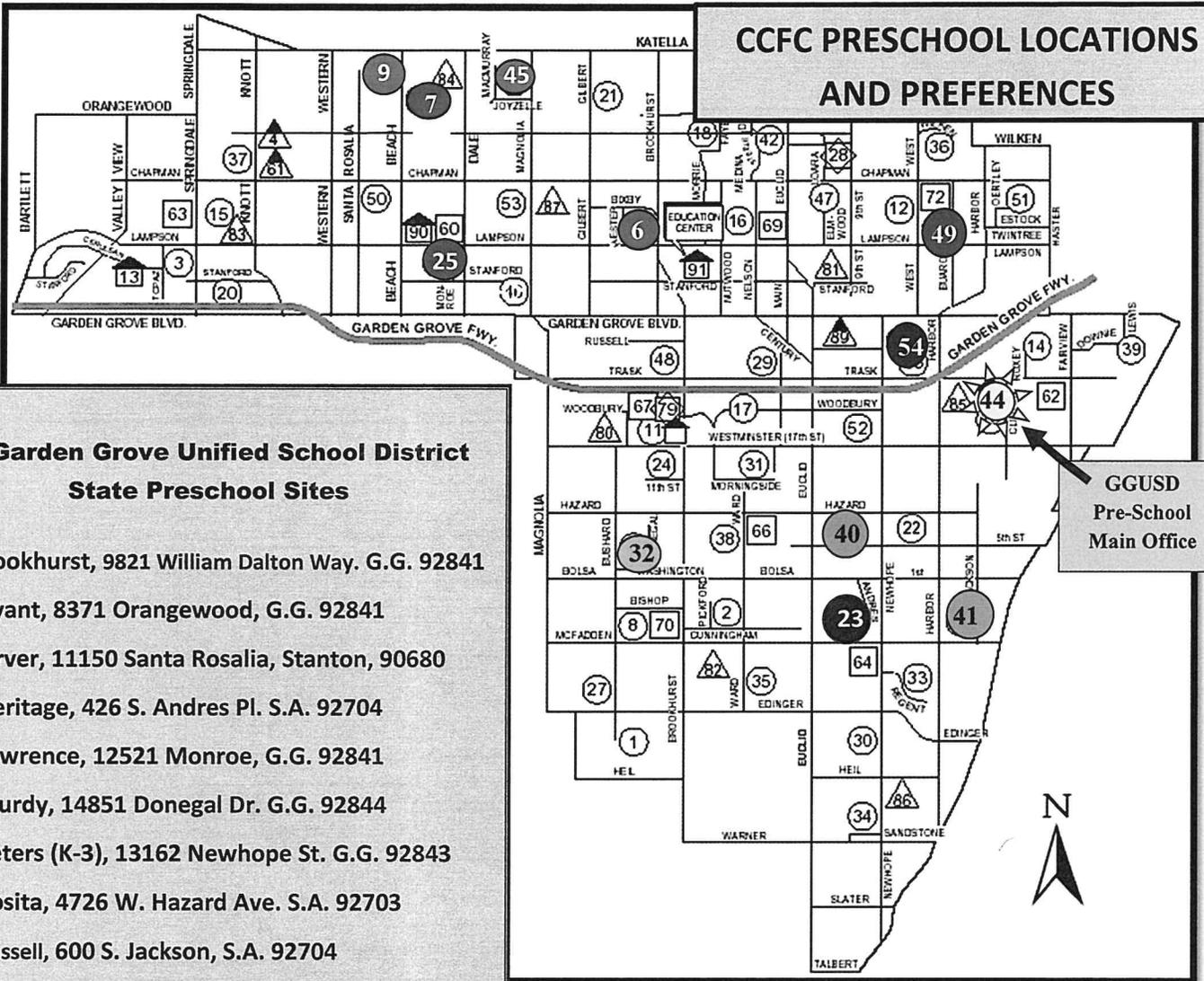
Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

CCFC PRESCHOOL LOCATIONS AND PREFERENCES



Garden Grove Unified School District State Preschool Sites

- #6 Brookhurst, 9821 William Dalton Way. G.G. 92841
- #7 Bryant, 8371 Orangewood, G.G. 92841
- #9 Carver, 11150 Santa Rosalia, Stanton, 90680
- #23 Heritage, 426 S. Andres Pl. S.A. 92704
- #25 Lawrence, 12521 Monroe, G.G. 92841
- #32 Murdy, 14851 Donegal Dr. G.G. 92844
- #54 Peters (K-3), 13162 Newhope St. G.G. 92843
- #40 Rosita, 4726 W. Hazard Ave. S.A. 92703
- #41 Russell, 600 S. Jackson, S.A. 92704
- #45 Skylark 11250 Mac Murray. G.G. 92841
- #49 Violette, 12091 Lampson Ave. G.G. 92840
- #44 Clinton Corner Family Campus (CCFC)
13581 Clinton St., G.G. 92843

Please indicate below the Preschool sites for which you are interested, in order of preference:

Por favor indiquen los sitios preescolares que están dispuestos aceptar en la Orden de su preferencia:

Vui lòng cho biết 3 trường theo thứ tự ưu tiên mà quý vị muốn chọn:

1st _____ 2nd _____ 3rd _____

4 yr. old program (12/3/14 – 12/2/15) is tentatively available at:

Brookhurst, Clinton Corner, Carver, Murdy & Skylark from 8:00-11:00 am **OR** 11:45 am-2:45 pm
 Bryant, Heritage, Lawrence, Peters, Rosita, Russell, Violette from 8:15-11:15 am **OR** 12:00 pm-3:00 pm

3 yr. old program (12/3/15 - 12/1/16) is tentatively available at:

Brookhurst, Carver, Clinton Corner & Skylark from 11:45 am - 2:45 pm
 Peters, Heritage, Rosita, Russell & Violette from 12:00 pm - 3:00 pm

School district telephone numbers begin with (714) 663-. The last four digits for schools/district facilities are in parenthesis receding each site below.

● **Pre-K-6**

- 663-6228 1-Allen
- (6104) 2-Anthony
- (6164) 3-Barber
- (6556) 6-Brookhurst
- (6451) 7-Bryant
- (6230) 8-Carrillo
- (6437) 9-Carver (EECC)*
- (6146) 10-Clinton
- (6251) 11-Cook
- (6346) 12-Crosby
- (6401) 14-Eisenhower
- (6205) 15-Enders
- (6558) 16-Evans
- (6106) 17-Exelcior
- (6253) 18-Faylane
- (6074) 20-Garden Park
- (6318) 22-Hazard
- (6108) 23-Heritage
- (6561) 24-Hill
- (6255) 25-Lawrence
- (6528) 27-Marshall
- (6131) 29-Mitchell
- (6264) 30-Monroe
- (6328) 31-Morningside
- (6405) 32-Murphy
- (6581) 33-Newhope
- (6337) 34-Northcutt
- (6118) 35-Paine
- (6266) 36-Parkview
- (6584) 37-Palton
- (6085) 54-Peters (K-3)
- (6070) 55-Peters (4-6)
- (6354) 39-Post
- (6563) 39-Riverdale
- (6418) 40-Rosita
- (6151) 41-Russell
- (6096) 42-Simmons
- (6336) 45-Skyline
- (6458) 46-Stanford
- (6484) 47-Stanley
- (6158) 48-Sunnyside
- (6203) 49-Violette
- (6407) 50-Walkeham
- (6331) 51-Warren
- (6461) 52-Woodbury
- (6535) 53-Zeyen

□ **Intermediate Schools**

- 663-6101 60-Alamitos
- (6466) 63-Bell
- (6241) 62-Doug
- (6351) 64-Fitz
- (6551) 66-Irvine
- (6124) 67-Jordan
- (6506) 68-Lake
- (6218) 70-McGarvin
- (6366) 69-Ralston
- (6040) 72-Wallton

▲ **High Schools**

- (6424) 80-Bolsa Grande
- (6115) 81-Garden Grove
- (6508) 87-Hare
- (6315) 82-La Quinta
- (6288) 86-Los Amigos
- (6515) 83-Pacific
- (6415) 84-Rancho Alamitos
- (6215) 85-Santiago

★ **Special Education**

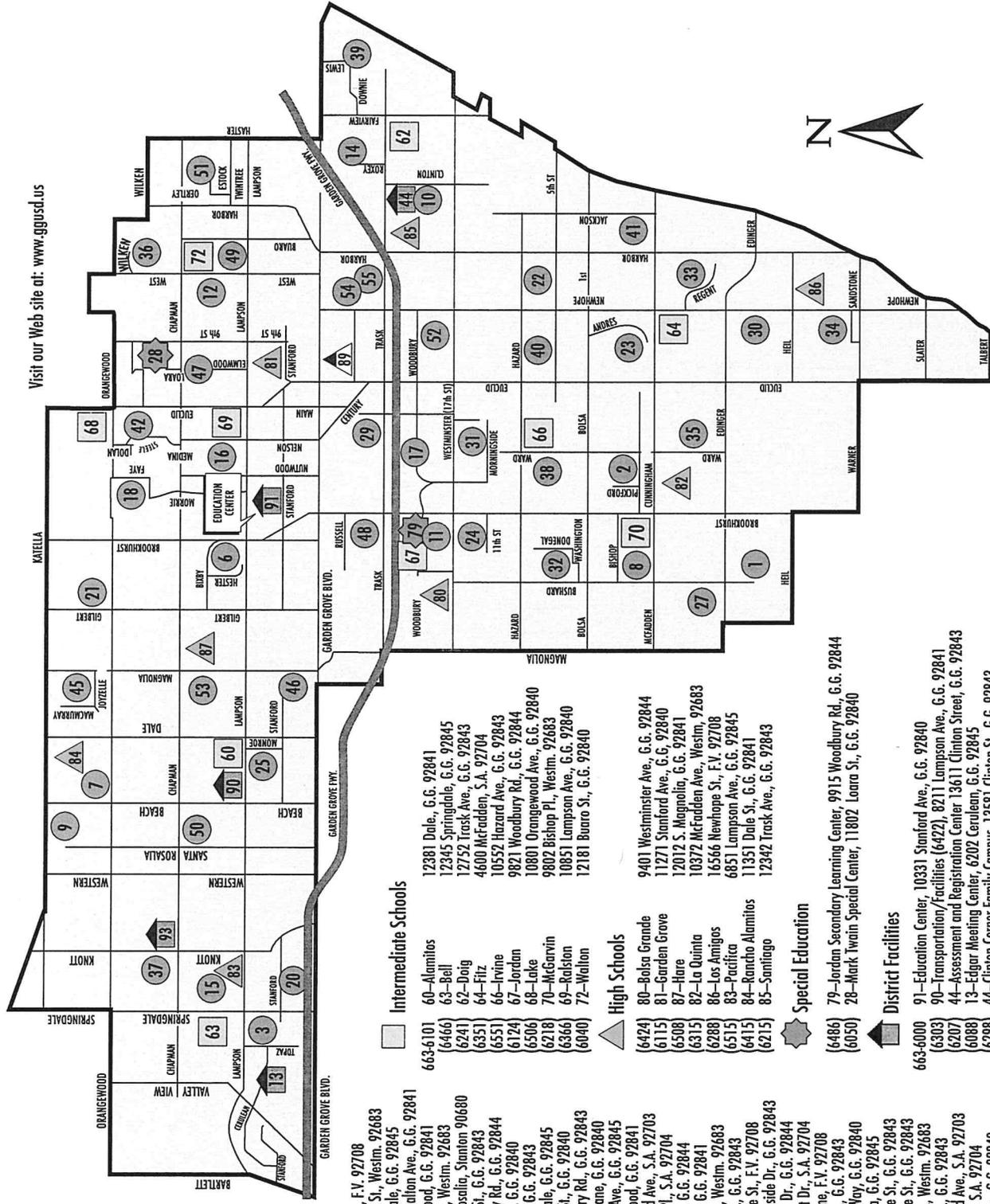
- (6486) 79-Jordan Secondary Learning Center, 9915 Woodbury Rd., G.G. 92844
- (6050) 28-Mark Twain Special Center, 11802 Loara St., G.G. 92840

▲ **District Facilities**

- 663-6000 91-Education Center, 10331 Stanford Ave., G.G. 92840
- (6303) 90-Transportation/Facilities (6422), 8211 Lampson Ave., G.G. 92841
- (6207) 44-Assessment and Registration Center 13611 Clinton Street, G.G. 92843
- (6088) 13-Edgar Meeting Center, 6202 Cerulean, G.G. 92843
- (6298) 44-Clinton Corner Family Campus, 13581 Clinton St., G.G. 92843
- (6185) 93-Chapman Healing Center, 11852 Knott St., G.G. 92841
- (6411) 44-Family Resource Center, 13611 Clinton Street, G.G. 92843

▲ **Adult Education**

- (6291) 89-Lincoln Education Center, 11262 Garden Grove Blvd., G.G. 92843





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Lenguaje é Información Étnica

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Qué idioma usa su hijo/a en casa con mayor frecuencia? _____

¿Qué idioma usa usted con mayor frecuencia cuando le habla a su hijo/a? _____

Marque con una X el mejor descriptor(es) que usted considere apropiado para el origen étnico de su hijo/a:

Indio Americano, nativo de Alaska, e Indio Norteamericano, Centroamericano o Sudamericano			
Chino		Camboyano	Tahitiano
Japonés		Hmong	Otras islas del Pacifico
Coreano		Asiático de otros países	Filipino
Vietnamés		Hawaiano	Hispano/Latino
Indio Asiático		Nativo de Guam	Negro o Afroamericano
Laosiano		Samoano	Blanco

PREFERENCIA DEL LENGUAJE PARA EL PADRE

El método de comunicación entre la administración, los maestros y padres puede incluir llamadas telefónicas, mensajes automatizados, volantes informativos, encuestas, cuestionarios, etc.

¿Quién debe recibir esta información? Nombre: _____

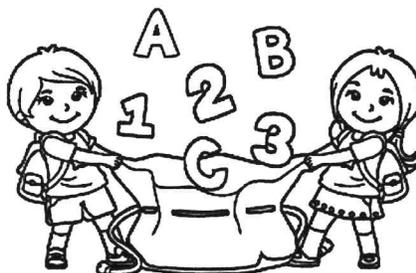
Nombre completo del contacto primario: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Idioma de preferencia: (*circule uno*) Inglés Español Vietnamita

Otro: _____

Le gustaría ser incluido a nuestro sistema de mensajes por texto? (*circule uno*) SI NO





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Estado De Empleo

Padre/Tutor: _____ Número Telefonico: () _____
 Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón: _____ AM / PM

Si el padre está *actualmente empleado*, complete la siguiente sección:

Nombre del Empleado:	Teléfono del Empleado:
Dirrección del Empleado/Compañía:	Ciudad: Código Postal:
Yo, _____, doy mi consentimiento al personal preescolar del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove de ponerse en contacto con mi empleador para documentar mis ingresos. Además, doy mi consentimiento a mi empleador de divulgar información de ingresos/empleo al personal preescolar del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove incluyendo, pero no exclusivamente, fecha de contratación, días y horas de empleo y sueldo básico.	
Yo, _____, ^o no doy mi consentimiento de ponerse en contacto con mi empleador porque _____	
_____	_____
Firma del Padre/Tutor	Fecha (mes/día/año)

Si el padre *NO recibe ingresos de ninguna fuente*, complete la siguiente sección

Declaración De Desempleo Y No Ingresos

I, _____
 Nombre Completo del Padre/Tutor

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTOY DESEMPLEADO Y NO RECIBO NINGÚN INGRESOS DE NINGÚNA FUENTE. Declaro que la información de ingresos que he presentado es acertada. Entiendo que cualquier información fraudulenta, incompleta, falsa o engañosa provista al Distrito Escolar Unificado de Garden Grove sobre el estado de ingresos, tamaño de familia, empleo, la búsqueda de empleo durante la certificación de elegibilidad inicial o en curso para la inscripción preescolar puede ser motivo de que mi hijo sea removido del programa preescolar de GGUSD.

Firma del Padre/Tutor Fecha (mes/día/año)



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Permiso para Usar Fotos en la Red o Medios de Información

El Distrito escolar Unificado de Garden Grove es conocido por sus estudiantes destacados y talentosos y, de vez en cuando el distrito recibe pedidos de los medios noticiosos de tomar fotografías de los estudiantes para presentar relaciones públicas positivas. Debido a que tales pedidos de fotografías a menudo requieren una respuesta inmediata, les pedimos permiso para todo el año escolar en lugar de hacerlo en base individual.

Los estudiantes que han logrado éxito en la escuela deben ser reconocidos y el reportaje en las noticias es un medio disponible para ese propósito. El distrito también quiere usar las fotografías de los estudiantes, identificados por su nombre y el nombre y el nombre de su escuela para publicaciones - incluyendo iniciar informes de prensa, boletines escolares y del distrito y la red de comunicación escolar.

Por favor complete y firme en la sección a continuación y regrese a la maestra de su niño/a.

- Doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove y la escuela tomen fotografías de mi hijo/a para usar en los medios de comunicación, en publicaciones (incluyendo el anuario) de la escuela y el distrito y en la red de comunicación de la escuela y el distrito.
- No doy permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove y la escuela obtengan fotografías de mi hijo/a para usar en los medios de comunicación en publicaciones (excluyendo el anuario) de la escuela y del distrito y en la red de comunicación de la escuela y del distrito.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón #: _____ AM/ PM

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Consentimiento de Padres para los Exámenes de Detección para la Salud

Estimados Padres de Preescolares:

El Distrito Unificado de Garden Grove está proporcionando servicios gratis a través del programa de preparación escolar. Los exámenes de detección permiten a la enfermera del programa identificar a los niños que necesitan intervención médica especial. Su consentimiento por escrito es requerido para todos estos exámenes de detección.

Los siguientes exámenes de detección y servicios serán provistos durante el año escolar.

- Audición
- Vista
- Dental
- Salud y Nutrición
- Desarrollo
- Altura/Peso y la
- Relación entre Peso y Altura

Con mi firma abajo, doy mi consentimiento para que se hagan los exámenes de detección supra citadas. Yo entiendo que me darán los resultados de los exámenes por escrito. Además doy mi permiso a la enfermera de compartir con la maestra cualquiera de los resultados de detección que pueda tener un impacto en la seguridad y/o aprendizaje de mi hijo.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón #: _____ AM / PM

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)

La enfermera del programa de preparación escolar está disponible para asistir en obtener seguro médico y servicios de la comunidad. Para más información, por favor llame a:

Clinton Corner Family Campus
School Readiness Nurses
Tel: (714) 663-6298





Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Historial de Salud del Estudiante

Para ayudar al personal escolar a satisfacer mejor las necesidades de salud de su niño, por favor complete la siguiente forma. El medicamento en la escuela, ya sea recetado o no, requiere las ordenes de un medico, la firma de un padre, y debe permanecer en la oficina a menos que el medico indique otras instrucciones. Por favor pídale las formas requeridas al personal escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Cuidad de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Pediatra/ Doctor de Familia: _____ No.Tel del Doctor: _____ Fecha del último fisico: _____

El estudiante recibe servicios fuera del distrito escolar? Si No El estudiante tiene un IEP? Si No

Si marco "Si", marque la caja apropiada: Habla Educación Especial Otro: _____

Hay condiciones de salud presentes? Si No Si marco "Si", marque cualquier condición de salud descritas a continuación la cual su niño ha sufrido durante el año pasado. Si necesita espacio adicional, por favor use el espacio en la parte inferior de esta página.

1. Impedimentos de vision: Lentes o Lentes de contacto Otro _____
2. Alergias: ¿A que Comida? _____ ¿A que Medicamentos? _____
 Cúales son los symptoms que se presentan? _____
 ¿Necesita medicamentos en la escuela? Si No ¿Necesita la inyección de emergencia "EPI Pen"? Si No
3. Deficiencia de Atención: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
4. Asma: medicamento? _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
5. Diabetes: ¿Es necesario tomar medicamento o tomar pruebas de sangre en la escuela? Si No
6. Epilepsia/convulsiones: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
7. Pérdida de audición: Oído Derecho Oído Izquierdo ¿Aparato auditivo? Oído Derecho Oído Izquierdo
8. Problemas con el corazón: ¿ Qué tipo? _____ ¿Restricción de actividades? Si No
9. Artritis, enfermedad "Osgood Schlatter" u otro problema con las coyunturas de huesos? ¿Afecta las actividades de educación física? Si No Explique: _____
10. Migrañas: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
11. Otras condiciones de salud/medicamentos _____

Las condiciones de salud anotadas a continuación podrían requerir mas información y/o que sean discutidas con la enfermera de la escuela.

- o Problemas de riñones or vejiga: Explique _____
- o Problemas de Sangre: ¿Qué tipo? _____
- o Cáncer: ¿Qué tipo? _____
- o Parálisis Cerebral: ¿Tiene limitaciones? _____
- o Fibrosis Quística: Medicamentos _____ ¿Requeridos en la escuela? Si No
- o Trastorno Alimenticio. ¿Qué tipo? _____
- o Trstorno Endócrino. ¿Qué tipo? _____
- o Problemas Neurológicos. ¿Qué tipo? _____
- o Trastorno emocionales/psiquiátricos: Medicamento _____ ¿Requerido en la escuela? Si No
- o ¿Hospitalizaciones o cirugias? ¿Razón?: _____ Date _____
- o Otros _____

Comentarios o explicaciones adicionales sobre cualquier condición o si marcó "Si" arriba. _____

*** Yo requiero y autorizo a _____ que comparta la información médica del estudiante nombrado anteriormente al Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar Unificado de Garden Grove

Nombre del Padre/Guardian _____

Firma del Padre/Guardian _____

Fecha _____

8



Garden Grove Unified School District
Office of Elementary Education
Clinton Corner Family Campus
State Preschool Program
13581 Clinton Street • Garden Grove, CA 92843
Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149

Participación de los Padres

***TODAS LAS FAMILIAS DEBEN LLENAR ESTE FORMULARIO, AUN SI NO HAY UN VOLUNTARIO DISPONIBLE ***

Se exige que el programa preescolar en el Distrito Escolar Unificado de Garden Grove mantenga una proporción de un adulto por cada ocho niños. Cada salón está dotado con una maestra y un asistente de instrucción. Los padres y/o voluntarios, tal como se permite por las regulaciones estatales y de licenciatura, son necesarios para reunir el requisito de la proporción entre adultos y niños.

Son muchos los resultados positivos de servir como voluntario en el salón preescolar. Padres pueden practicar y extender actividades de alfabetismo en la casa por medio de participar en el programa de instrucción. Los padres aprenden estrategias sobre el manejo de comportamiento, y pueden ver a sus hijos obrar recíprocamente con otros niños y adultos. Los padres pueden conectar con otros padres y formar relaciones que son sustentadoras.

Los abuelos, tías, tíos, u otros parientes o amigos también pueden ser incluidos como voluntarios. Un voluntario debe tener por lo menos 18 años, debe llenar por completo un *formulario de voluntario* del distrito, y tener en constancia pruebas actuales de *tuberculosis, Tos Ferina, Sarampión é Influenza* con la oficina preescolar.

Favor de indicar abajo quien puede ser voluntario en el salón preescolar de su hijo.

- Sí, estoy interesado y dispuesto de servir como voluntario en el salón preescolar de mi hijo.
- Yo no puedo servir como voluntario, pero el siguiente pariente o amigo servirá como voluntario.

Nombre del Voluntario: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Estudiante: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela: _____ Salón #: _____ AM / PM

Firma del Padre/Tutor

Fecha (mes/día/año)

The Value of Being a Volunteer in the Classroom

El Valor de Ser un Voluntario en el Salón

Giá trị của việc làm tình nguyện trong lớp học



Children are proud to have their parent in the classroom.
Los niños están orgullosos de tener a sus padres en el salón.
Em nhỏ sẽ rất hạnh phúc khi có Cha Mẹ trong lớp của mình.



Parents learn new ways to teach and manage behavior.
Los padres aprenden nuevas formas de enseñar y manejar el comportamiento.
Phụ huynh sẽ học hỏi được những phương cách mới trong việc dạy dỗ và chăm sóc em nhỏ.



Parent volunteers mean so much to teachers.
Los padres voluntarios significan tanto a las maestras.
Cô giáo rất cần phụ huynh đến lớp giúp.



Parents can connect with other parents.
Los padres pueden conectarse con otros padres.
Phụ huynh có dịp giao tiếp với những phụ huynh khác.



Parents help children learn.
Los padres ayudan a los niños aprender.
Phụ huynh giúp con em mình học tập tốt hơn.



Parents help monitor children.
Los padres ayudan a vigilar a los niños.
Phụ huynh giúp trông chừng các học sinh trong lớp.



Parents help their children at home with what they learn at school.
Padres ayudan a sus hijos en casa con lo que han aprendido en la escuela.
Tại nhà, phụ huynh giúp con em ôn lại những gì chúng đã học ở trường.



It's Fun!
¡Es divertido!
Rất vui!



Parent shows child that school is important.
Los padres muestran a los niños que la escuela es importante.
Phụ huynh chứng tỏ cho con em thấy rằng việc học rất quan trọng.

GARDEN GROVE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
 Oficina de Servicios del Personal
Formulario de Información para Voluntarios

ML TB TDAP MMR FLU

Admin: _____

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Salón #: _____ AM / PM
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Nombre del Voluntario: _____ Fecha de Nacimiento del Voluntario: _____
Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Apt/ Spc: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
DL/ ID #: _____

Teléfono () _____ () _____ () _____
Casa Celular Trabajo Ext.

Ejemplos de los deberes del voluntario: Relacionarse con los estudiantes durante la hora de comida y en los grupos pequeños, ayudar a la maestra con una variedad de actividades, y supervisar a los niños durante el día.

¿Ha sido Ud. condenado por: Un delito? Sí _____ No _____
 Algún crimen sexual o de drogas? Sí _____ No _____

Si respondió sí, describa brevemente incluyendo fecha(s): _____

En caso de emergencia, ¿sufre Ud. De algún problema de salud que debiéramos conocer? _____

Por favor apunte el nombre y número de teléfono de una persona de contacto en caso de emergencia mientras Ud. está sirviendo como voluntario.

Nombre	Relación	Teléfono
Doctor		Teléfono

Por favor apunte los nombres y números de teléfono de su actual y previo empleador.

Nombre	Teléfono	Fechas de Empleo
Nombre	Teléfono	Fechas de Empleo

Por favor apunte el nombre de dos personas que puedan servir como referencia.

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

Yo entiendo que los voluntarios no son compensados y que mis servicios como voluntario están a la discreción de la Dirección de Educación a través de sus designados, el local principal y que mis servicios pueden ser cancelados en cualquier momento.

Yo entiendo que el distrito reserva el derecho de revisar mis antecedentes con el Departamento de Justicia Criminal, de acuerdo con el Código Penal, Sección 290.

Por favor excútese de presentarse como voluntario si padece de algún mal contagioso el cual podría ser transmitido en un ambiente escolar, tal como, pero no limitado a: tuberculosis, hepatitis, etc.

Por el presente certifico que todas las declaraciones e información provistas son verdaderas y completas hasta lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma _____ **Fecha** _____



Garden Grove Unified School District
 Office of Elementary Education
 Clinton Corner Family Campus
 State Preschool Program
 13581 Clinton Street, Garden Grove, CA 92843
 Tel: (714) 663-6298 • Fax: (714) 663-6149



Requerimientos y Guías para Voluntarios

1. Examen en la piel de Tuberculosis (TB) Traer uno de los siguientes

- Documentación de una prueba de tuberculosis negativa (Sirve por 2 años) o un prueba de rayos x (Sirve por 4 años).
- Una declaración del doctor del voluntario si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado

2. Vacuna contra el Sarampión (MMR) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna para el Sarampión (Sirve de por vida)
- Una declaración del doctor del voluntario, si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado
- Una declaración del doctor del voluntario, si este ya es inmune a el Sarampión

3. Vacuna contra la Tos Ferina (TDAP) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna contra la Tos Ferina (Sirve por cada 10 años)
- Una declaración del doctor del voluntario si es que hay alguna razón médica para no ser vacunado

4. Vacuna contra la Gripe (FLU) Traer uno de los siguientes

- Una copia de la cartilla de vacunación con prueba de vacuna para la influenza con fecha entre 1 de Agosto y 1 de Diciembre de cada año o
- Una declaración firmada del voluntario donde niega ser vacunada en contra la gripe (Localizado abajo)

*Clínicas de Sugerecía *

Para Examen de Tuberculosis



MemorialCare Medical Group

15464 Goldenwest St.
 Westminster, CA 92683
 (714) 891-9008

- Esta clínica está abierta los 7 días de la semana y la prueba de piel de Mantoux (TB) se puede administrar durante ese tiempo.
- El horario de oficina es de 8:00 am a 8:00 p.m.
- **Debe** regresar a la clínica **48 horas** después para los resultados de su prueba.

Costo:

TB..... approx. \$20.00 o mas
 Rayos X..... approx. \$51.00

Para Otras Vacunas

Santa Ana Clinic

1725 W 17th St.
 Santa Ana, Ca 90621
 1(800) 914-4887 or 1(800) 564-8448



- Horas de Immunizacion :
 Lunes a Viernes 7:30 -10:00am & 12:45 – 3:00pm
 No cita necesaria:

Si usted no tiene aseguransa medica el costo es:

MMR..... approx. \$18.50

TDAP..... approx. \$18.50

Vacuna para la Gripe es Gratis ... anualmente disponible de
 Nov. – Mar.

Documentación de Vacunación de Voluntario

A quien corresponda:

Estoy negando ser vacunada/o contra la gripe en este momento.

Nombre de Voluntario _____ Nombre de Estudiante _____
Apellido, Primer y Segundo Nombre Apellido, Primer y Segundo Nombre

Firma de Voluntario _____ Fecha _____

Escuela _____ Salón _____ a.m. / p.m.