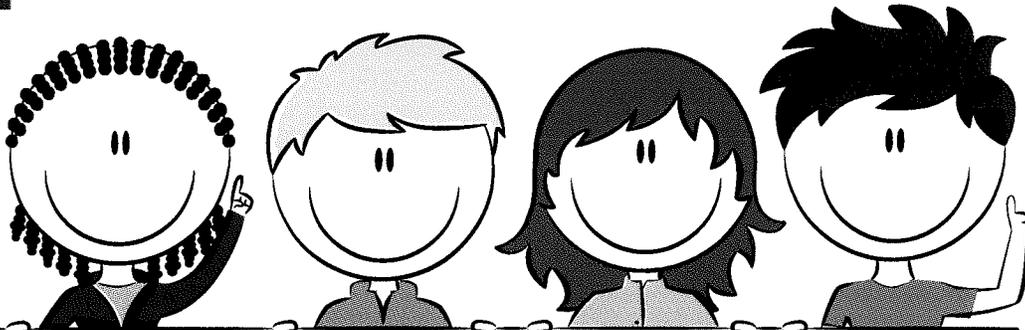


**¿No está vacunado?  
¿No tiene comprobantes?  
No puede asistir a la escuela.**



**No se admitirá a los niños a menos  
que se presente el  
comprobante de vacunación y  
las vacunas estén al día\*.**

*\*Avísenos si su hijo(a) no está vacunado(a) por motivos médicos.*

Visite **ShotsForSchool.org** para acceder información sobre los requisitos de vacunación, una herramienta de búsqueda interactiva de escuelas, materiales de implementación para las escuelas y materiales educativos para padres.

**SHOTSFOR SCHOOL**

IMM-1167ES (11-22)



TOLUCA LAKE ELEMENTARY SCHOOL  
4840 Cahuenga Blvd., North Hollywood, CA, 91601 (818) 761-3339

UNIVERSAL KINDER TRANSICIONAL  
FORMULARIOS  
AÑO ESCULAR 2023 - 2024

**“NO ACEPTAREMOS FORMULARIOS INCOMPLETOS”**

Lo siguiente es necesario para matricular. Es la responsabilidad del padre/guardian de obtener los documentos necesarios para matricular a su hijo/a.

**NUEVOS UTK ESTUDIANTES:**

El kínder transicional es el primer año de un programa de kínder de dos años y se ha diseñado para alumnos que **cumplen 5 años entre el 2 de septiembre del año 2023 al 1 de septiembre del año 2024.**

La siguiente formas debe de ser completado antes de matricular el niño/a.

LAUSD Formulario completo. (2 – Paginas)

- a. Formulario de Colocación Para Alumnos Con Los Requisitos De Edad Para El Kinder DeTransición.
- b. Con Niño/a Eligible Por Kinder Pidiendo Kinder Transicional.

-----

1. ***Prueba de nacimiento:*** Acta de nacimiento ORIGINAL no se aceptan copias. O otro documento legal adquirido del registro civil. (NO SE ACEPTAN COPIAS DEL HOSPITAL.)
2. ***Tarjeta de vacunas:*** Polio, DPT, Hep B, Sarampion, Rubeola, Paperas, y Varicella. *Las vacunas tienen que estar completos antes de registro.*
3. ***Verificacion de la direccion donde vive.*** Aceptamos una factura de la compania de gas o de electricidad, el contrato de renta o de alquiler, etc. (NO SE ACEPTA LA FACTURA DE TELEFONO, CABLE O REGISTRO DE CARRO.)
4. Identificacion de padres del estudiante: Liencia de Manejar, Identificacion del Gobierno o LAUSD forma: Declaracion Jurada Identificacion de padres.

**UTK ESTUDIANTES QUE ESTAN TRANFERIENDO A NUESTRA ESCUELA**

Sí el estudiante viene de otra escuela del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles debe traer un traslado (PAR) de la otra escuela, original acta de nacimiento, las formas completamente llenadas y verificacion de domicilio. Aseptamos resivos de electricidad, gas, contrato de rentao o de alquiler.

Los estudiantes que vienen de otra Distrito deben traer el traslado y el reported de calificaciones con las formas completamente llenadas, acta de nacimiento tarjeta de vacunas y verificación de domicilio.

**UTK EDUCACION ESPECIAL-NUEVOS ESTUDIANTES Y TRANFERIENDO DE OTRA LAUSD ESCUELA**

Todos los Estudiantes de Educacion Especial deben traer su mas reciente reporte de IEP.



**FORMULARIO DE COLOCACIÓN PARA ALUMNOS CON LOS REQUISITOS DE EDAD  
PARA EL KINDER DE TRANSICIÓN**

Se me informó que mi hijo reúne los requisitos de edad\* para el Kinder de Transición, y

\_\_\_\_\_ estará inscrito en un programa TK en  
Nombre del Niño                      Fecha de Nacimiento

TOLUCA LAKE ELEMENTARY

Nombre de la Escuela

para el año escolar 2023-2024 El Kinder de Transición constituye el primer año de un programa de Kindergarten de dos años que establece la ley de Preparación para el Kinder de 2010 (SB 1381).

Mr. Jeffrey Daniel

Funcionario Escolar

Fecha Que se Proporcionó a Los Padres

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre

Fecha

**El Formulario de Colocación para Alumnos con los Requisitos de Edad para el Kinder de Transición deberá incluirse en el expediente general.**

\*A continuación la clasificación de TK:

- Los niños que cumplan los cinco años entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre deberán recibir admisión al programa de transición de kindergarten.



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ANEXO C

<b>Date Received:</b> _____ <b>Time Received:</b> _____ am / pm <b>FOR OFFICE USE ONLY</b>
--

CON NINO/A ELIGIBLE POR KINDER PIDIENDO KINDER TRANSICIONAL

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_  
 (Por favor escribe en letra de molde) Primer Inicial Apellido

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mes Día Año      **Sexo:**  M  F

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Zona Postal

**Número de teléfono del hogar:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_

**Número del trabajo/celular:** \_\_\_\_\_ **Número del trabajo/celular:** \_\_\_\_\_

**Hermanos/as:** (Nombre/Edad) \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo/a a un programa preescolar?:  Si  No ¿Cuantos años? \_\_\_\_\_

**Nombre del programa preescolar:** \_\_\_\_\_

**Escriba las razones por la cuales usted piensa que a su hijo/a le beneficiará el programa de Kinder Transicional:**

---



---



---



---



---

*Por favor entregue esta solicitud con su paquete de inscripción a la oficina de la escuela. El personal de la escuela le informará sobre la asignación de su hijo/a.*

Nombre De Escuela \_\_\_\_\_

Domicilio de Escuela \_\_\_\_\_

Teléfono De Escuela/Escuela De Dirección De Pagina De Web \_\_\_\_\_



**Toluca Lake Elementary**  
 4840 Cahuenga Blvd.  
 North Hollywood, CA 91601  
 (818) 761-3339 - Phone  
 (818) 761-7197 - Fax  
<http://toluca.weebly.com>

## Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Sólo para uso de oficina (Office Use Only)</b>	
1. School Name:  Los Angeles Unified School District <b>Toluca Lake Elementary</b> 4840 Cahuenga Blvd.	4. Student Entry Grade Level:
2. Location Code: North Hollywood, CA 91601	5. LAUSD/State Student ID Number:
3. Enrollment Date/Code:	

*Instrucciones: Favor de escribir en letra de molde, con tinta negra o azul. Si tiene alguna pregunta, pida ayuda por favor. Padres/tutores/personas a cargo de menores: Si no puede completar toda la información del Formulario de Inscripción Estudiantil, su hijo/a seguirá inscrito en la escuela. El Distrito no requiere de los números del Seguro Social ni la información del estado migratorio para inscribir a los estudiantes en la escuela.*

#### A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal:						
Apellido		Nombre		Segundo nombre		
Nombre Preferido:						
Apellido		Nombre		Segundo nombre		
Domicilio:						
Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono del hogar	
Sexo Legal: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual		Género: (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario		
				Fecha de nacimiento ____/____/____ <i>Més/Día/Año</i>		

#### B. PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Nombre Preferido (Si corresponde):					
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico		

**Idioma para la correspondencia al hogar:** Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

Inglés     Español     Armenio     Mandarín     Cantonés     Farsi     Coreano     Ruso     Vietnamita     Tagalo

Otro: \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación completado (marque uno)**

No se graduó de la secundaria     Graduado de la escuela preparatoria o equivalente     Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)

Graduado Universitario     Estudios de posgrado / Doctorado     Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor?     Sí     No    Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Si no, indique la dirección:

Número	Calle	Apt/Unidad	Ciudad	Código Postal
--------	-------	------------	--------	---------------

#### PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR

Nombre legal:					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Nombre preferido (Si corresponde):					
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico		

**Idioma para la correspondencia al hogar:** Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés  Español  Armenio  Mandarín  Cantonés  Farsi  Coreano  Ruso  Vietnamita  Tagalo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación completado (marque uno)**

- No se graduó de la secundaria  Graduado de la escuela preparatoria o equivalente  Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)  
 Graduado Universitario  Estudios de posgrado / Doctorado  Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor?  Sí  No Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

**PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR**

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

\_\_\_\_\_

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

**Idioma para la correspondencia al hogar:** Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés  Español  Armenio  Mandarín  Cantonés  Farsi  Coreano  Ruso  Vietnamita  Tagalo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación completado (marque uno)**

- No se graduó de la secundaria  Graduado de la escuela preparatoria o equivalente  Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)  
 Graduado Universitario  Estudios de posgrado / Doctorado  Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor?  Sí  No Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

**PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR**

Nombre legal:

Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre preferido (Si corresponde):

\_\_\_\_\_

Número de teléfono-hogar Número de teléfono-celular Número de teléfono-trabajo Dirección de correo electrónico

**Idioma para la correspondencia al hogar:** Esta información indica el idioma preferido para que LAUSD envíe correspondencia por escrito al padre/tutor legal del estudiante. (Marque uno)

- Inglés  Español  Armenio  Mandarín  Cantonés  Farsi  Coreano  Ruso  Vietnamita  Tagalo  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación completado (marque uno)**

- No se graduó de la secundaria  Graduado de la escuela preparatoria o equivalente  Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)  
 Graduado Universitario  Estudios de posgrado / Doctorado  Se niega a proporcionar la información o la desconoce

¿Vive el estudiante con este padre/tutor legal/persona a cargo del menor?  Sí  No Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Si no, indique la dirección:

Número Calle Apt/Unidad Ciudad Código Postal

**C. IDIOMA DEL HOGAR E INFORMACION ÉTNICA**

**Idioma natal del alumno**

¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?

¿Qué idioma usa su hijo con más frecuencia en casa?

¿Qué idioma usa usted (los padres o tutores) con más frecuencia para hablar con su hijo?

¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

¿Ha recibido este estudiante alguna instrucción formal del idioma Inglés?  Sí  No

**Raza/Etnia/Herencia Cultural del Estudiante**

¿Es el grupo étnico del estudiante hispano o latino?  Sí  No

**Raza/Etnia/Herencia Cultural del Estudiante (se puede incluir hasta 5)**

Favor de consultar la Lista de Raza/Etnia/Herencia Cultural e ingrese el código numérico junto con el texto correspondiente

<input type="text"/>	Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____	<input type="checkbox"/>	Me niego a contestar				
<input type="text"/>	Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____						
<input type="text"/>	Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____						
<input type="text"/>	Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____						
<input type="text"/>	Raza/Etnia/Herencia Cultural: _____						

**D. INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE**

Servicios especiales	Marque una por cada pregunta
¿Recibió este estudiante servicios de educación especial en su escuela anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo este estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) vigente en la escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del IEP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo el estudiante un Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? En caso afirmativo, ¿tiene una copia del Plan de la Sección 504?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el estudiante dificultades que interfieren con su capacidad para ir a la escuela o para aprender?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se identificó al estudiante para los servicios de Educación para Dotados y Talentosos (GATE)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Escuelas anteriores**

¿Ha asistido el estudiante a esta escuela anteriormente?  Sí  No En caso afirmativo, cuándo:

¿Ha asistido anteriormente este estudiante a alguna otra escuela o centro del LAUSD (por ejemplo, centro de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar)?  Sí  No

En caso afirmativo, mencione la escuela/el centro de LAUSD al que asistió más recientemente:

Nombre de la escuela	Ciudad/Estado	Fechas de Asistencia (mes/año)	Nivel(es) de grado(s)
Indique la última escuela que no pertenece al LAUSD a la que asistió el estudiante (incluyendo centros de educación temprana, preescolar estatal, Head Start u otro preescolar):			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Está este estudiante actualmente bajo una orden de expulsión?  Sí  No  
En caso afirmativo, proporcione el nombre del distrito escolar:

**Información adicional del estudiante**

¿Hay alguna orden judicial con respecto a la tutela legal, custodia física, derechos educativos, o contacto restringido con este niño?  Sí  No

En caso afirmativo se debe proporcionar una copia de la orden judicial a la escuela.

¿Tiene el estudiante algún pariente que sea todo o parte indio americano o nativo de Alaska? (Por favor, complete el Cuestionario de la Carta para Indios Americanos – Americanos de Alaska)  Sí  No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa para Indios Americanos – Americanos de Alaska y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

¿Ha trabajado el padre o el tutor legal del estudiante en una o más de las siguientes industrias en los últimos tres años (agricultura, lácteos, pesca, ganado, o procesamiento/embalaje de alimentos)? (Por favor complete el Cuestionario de Trabajo Familiar del Programa de Educación para Migrantes)  Sí  No

En caso afirmativo, se le contactará en su hogar con respecto al Programa de Educación para Migrantes y si su hijo califica para la asistencia académica gratuita y los beneficios de salud que proporciona.

**E. HIJOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL HOGAR CON LOS MISMOS PADRES/TUTOR LEGAL/PERSONA A CARGO DEL MENOR) (incluye hermanos, hermanas, primos)**

1.	_____	____/____/____	_____
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	Escuela Actual
2.	_____	____/____/____	_____
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	Escuela Actual
3.	_____	____/____/____	_____
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	Escuela Actual
4.	_____	____/____/____	_____
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	Escuela Actual
5.	_____	____/____/____	_____
	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento (Més/Día/Año)	Escuela Actual

**F. CONTACTO DE EMERGENCIA (APARTE DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES/PERSONAS A CARGO DEL MENOR)**

1. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el/la estudiante
Domicilio:			
Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

2. Nombre legal:

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el/la estudiante
Domicilio:			
Número	Calle	Apartamento/Unidad	Ciudad
Número de teléfono-hogar	Número de teléfono-celular	Número de teléfono-trabajo	Dirección de correo electrónico

**Firma**

Verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

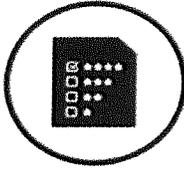
\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante



## Race/Ethnicity List/Cultural Heritage

1000 Afghan	1023 Cuban	3032 Liberian	7024 Rotuman
3000 African American	1024 Czechs	1050 Libyan	1069 Russian
0003 African American/Black 3001	0840 Decline to State	1051 Lithuanian	3047 Rwandan
African Canadian	3019 Djiboutian	1052 Macedonian	3048 Saint Helenian
1001 Albanian	1025 Dominican	3033 Malagasy	3049 Saint-Barth
1002 Algerian	1026 Druze	3034 Malawian	7025 Saipanese
1003 Amazigh or Berber	1027 Ecuadorean	4005 Malaysian	1070 Salvadoran
0001 American Indian/Alaska Native	1028 Egyptian	4006 Maldivian	0703 Samoan
3002 Angolan	1029 Emirati	3035 Malian	3050 Sao Tomean
3003 Anguillian	3020 Equatorial Guinean	3036 Maorais	1071 Saudi Arabian
3004 Antiguan	3021 Eritrean	7012 Maori	3051 Senegalese
1004 Arab	1030 Estonian	7013 Marquesans	1072 Serbian
7000 Are'are	3022 Ethiopian	7014 Marshallese	3052 Seychellois
1005 Argentinian	1031 Falkland Islanders	3037 Martinican	3053 Sierra Leonean
1006 Armenian	7005 Fijian	1053 Mauritanian	4013 Singaporean
0002 Asian	0006 Filipino	3038 Mauritian	1073 Slovakian
0408 Asian - Other	7006 Futunian	1054 Mestizo	7026 Solomon Islander
1007 Assyrian	3023 Gabonese	1055 Mexican	1074 Solvene
1008 Azerbaijani	3024 Gambian	4007 Mien	3054 Somalian
3005 Bahamian	7007 Gambier Islanders	4008 Mongolian	3055 South African
1009 Bahraini	1032 Georgian	1056 Montenegrin	1075 South Georgia
4000 Bangladeshi	3025 Ghanaian	3039 Montserratian	1076 South Sandwich Islands
3006 Barbadian	3026 Grenadian	1057 Moroccan	3056 South Sudanese
1010 Bedouin	3027 Guadeloupean	7015 Motuan	1077 Spaniard
1011 Belizean	0702 Guamanian	3040 Mozambican	4014 Sri Lankan
3007 Beninese	1033 Guatemalan	3041 Namibian	3057 Sudan
4001 Bhutanese	1034 Guianan	1058 Native (Central and South America)	1078 Surinamese
3008 Bissau-Guinean	1035 Guyanese	7016 Nauruan	3058 Swazi
1012 Bolivian	3028 Haitian	4009 Nepali	1079 Syrian
1013 Bosnian	0701 Hawaiian	3042 Netherlands Antillean	0705 Tahitian
3009 Botswanan	1036 Herzegovinian	1059 Nicaraguan	4015 Taiwanese
1014 Brazilian	0400 Hmong	3043 Nigerian	1080 Tajikistani
1015 Bulgarian	1037 Honduran	3044 Nigerien	3059 Tanzanian
3010 Burkinese	1038 Hungarian	7017 Niuean	4016 Thai
4002 Burmese	7008 i-Kiribati	7018 Ni-Vanuatu	4017 Tibetan
3011 Burundian	0407 Indian	4010 Okinawan	3060 Togolese
0406 Cambodian	4004 Indonesian	1060 Omani	7027 Tokelauan
3012 Cameroonian	1039 Iranian	0007 Pacific Islander	7028 Tongan
3013 Cape Verdean	1040 Iraqi	0704 Pacific Islander - Other	7029 Tuamotuan
7001 Carolinian	1041 Israeli	4011 Pakistani	7030 Tubuai
3014 Caymanian	3029 Ivorian	7019 Palauan	1081 Tunisian
3015 Central African	1042 Jamaican	1061 Palestinian	1082 Turkish
3016 Chadian	0402 Japanese	1062 Panamanian	1083 Turkmen
1016 Chaldean	1043 Jordanian	7020 Papuan	7031 Tuvaluan
4003 Cham	7009 Kanak	1063 Paraguayan	3061 Ugandan
7002 Chamorro	1044 Kazakhstani	1064 Peruvian	1084 Ukrainian
1017 Chicana/o	3030 Kenyan	7021 Pohnpeian	1085 Uruguyan
1018 Chilean	0403 Korean	1065 Polish	7032 Uvean
0401 Chinese	7010 Kosraean	3045 Principean	1086 Uzbekistani
7003 Chuukese	1045 Kurdish	1066 Puerto Rican	1087 Venezuelan
1019 Columbian	1046 Kuwaiti	4012 Punjabi	0404 Vietnamese
3017 Comorian	7011 Kwaio	1067 Qatari	3062 Virgin Islander
3018 Congolese	1047 Kyrgyzstani	7022 Rapan	0005 White
7004 Cook Islanders	0405 Laotian	7023 Rapanui	7033 Yapese
1020 Copt	1048 Latvian	3046 Réunionese	1088 Yemeni
1021 Costa Rican	1049 Lebanese	1068 Romanian	3063 Zambian
1022 Croatian	3031 Lesothan		3064 Zimbabwean



# Parent Portal

## ¡EL PORTAL PARA PADRES ES UN SISTEMA POR INTERNET QUE CONECTA A LOS PADRES DE FAMILIA Y TUTORES LEGALES A LA INFORMACIÓN DE SU ESTUDIANTE!

Con el Portal para padres, los padres de familia/tutores pueden:



Supervisar la asistencia



Darle seguimiento al progreso hacia graduación



Darle seguimiento a las calificaciones y tareas



Estar al tanto del progreso de un aprendiz de inglés hacia la graduación



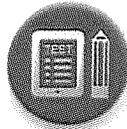
Actualizar los números para casos de emergencia



Llenar la solicitud por Internet para voluntarios



Apoyo de educación especial: Aplicar por ESY, ver IEP activo y la prestación de los servicios



Ver los resultados de las pruebas normalizadas... Y, ¡mucho más!

## ¡CREADO ESPECÍFICAMENTE PARA LOS PADRES DE LAUSD!

**Paso 1: Inscribirse para una cuenta del Portal para padre** **Paso 2: Conectar a su estudiante a su cuenta:**

1. Contar con una cuenta de correo electrónico
2. Entre a <http://parentportal.lausd.net>
3. Haga clic en "INSCRIBIRSE"
4. Seleccione #4 - "Inscribirse para una cuenta"
5. Llene la información requerida, haga clic en "Inscribirse" y espere un mensaje electrónico de confirmación del Portal para padres con un enlace para activar su cuenta.
6. Al ser solicitado, siga las directrices para establecer una contraseña para su cuenta.

1. Ingrese al Portal para padres: <http://parentportal.lausd.net>
2. Proporcione un número de identificación PIN de cuatro números, la fecha de nacimiento de su estudiante y el número de identificación del estudiante y haga clic en "AGREGAR ESTUDIANTE"
3. Hacer clic en "CONCLUIR" para terminar la selección de su estudiante
4. Repita estos pasos para cada niño que esté inscrito en una escuela de LAUSD

El Portal para padres cuenta con Medidas de seguridad por Internet que protegen la información del estudiante.

Para pedir ayuda con el Portal para padres, comuníquese con la oficina de la escuela de su estudiante o llame a la Oficina de Participación de los Padres y la Comunidad del Distrito Local:  
 Distrito Local Central (213) 241-8690      Distrito Local Este (323) 224-3320      Distrito Local Noreste (818) 252-5400  
 Distrito Local Noroeste (818) 654-3600      Distrito Local Sur (310) 345-3230      Distrito Local Oeste (310) 914-2124

**PARENTPORTAL.LAUSD.NET**





## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

### FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

*Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.*

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.	GRADO	IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA		
DOMICILIO DEL ALUMNO – Número	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)	CALLE	APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DEL TRABAJO	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje:			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE		PARENTEZCO AL ALUMNO	VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DOMICILIO – número	CALLE	CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*			CORREO ELECTRÓNICO:
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
MSG. DE TEXTO	<input type="checkbox"/> Autorizo que se me envíen mensajes de texto y entiendo que los cobros derivados son responsabilidad mía.				
<b>Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:</b>					
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
NOMBRE	PARENTEZCO	TEL. DEL HOGAR	TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO	
<b>Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:</b>					
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
APELLIDO	NOMBRE	SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO	
<b>FAMILIA CON NEXOS MILITARES:</b> A fin de proporcionar recursos y apoyo a alumnos y a sus familias con nexos militares, favor de contestar las siguientes secciones:		Miembro directo de la familia en el ejército (servicio activo, en la Guardia nacional, Reservas, veterano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parentesco con el alumno _____	Desplegado actualmente: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Rama militar: _____ Estatus: <input type="checkbox"/> Servicio Activo; <input type="checkbox"/> Guardia; <input type="checkbox"/> Reservas; <input type="checkbox"/> Veterano; <input type="checkbox"/> Occiso		
<b>AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA</b>					
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad, <small>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</small>					
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital necesaria y otorgo la autoridad y facultad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles ("Distrito") de dar consentimiento a todo y cualquier diagnóstico, tratamiento, o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier indole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como o padre/tutor del alumno.					
<b>ALERTA DE SALUD – Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de maní, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".</b>					
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "SÍ" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families					
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____					
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA		
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.					
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____					
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____					
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.					
X					FECHA
FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACIÓN JURADA)					

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.

\* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)



CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

El Acta de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA por sus siglas en ingles), les da el derecho a todos los niños en edad escolar; que se encuentran sin hogar, a tener acceso a la misma educación pública, gratuita y apropiada que se proporciona a los estudiantes que si tienen hogar.

Form with fields: Nombre del Estudiante, Apellido del Estudiante, Fecha de Nacimiento, Género, Escuela, Sitio, Distrito Local, Grado, Número estudiantil del Distrito, Dirección, # de Apto., Ciudad, Código Postal, Nombre del padre/guardián, Número de contacto. Includes checkboxes for student status and school change.

¿Está el estudiante actualmente viviendo en una de las opciones listadas abajo?
[ ] Sí [ ] No

Si usted contestó "NO" a esta pregunta, por favor pare y firme abajo. Si respondió "SI", complete el resto del cuestionario.

MARQUE (✓) LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA LA SITUACIÓN ACTUAL DE DONDE PASA LA NOCHE DEBIDO A LA PERDIDA DE VIVIENDA

Table with options: Refugio (ej. sin hogar, violencia doméstica, etc.), Motel/Hotel, Garaje (sin acomodaciones), Automóvil, Casa móvil (no fija), Tráiler o lugar de campamento, Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia, Temporalmente con un adulto que no es el padre, la madre o el tutor legal, Programa de vivienda transicional, Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada, Otros lugares NO designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos?

¿Necesita el Estudiante servicios? [ ] SI [ ] NO
por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "SP")

[ ] Mochilas/Materiales escolares [ ] Artículos de higiene personal [ ] Asistencia de transporte\*

\*Si usted está solicitando asistencia de transporte, por favor lea y firme la declaración jurada a continuación: Necesito asistencia de LAUSD, ya que no tengo otra manera de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo(a) asista a la escuela todos los días puntualmente.

Se notificará a el Enlace Escolar para Personas sin Hogar el resultado de la petición. Si la petición de transporte es negada, los Padres/Guardianes puede apelar la decisión. Iniciales de Padre/Tutor: Fecha:

¿Necesita el estudiante servicios adicionales? [ ] SI [ ] NO

Si indico que "sí, por favor marque los servicios que necesita

[ ] ropa, zapatos, uniformes [ ] tutoría académica [ ] referencias a organizaciones de vivienda [ ] asistencia a padres adolescentes

\*\*\*El Enlace Escolar para Personas sin Hogar debe tener una conferencia con la familia para facilitar referencias a estos servicios.\*\*\*

El Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

Table with 4 columns: Nombre, Cargo, Teléfono, Correo electrónico

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar? [ ] Sí [ ] No

Si contestó "SP", por favor complete un cuestionario adicional. Cada estudiante debe tener un cuestionario archivado en la escuela que asiste.

AFIDÁVIT- Al firmar este cuestionario, declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes en el estado de California que la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda.

Firma del Padre/Guardián : Fecha:

SCHOOL PLEASE NOTE: upon completion, please fax to (213) 580-6551 OR scan/email to your Local District.

Central: shqldc@lausd.net, East: shqldc@lausd.net, NorthEast: shqldne@lausd.net, NorthWest shqldnw@lausd.net, South: shqlds@lausd.net, West: shqldw@lausd.net

SHQ MUST be kept in a CONFIDENTIAL file, which is separate from the permanent student record (this form must NOT be placed in the cumulative file).

Revised 07/2019



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
REFERENCE GUIDE**

ANEXO A

**Notificación Inicial de Inscripción y Asignación en un Programa Académico de Primaria  
para Aprendices de Inglés (Requisitos Federales del Título I y Estatales)**

Escuela: \_\_\_\_\_

Para los padres/tutores de: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Idioma primario: \_\_\_\_\_

**Estimados padres o tutores:** Cuando se inscribió a su hijo en nuestra escuela, se indicó un idioma diferente al inglés en la encuesta del idioma del hogar de su hijo. La ley nos exige que evaluemos a su hijo y que le notifiquemos acerca del nivel de competencia de su hijo en inglés. Estamos obligados a informarle sobre las opciones del programa de adquisición de idiomas, de donde puede elegir el que mejor se adapte a su hijo.

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles valora los idiomas y culturas que los aprendices de inglés aportan a su educación. LAUSD ofrece varias opciones de programas de adquisición de idiomas para que los aprendices de inglés logren dominio académico y competencia del idioma inglés, y utiliza los recursos lingüísticos y culturales de los aprendices de inglés en su propio aprendizaje para que desarrollen su competencia en múltiples idiomas. Como padre de LAUSD, usted tiene la opción de seleccionar cualquiera de los programas de adquisición de idiomas que mejor satisfagan las necesidades lingüísticas y académicas de su hijo. Por favor, seleccione uno de los programas a continuación:

<b>Programas Académicos para Aprendices de Inglés en Escuelas Primarias</b>				
<b>Programa académico (seleccione uno)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programa de Lenguaje Dual Bidireccional (K-12)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programa de Lenguaje Dual Unidireccional (K-12)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programa de Aceleración del Lenguaje y Lectoescritura en Inglés (K-12)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programa General de Inglés (K-12)</b>
<b>¿Para quién está diseñado este programa?</b>	<i>Programa para aprendices de inglés y estudiantes competentes en inglés en el cual la instrucción del contenido se imparte en dos idiomas: inglés y otro idioma.</i>	<i>Programa para aprendices de inglés en el cual la instrucción del contenido se imparte en dos idiomas: inglés y el idioma primario del EL.</i>	<i>Programa para aprendices de inglés que empiezan a aprender inglés (niveles ELPAC 1-3 Mínimo). Toda la instrucción se imparte en inglés con apoyo en el idioma primario, si es necesario.</i>	<i>Programa para estudiantes competentes en inglés y aprendices de inglés con competencia razonable en inglés.</i>
<b>¿Qué servicios de instrucción se proporcionan?</b>	<i>Instrucción de contenido de nivel de grado en inglés y en otro idioma (i.e., español, coreano, mandarín)</i>  <i>Desarrollo del lenguaje objetivo</i>  <i>Desarrollo del idioma inglés</i>	<i>Instrucción de contenido de nivel de grado tanto en inglés como en el idioma primario</i>  <i>Desarrollo del idioma inglés</i>	<i>Instrucción de contenido de nivel de grado en inglés con métodos especializados de instrucción</i>  <i>Apoyo de la instrucción en el idioma primario, si es necesario</i>  <i>Desarrollo del idioma inglés</i>	<i>Instrucción de contenido de nivel de grado en inglés</i>  <i>Los aprendices de inglés siguen recibiendo desarrollo del idioma inglés hasta reclasificar.</i>
<b>¿Cuál es el objetivo del programa académico?</b>	<i>Lograr dominio académico en dos idiomas, bilingüismo y alfabetización bilingüe</i>	<i>Lograr dominio académico en dos idiomas, bilingüismo y alfabetización bilingüe</i>	<i>Alcanzar dominio académico e inglés</i>	<i>Alcanzar dominio académico e inglés</i>



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT REFERENCE GUIDE

Marcar si corresponde:  **Programa de Educación Individualizado (IEP) en archivos**

Una descripción de cómo contribuirá la asignación de su hijo a un programa al cumplimiento de los objetivos del IEP se abordará durante la reunión del IEP del alumno y estará disponible en el plantel escolar, cuando sea solicitada.

Los programas de adquisición de idiomas son programas educativos diseñados para garantizar que la adquisición de inglés ocurra de la manera más rápida y efectiva posible, y proporciona instrucción a los estudiantes de inglés según las normas de contenido académico adoptadas por el estado, incluyendo las normas académicas del Desarrollo del Idioma Inglés (ELD). (Artículo 306 [c] del Código de Educación)

Los padres/tutores pueden elegir un programa de adquisición del idioma que mejor se adapte a su hijo. Las escuelas en las que los padres o tutores legales de 30 alumnos o más por escuela, o padres o tutores legales de 20 alumnos o más en cualquier grado, que soliciten un programa de adquisición de idiomas diseñado para proporcionar instrucción en idiomas deberán ofrecer dicho programa a la medida de lo posible. (Artículo 310 [a] del Código de Educación)

Los padres pueden dar su opinión sobre los programas de adquisición del lenguaje durante el desarrollo del Plan de Responsabilidad de Control Local. Si está interesado en un programa diferente de los enumerados en la primera página, comuníquese con la escuela de su hijo para preguntar sobre el proceso.

Los padres de los estudiantes de inglés tienen el derecho de rechazar o excluir a sus hijos del programa de adquisición del lenguaje del distrito escolar u optar por un servicio particular de aprendizaje del inglés dentro de un programa de adquisición del idioma. (20 U.S.C Artículo 6312 [e] [3] [A] [viii]). Sin embargo, el distrito escolar sigue estando obligado a impartir instrucción significativa a los alumnos (5 CCR, Artículo 11302) hasta que el alumno sea reclasificado, se informará al padre cuando no haya progresado y se ofrecerá a los padres programas y servicios para considerar en ese momento.

### **Criterios para Reclasificar**

La *Notificación para Padres de los Criterios de Reclasificación* adjunta delinea los criterios de reclasificación para que un alumno salga del programa de aprendizaje del inglés. (Código de Estados Unidos 20, Artículo 6312 [e] [3] [A]).

### **Tasa de graduación para Aprendices de Inglés**

En 2015-2016, la tasa de graduación del LAUSD en cuatro años fue del 77%, un aumento del 4.8% en comparación con el año escolar 2014-2015. La tasa de graduación del distrito se muestra en el informe de Datos de Graduación, disponible en el sitio del Departamento de Educación de California en la página DataQuest <http://dq.cde.ca.gov/dataquest/>.

El objetivo de los programas de adquisición del lenguaje descritos en la primera página es que los estudiantes de inglés participen plenamente y de manera significativa en una educación del siglo XXI que les permita alcanzar el dominio del inglés, el dominio de las normas académicas del grado al que asisten y, siempre que sea posible, su dominio de múltiples idiomas.

Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE MARCAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN, LUEGO FIRME Y ENTREGUE LA CARTA ENTERA A LA ESCUELA:**

- Entiendo los programas académicos disponibles para mi hijo y que se le asignará al programa académico de mi elección.
- Estoy interesado en un programa de lenguaje dual /bilingüe. Enviaré el *Formulario de Solicitud de Participación*.
- He leído la información anterior y me gustaría programar una reunión para analizar los resultados de las pruebas de mi hijo, el programa al cual está asignado, u otras opciones de programas.

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



**"It's great to be a Tiger!"**

Los Angeles Unified School District- Northeast  
**Toluca Lake Elementary School**  
4840 Cahuenga Blvd.  
North Hollywood, CA 91601  
Telephone: (818) 761-3339  
FAX: (818) 761-7197  
<https://tolucatichers.com>



**Alberto M. Carvalho**  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

**Dr. David Baca**  
REGION NORTH SUPERINTENDENT

**Jeffrey Daniel**  
PRINCIPAL

**Tomia Mitchell-Haas**  
ASSISTANT PRINCIPAL-EIS

### RESPONSABILIDADES FINANCIERAS PARA LA PROPIEDAD DAÑADA DE EL DISTRITO

Estimado padres de familia o tutores:

El propósito de esta carta es de informarles acerca de sus responsabilidades con relación a las propiedades de El Distrito Escolar Unificado de Los Angeles. El artículo 48904 del Código de Educación especifica que, el padre o guardian de un menor de edad que intencionalmente dañe cualquier objeto que sea propiedad de El Distrito Unificado de Los Angeles, o de sus empleados, será obligado a pagar todos los daños causados por el menor de edad. El padre de familia o guardian puede ser obligado a pagar una cantidad de hasta \$10,000. Propiedades de El Distrito incluyen edificios, jardines y patios, libros de textos, libros de biblioteca, computadoras, materiales que estén a la venta, ropa de educación física y equipos deportivos. El padre de familia o el guardian legal es responsable de entregar, cuando sean requeridos, los objetos que han sido prestados al menor de edad y que pertenecen a El Distrito.

Los estudiantes serán informados del significado de estas responsabilidades. Necesitamos su ayuda para asegurarnos que la propiedad de El Distrito se conserve en buenas condiciones y que los objetos prestados a los estudiantes sean de reemplazar o de pagar el costo de cualquier objeto que pertenezca a El Distrito y que se ha perdido o dañado. La escuela esta autorizada legalmente a detener las calificaciones, diplomas, y constancia de calificaciones de los estudiantes hasta que todas las responsabilidades sean aclaradas.

He aquí algunas sugerencias para ayudar a que su hijo/a assume esta responsabilidad.

- Muéstreles como tratar cuidadosamente los libros de texto, libros de biblioteca y cualquier propiedad de El Distrito.
- Ayude a su hijo/a a encontrar un lugar seguro en donde pueda guardar sus libros durante el tiempo que se le han prestado.
- Infórmele a su hijo/a que destruir propiedad ajena no solamente es un crimen pero que también son gastos que usted como padre de familia tiene que pagar.

Esperamos tener un año escolar muy pospero con su estudiante.

Sinceramente,

Director/a

---

### RESPONSABILIDADES FINANCIERAS PARA LA PROPIEDAD DAÑADA DEL DISTRITO

Hemos leído, entendido y aceptamos las responsabilidades dichas en este documento.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Firma de Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Firma de Padre \_\_\_\_\_



## *Distrito Escolar Unificado de los Angeles*

### **Servicios de Integración Estudiantil**

Oficinas administrativas: 333 S. Beaudry Ave., Piso 25, Los Angeles, CA 90017  
Dirección postal: P.O. Box 3307, Los Angeles, CA 90051  
Teléfono: (213) 241-6933 Fax: (213) 241-8482

22 de febrero de 2017

Estimados padres / tutores,

El Distrito Escolar Unificado de los Angeles apoya las necesidades académicas únicas tanto en lo educativo como en lo cultural de los estudiantes indígenas de los EE.UU /indígenas de Alaska a través de la Oficina del Programa de Educación Indígena. Facilitamos eventos culturales para las familias, prestamos a los maestros novelas de autores nativos y proporcionamos capacitación profesional a maestros y administradores.

Un niño que está inscrito, o que es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, o estatal o de una tribu<sup>1</sup> que dejó de ser reconocida, o quien tenga un solo padre o abuelo inscrito, califica para el programa. No hay ningún requisito de "porcentaje". Si esto se aplica a su hijo, por favor tome un momento para completar la certificación de estudiante (ED506) que acompaña a esta carta. Por favor, entréguela a la escuela de su hijo a la brevedad.

Puede encontrar más información sobre nuestro programa en nuestra página web [www.IndianEdLA.net](http://www.IndianEdLA.net), incluyendo la información más actualizada sobre eventos, programas e información de contacto para el Programa de Educación Indígena. Por favor regístrese en el sitio web para recibir nuestro boletín para la comunidad.

Por último, nos gustaría invitarlos a participar en el Comité Asesor de Padres para la Educación Indígena (PACIE, por sus siglas en inglés) en el Museo Autry del Oeste Estadounidense. Estas reuniones se celebran los primeros martes durante todo el año escolar. Copias de los estatutos del Comité Asesor de Padres están en línea en [www.IndianEdLA.net](http://www.IndianEdLA.net).

En nombre del equipo del Programa de Educación Indígena, les damos la bienvenida en el nuevo año.

Chim pisa-la chike,

*Timothy Vizthum*

*Maestro Asesor del Programa de Educación Indígena*

---

<sup>1</sup>Una tribu que ya no es reconocida es una tribu que una vez tuvo reconocimiento del gobierno estatal o por el Departamento del Interior del gobierno federal, y cuya designación ya terminó. Además, los miembros de otros grupos indios que recibieron un subsidio bajo la ley de Educación de Indígenas de 1988, tal como estaba en efecto el 19 de octubre de 1994, también pueden ser elegibles.

Departamento de Educación de los EE. UU.  
Oficina de Educación de Indígenas de los EE.UU.  
Washington, DC 20202

FORMULARIO DEL TÍTULO VII ED 506  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ESTUDIANTES INDÍGENAS DE LOS EE.UU.

**Padre / Tutor:** Este formulario sirve como el registro oficial de la determinación de elegibilidad para cada niño incluido en el recuento de estudiantes. No es necesario que llene o envíe este formulario. Sin embargo, si decide no presentar un formulario no se podrá contar a su hijo para recibir los fondos bajo este programa. **Este formulario debe mantenerse archivado, y no será necesario completarlo cada año.** Cuando corresponda, la información contenida en este formulario puede ser revelada a otros con su consentimiento previo por escrito o con el consentimiento previo por escrito de un estudiante que califique (de 18 años o más), o si la ley lo autorizara de alguna otra manera, si hacerlo estaría permitido por la Ley de Derechos Educativos y la Ley de Privacidad, 20 USC § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Como consta en los registros de inscripción escolar)  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**INSCRIPCIÓN TRIBAL**

Nombre del individuo con matrícula tribal: \_\_\_\_\_  
(El individuo nombrado debe ser un descendiente de primera o segunda generación)

El individuo con afiliación tribal es el:  Niño  Padre del niño  Abuelo del niño

Nombre de la tribu o banda en la cual el individuo mencionado reclama membresía: \_\_\_\_\_

La tribu o banda está (seleccione sólo una):

Reconocida a nivel federal

Reconocida a nivel estatal

Tribu que dejó de ser reconocida (Documentación requerida, debe adjuntar al formulario)

Miembro de un grupo indígena organizado que recibió una donación bajo la Ley de Educación para Indígenas de los EE.UU. de 1988 como estuvo en efecto el 19 de octubre de 1994. (Documentación requerida. Debe adjuntar al formulario)

Prueba de la inscripción en la tribu o banda mencionada más arriba, según lo definido por la tribu o la banda es:

A. Número de membresía o matrícula (si está disponible) \_\_\_\_\_ O

B. Otras pruebas de pertenencia a la tribu mencionada anteriormente (describir y adjuntar) \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la tribu o banda que mantiene los datos de inscripción del individuo listado más arriba:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ : Estado \_\_\_\_\_ : Código postal \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE RATIFICACIÓN**

Doy fe de que la información proporcionada es precisa.

Nombre del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**MEMBERS OF THE BOARD**

**KELLY GONEZ, PRESIDENT**  
**MÓNICA GARCÍA**  
**JACKIE GOLDBERG**  
**DR. GEORGE J. MCKENNA III**  
**ICK MELVOIN**  
**TANYA ORTIZ FRANKLIN**  
**SCOTT M. SCHMERELSON**



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
 333 South Beaudry Avenue, 29<sup>th</sup> Floor  
 Los Angeles, California 90017  
 Telephone: (213) 241-4822 | Fax: (213) 241-8977

**ALBERTO M. CARVALHO**  
 Superintendent

**ALISON YOSHIMOTO TOWERY**  
 Chief Academic Officer

**SOPHIA MENDOZA**  
 Director, Instructional Technology Initiative

**NOTIFICACIÓN para PADRES y ESTUDIANTES**

**Reglas sobre el uso de dispositivos de cómputo prestados (p.ej., tabletas, computadoras portátiles) y accesorios relacionados para los estudiantes**

Apellido del estudiante (letra de molde)      Nombre del estudiante (letra de molde)      Grado      Núm. de ID estudiantil      Fecha

Apellido del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE)      Nombre del Padre/Tutor (LETRA DE MOLDE)

Se me hizo entrega de un dispositivo de cómputo y accesorios relacionados que pertenecen al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (LAUSD). Estoy de acuerdo que lo mantendré seguro y en buen estado. Seguiré los lineamientos para el cuidado de este dispositivo conforme aparece a continuación.

**SEGURIDAD**

1. En todo momento sabré dónde está el dispositivo.
2. Nunca dejaré mi dispositivo desatendido.
3. Cuando esté en educación física dejaré mi dispositivo en un lugar seguro, ya sea en mi casillero u otro lugar seguro, a menos de que el maestro me indique que lo lleve a la clase de educación física.
4. Nunca prestaré mi dispositivo.
5. Estoy al tanto de que se instalaron programas de seguridad en el dispositivo, los cuales permiten rastreo y monitoreo del uso.
6. En todo momento me mantendré seguro y usaré el dispositivo únicamente en áreas en las que me sienta seguro y esté seguro el dispositivo.

(colocar aquí la inicial del estudiante y el padre) \_\_\_\_\_

**CUIDADO**

7. Entiendo que el dispositivo que se me asignó posiblemente incluya una cubierta, misma que deberá permanecer puesta en todo momento. Dicha cubierta no se le podrá quitar o reemplazar.
8. Protegeré la pantalla de raspaduras.
9. No consumiré alimentos o bebidas cerca de mi dispositivo asignado ya que podrían dañarlo.
10. No marcaré, dibujaré, escribiré o colocaré calcomanías no aprobadas en el dispositivo o su cubierta.
11. No desarmaré ni trataré de reparar ninguna parte de mi dispositivo asignado. De lo contrario, se anulará la garantía del dispositivo.
12. Si se daña, lo cual incluye, entre otros aspectos, raspaduras, roturas o abolladuras, reportaré el daño al administrador escolar dentro del plazo de 24 horas o en cuanto sea posible.
13. En caso de hurto o vandalismo, presentaré un informe policial y notificaré al administrador escolar dentro de 24 horas o lo antes posible.

(colocar aquí la inicial del estudiante y el padre) \_\_\_\_\_

**USO**

14. Acataré la Política de Uso Responsable del Distrito (RUP) en la utilización de computadoras de LAUSD y sus sistemas de conexión.
15. No cambiaré el formato del dispositivo, ni alteraré sus sistemas de seguridad; tampoco cambiaré su sistema de operaciones (p.ej. iOS para dispositivos de Apple)
16. Acataré todos los acuerdos correspondientes de derechos de autor y software que impidan bajar medios y software que no se hayan adquirido legalmente.
17. No participaré en actos de acoso o intimidación (ciber acoso) en un intento por causar daños a otras personas usando el Dispositivo asignado o cualquier otro dispositivo.

(colocar aquí la inicial del estudiante y el padre) \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD**

18. Entiendo que mi dispositivo designado queda sujeto a inspección por parte de cualquier miembro del personal, maestro o administrador en la escuela, en cualquier momento y sin previo aviso. Asimismo, entiendo que el dispositivo sigue siendo propiedad de LAUSD.
19. Estoy de acuerdo en que entregaré este dispositivo, accesorios relacionados y cubierta en función (a excepción de uso y desgaste normal) inmediatamente a petición de LAUSD.
20. Devolveré el dispositivo asignado a mi administrador escolar (o persona designada) al final del año escolar. Si me doy de baja, me expulsan o termina mi inscripción en la escuela por cualquier razón, entregaré al administrador escolar mi dispositivo y accesorios en la fecha de la baja.
21. Participaré en las lecciones de urbanidad digital.

(colocar aquí la inicial del estudiante y el padre) \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO del PADRE DE FAMILIA/TUTOR  
(Dispositivos para los hogares)**

***Responsabilidad sobre Dispositivos de Cómputo que se le Asignen para Préstamo a los Estudiantes***

Este documento contiene información sobre sus responsabilidades con referencia al Dispositivo y sus accesorios relacionados, lo cual podría incluir la cubierta, teclado y cargador de la batería ("equipo prestado") de acuerdo con la descripción a continuación, que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles ("LAUSD") le prestó a su hijo.

LAUSD podrá responsabilizar al padre o tutor legal de un menor que corte, dañe, pierda, o arruine intencionalmente todo bien que sea propiedad de LAUSD, o que no entregue los bienes de LAUSD cuando se le solicite, por todos los daños que el menor produzca. (Ver Boletín del Distrito BUL-5509.2 Procesos de Restitución por Pérdida o Daños a Propiedad Escolar, con fecha del 7 de marzo de 2017, Código de Educación del Estado de California §48904). Los bienes y propiedad de LAUSD incluyen el equipo que se haya prestado con valor de hasta \$700 por tabletas y \$1300 por computadoras portátiles.

- Estoy de acuerdo con las condiciones de **Seguridad, Cuidado, Uso y Responsabilidad** enumeradas en las "Reglas sobre el Uso de Dispositivos Prestados (p.ej., Tabletas o Computadoras Portátiles) Asignadas a los Estudiantes" ("Reglas"), en la página anterior. Si mi hijo no cumple con las reglas, y por consiguiente genera daños o pérdidas del dispositivo, sus acciones se considerarán deliberadas, por lo que se me hará responsable y sujeto a los siguientes procedimientos del proceso legal establecido en el boletín BUL-5509.2:
  - LAUSD le informará al padre o tutor inmediatamente por escrito tras toda pérdida de la que surja una obligación bajo el artículo 48904 del Código de Educación.
  - El padre o tutor podrá presentar información para justificar al estudiante durante una conferencia escolar sobre las razones por las que no se deba imponer la responsabilidad de pago.
  - El director/persona designada, tras analizar cualquier dato presentado durante la reunión, decidirá si retener las calificaciones, diploma, constancias de estudios e imponer la responsabilidad de pago por daños. El padre/tutor y estudiante recibirán aviso por escrito sobre la decisión. La decisión del director es final, y no hay apelación más allá del nivel escolar.
  - Tras recibir la notificación de la decisión escolar, posiblemente se le pida al padre de familia o tutor, de ser necesario, que liquide el saldo pendiente, o que el estudiante realice trabajos de voluntariado.
- El equipo prestado es, y seguirá siendo, propiedad del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles cuyo uso se permite únicamente al estudiante a quien le fue asignado.
- Además, me comprometo a acatar la Política de Uso Responsable (RUP) de LAUSD para la utilización de equipo prestado y su red de comunicación (ver documento adjunto).

**ELIJA LA OPCIÓN 1 o 2 a CONTINUACIÓN MARCANDO LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES**

- OPCIÓN 1 – "OPCIÓN PARA ACEPTAR" EL DISPOSITIVO Y TENERLO EN CASA** – Sí, quiero que mi estudiante se lleve al dispositivo a casa

Leí y entiendo las responsabilidades descritas arriba y estoy de acuerdo en obedecer las "Reglas". Permiso que mi hijo se lleve el dispositivo a casa. Me comprometo a supervisar y hablar con mi hijo sobre el acceso en línea a contenidos cuando use el dispositivo fuera de la escuela.

**Reconocimiento de Riesgos cibernéticos por uso de Internet. Reconozco que hay riesgos de seguridad, privacidad, y confidencialidad inherentes en el uso de Internet y comunicaciones inalámbricas. Entiendo que el Distrito ha tomado las medidas razonables que incluyen una solución de filtrado web, actualmente disponibles para minimizar dichos riesgos. No obstante, reconozco que no hay filtros u otras tecnologías actualmente disponibles que proporcionen protección completa contra dichos riesgos. He determinado que para mi hijo, los beneficios de actividad en línea y comunicaciones inalámbricas superan los riesgos, y que a nombre de mi hijo, asumiré el riesgo asociado con dicha actividad. Estoy de acuerdo en que tengo la responsabilidad de supervisar a mi hijo y hablar con él/ella sobre el uso apropiado en línea.**

- OPCIÓN 2 – "OPTAR POR NO ACEPTAR" QUE MI HIJO SE LLEVE EL dispositivo A CASA** – NO, prefiero que mi hijo(a) NO se lleve al dispositivo a casa

Leí y entiendo las responsabilidades descritas anteriormente y he optado por que mi hijo no se lleve el dispositivo a casa. Entiendo que si se requiere el dispositivo para completar las tareas fuera de la escuela, la escuela proporcionará materiales en copia en papel a mi hijo para que se las lleve a casa y/o proporcionará acceso a Dispositivos en el plantel fuera de la hora regular de clases.

Nombre del Estudiante con letra de molde (apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre (o tutor): \_\_\_\_\_

Firma del padre (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

## Política del Uso Responsable (RUP) de los Sistemas de Computación del Distrito

### Información para los Estudiantes y las Familias

---

#### **Propósito**

El propósito de la Política de Uso Responsable ("RUP," por sus siglas en inglés) del Distrito es prevenir el acceso no autorizado y otras actividades ilegales por parte de los usuarios en línea, prevenir la divulgación o el acceso no autorizado a información delicada, y cumplir con la legislación incluyendo, la Ley de Protección de la Privacidad de Niños en Internet (COPPA), la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Privacidad de las Comunicaciones Electrónicas de California (CalCompa). Además, la política RUP aclara el propósito educativo de la tecnología en el Distrito. Como está usado en esta política, "usuario" incluye a cualquier persona que use computadoras, Internet, correo electrónico y cualquier otra forma de comunicación electrónica o equipo proporcionado por el Distrito (la "red") independientemente de la ubicación física del usuario. La política RUP se aplica incluso cuando el equipo proporcionado por el Distrito (computadoras portátiles, tabletas, etc.) se utiliza afuera de las propiedades del Distrito. Además, la política RUP se aplica cuando los dispositivos que no pertenecen al Distrito obtienen acceso a una red del Distrito o a información delicada del Distrito.

El Distrito utiliza medidas tecnológicas de protección, tanto como sea razonablemente posible, para bloquear o filtrar el acceso en la red a representaciones visuales y escritas que sean obscenas, pornográficas o perjudiciales para los menores. Dentro de sus facultades, el Distrito puede hacer monitoreo y supervisará las actividades y el acceso en línea de los usuarios, revisará, copiará y guardará o borrará cualquier comunicación o archivos y los compartirá con los adultos cuando sea necesario. Los usuarios no deberían tener ninguna expectativa de privacidad con respecto a su uso de los equipos, la red y/o el acceso a Internet o los archivos del Distrito, incluido el correo electrónico. Los usuarios entienden que, en cualquier momento, el Distrito tiene el derecho de volver a tomar la posesión del equipo que es de propiedad del Distrito.

El Distrito tomará todas las medidas necesarias para asegurar su red contra posibles amenazas de seguridad cibernética. Esto puede incluir el bloqueo del acceso a las aplicaciones del Distrito, incluyendo, pero sin limitarse al correo electrónico, las herramientas de gestión de datos y de reportes, y otras aplicaciones web fuera de los Estados Unidos y Canadá.

#### **Responsabilidad del estudiante**

*Al colocar tus iniciales y firmar esta política de uso, admities que entiendes lo siguientes:*

       **Soy responsable de aplicar las prácticas de ciudadanía digital positiva.**

- Aplicaré las prácticas de ciudadanía digital positiva, incluyendo el comportamiento y contribuciones apropiadas en sitios web, los medios sociales, los foros de discusión, los sitios para compartir medios y en todas las demás comunicaciones electrónicas, incluyendo la nueva tecnología.
- Seré honesto en todas las comunicaciones digitales.
- Entiendo que todo lo que haga y anuncie en línea no debe alterar las actividades escolares ni comprometer la seguridad y la protección escolar.

       **Soy responsable por mantener privada la información personal.**

- No compartiré información personal mía ni de otros, incluyendo sin limitarse a nombres y apellidos, dirección de los hogares, números de teléfono, fechas de nacimiento, ni artículos visuales como fotos, videos y dibujos.
- No me reuniré personalmente con nadie que haya conocido sólo en Internet.
- Tengo conocimiento de los ajustes de privacidad de los sitios web que visito.
- Cumpliré con todas las leyes, esta Política de Uso Responsable y todas las políticas de seguridad del Distrito.

       **Soy responsable por mis contraseñas y mis acciones al usar las cuentas del Distrito.**

- No compartiré los nombres de usuario ni las contraseñas de la escuela o del Distrito con nadie, directa o indirectamente, con el fin de permitir que los use otra persona.



## Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

### Política del Uso Responsable (RUP) de los Sistemas de Computación del Distrito

### Información para los Estudiantes y las Familias

---

- No accederé a la información de la cuenta de otros.
- Me desconectaré de los equipos y de las cuentas que no esté usando para mantener la privacidad y seguridad.

     **Soy responsable por mi expresión verbal, escrita y artística.**

- Usare lenguaje adecuado para la escuela en todas las comunicaciones electrónicas, incluyendo por correo electrónico, anuncios en medios sociales, grabaciones de audio, conferencias por video y trabajos artísticos.

     **Soy responsable por tratar a los demás con respeto y dignidad.**

- No enviaré ni distribuiré comunicaciones digitales que contengan odio, discriminación o acoso ni participaré en mensajes de texto con contenido sexual (sexting).
- Entiendo que el acoso (bully) de cualquier forma, incluso el acoso cibernético, es inaceptable.

     **Soy responsable por acceder solamente el contenido educativo cuando use la tecnología del Distrito.**

- No buscaré, exhibiré ni circularé material con expresiones de odio, con sexo o violencia explícitos.
- Entiendo que todas las excepciones que formen parte de una asignación escolar deberán ser aprobadas por un maestro o administrador.
- Entiendo que está estrictamente prohibido el uso de la red del Distrito con fines ilícitos, políticos o comerciales.

     **Soy responsable por respetar y mantener la seguridad de los recursos y las redes electrónicas del Distrito.**

- Sólo usaré los programas de software y los equipos (hardware) autorizados por el Distrito.
- No intentaré sortear los ajustes de seguridad y los filtros del Distrito, incluyendo los servidores proxy para tener acceso a los sitios web bloqueados por el Distrito.
- Sé que no debo usar el Internet con un plan de datos personal en la escuela, incluyendo los puntos de wi-fi móviles personales que permitan acceso en equipos del Distrito.
- No usaré la red o los equipos del Distrito para obtener información no autorizada, o para intentar tener acceso a la información protegida por las leyes de privacidad; ni tampoco me haré pasar por otros usuarios.

     **Soy responsable por tomar las medidas razonables para cuidar el equipo del Distrito cuando lo esté usando.**

- Entiendo que está prohibido todo tipo de vandalismo.
- Reportaré a las autoridades correspondientes todo acto de vandalismo, tanto conocido como sospechado.
- Respetaré el uso y acceso mío y de los demás a los equipos del Distrito.

     **Soy responsable por respetar los trabajos de los demás.**

- Obedeceré todas las guías de los derechos de autor (<http://copyright.gov/title17/>).
- No copiaré el trabajo de otra persona para presentarlo como propio, y citaré adecuadamente a todas las fuentes de información.
- No copiaré música, programas aplicaciones ni otros trabajos obtenidos ilegalmente.

#### **Consecuencias por el uso irresponsable**

El mal uso de los dispositivos y de las redes del Distrito puede tener como resultado la restricción del acceso. No respetar las responsabilidades mencionadas anteriormente constituye uso indebido. Este uso indebido también puede dar lugar a medidas disciplinarias y/o legales en contra de los estudiantes, incluyendo suspensión, expulsión, o el enjuiciamiento penal por autoridades gubernamentales. El Distrito tratará de adaptar cualquier acción disciplinaria a las cuestiones específicas relacionadas con cada violación. (Para obtener más información, consulte [BUL-6399.0, Política de Medios Sociales para los Estudiantes.](#))



# Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles

## Política del Uso Responsable (RUP) de los Sistemas de Computación del Distrito

### Información para los Estudiantes y las Familias

---

#### Descargo de responsabilidad

El Distrito no ofrece ninguna garantía sobre la calidad de los servicios prestados y no es responsable por cualquier reclamo, pérdidas, daños, costos, u otras obligaciones que se deriven del uso de la red o de las cuentas del Distrito.

Los usuarios son responsables de los gastos incurridos durante el uso de dispositivos y/o la red del Distrito. El Distrito también niega toda responsabilidad por la exactitud o la calidad de la información obtenida a través del acceso por parte de los usuarios. Se entiende que cualquier declaración accesible en línea es el punto de vista individual del autor y no el punto de vista del Distrito, de sus afiliados o de sus empleados. Los estudiantes menores de 18 años sólo deben acceder a las cuentas de la red del distrito fuera de la escuela cuando uno de los padres o tutores supervise su uso en todo momento. El padre, la madre o el tutor del estudiante es responsable por supervisar el uso del menor cuando se encuentra fuera de la escuela y por asegurar que el alumno cumpla con la Política de Uso Responsable cuando estén usando el equipo o el sistema de red del Distrito.

#### Síntesis:

Todos los usuarios son responsables de aplicar las prácticas de la ciudadanía digital positiva. La ciudadanía digital positiva incluye el comportamiento y las contribuciones adecuadas en los sitios web, las redes sociales, los foros de discusión, los sitios para compartir los medios de comunicación y todas las demás comunicaciones electrónicas, incluidas las nuevas tecnologías. Es importante ser honesto en todas las comunicaciones digitales sin revelar información personal. Lo que hagan y anuncien en línea los miembros de la comunidad del Distrito no deberán alterar las actividades escolares ni de otra manera comprometer la seguridad y la protección individual y de la comunidad de escolar.

#### Instrucciones:

Lee y coloca tus iniciales en cada sección de arriba, y firma abajo. Asegúrate de revisar cada sección con uno de tus padres o tutores y de obtener su firma más abajo. Regresar a tu maestro u otro miembro del personal escolar designado.

*He leído, entiendo, y estoy de acuerdo en cumplir las disposiciones de la Política de Uso Responsable del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido  
del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre,  
la madre, o el tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre,  
la madre, o el tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del maestro: \_\_\_\_\_

Número del salón de clases: \_\_\_\_\_

*Por favor, entregue este formulario a la escuela donde se mantendrá archivado. Se requiere a todos los estudiantes que utilizarán la red informática y/o el acceso a Internet.*



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria

Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

El Distrito Escolar Unificado de Los Angeles requiere de su permiso para reproducir por medios impresos, auditivos, visuales o electrónicos las actividades en las cuales su hijo(a) ha participado dentro de su programa educativo.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)
2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar...
b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles o sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
e. Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Angeles y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, daños y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones, conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora
5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Número de la calle, calle, número de apartamento)

7. Ciudad
8. Estado
9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

formulario aprobado por el Despacho del asesor jurídico

12. Escuela

Queda prohibido enmendar este formulario sin la autorización escrita tanto de la Oficina del Asesor Legal General como de la Oficina de Comunicación y Relaciones con Medios.



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT REFERENCE GUIDE

REF-041180.2

ATTACHMENT A



## Los Angeles Unified School District

Programa de Educación Migrante  
Cuestionario Sobre el Trabajo de la Familia



Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios educativos y de salud **GRATUITOS**.  
Algunos servicios pueden incluir:

- Tutoría Después de Clases
- Academias Universitarias en el Verano
- Clases los Sábados
- Campamento al Aire Libre en el Verano
- Programas de Preparación para el Kinder
- Academias de Ciencias en el Verano
- Ayuda para Recuperar Créditos de la Secundaria/Preparatoria (High School)
- Exámenes Dentales/Referencias Médicas

**Los padres recibirán entrenamiento en lo siguiente:**

Como involucrarse en la escuela de sus hijos, como apoyar el logro académico de sus hijos, conocer los requisitos de admisión al colegio y otros servicios. También tenemos información sobre las clases para obtener el certificado del GED, que es un equivalente al diploma de la escuela preparatoria (high school).

<p><b>¿Se ha mudado usted o algún miembro de la familia a trabajar o buscar trabajo en la agricultura dentro de los últimos 3 años?    Sí <input type="checkbox"/>    No <input type="checkbox"/></b></p> <p style="text-align: center;">Si contesto SI, favor de contestar la siguiente pregunta</p> <p><b>¿Sus hijos se mudaron con usted cuando fue a trabajar o a buscar trabajo?    Sí <input type="checkbox"/>    No <input type="checkbox"/></b></p> <p style="text-align: center;">(Por favor indique todos los trabajos agrícolas y de pesca, temporales o de temporada, que aplican.)</p>			
<input type="checkbox"/> <b>Trabajo de Campo/Agricultura</b> <u>Ejemplos:</u> (sembrar, plantar, podar, pizar, cosechar, empacar, sortear o transportar frutas, vegetales, granos, u otras cosechas; preparación de la tierra, irrigación, fumigación, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Huerta</b> <u>Ejemplos:</u> (pizar, podar, sortear frutas, árboles de nueces, y viñas, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Vivero</b> <u>Ejemplos:</u> (sembrar, cultivar, plantar, cosechar flores, plantas, árboles, arbustos, hierbas, siembra del césped, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Pesca</b> <u>Ejemplos:</u> (pescar, sortear, empacar, procesar, transportar pescado o mariscos, etc.)
<input type="checkbox"/> <b>Lechería/Granja/Rancho/Ganadería</b> <u>Ejemplos:</u> (ordeñar, alimentar ganado, transportar animales; crianza de animales de granja, tales como aves de corral, chivos, cerdos, etc.; y venta de sus productos como leche, huevos, queso, etc. para alguien o para el sustento de la familia.)	<input type="checkbox"/> <b>Empacadora</b> <u>Ejemplos:</u> (procesamiento/tratamiento, almacenaje, congelación, enlatar, empacar frutas, vegetales, carnes, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento/Procesamiento de Comida</b> <u>Ejemplos:</u> (preparar, procesar, tratamiento de comidas como la salsa de tomate, jaleas de fruta, salsa, o procesamiento de trigo o de harina para productos de tortilla, cortar o empacar un surtido de carnes.)	<input type="checkbox"/> <b>Silvicultura/Madera de Construcción/Trabajo Forestal</b> <u>Ejemplos:</u> (sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles; control de la vegetación, etc.)

**Importante:** NO se requiere pruebas del ingreso familiar o documentos de inmigración para recibir servicios.

**Favor de proveer la siguiente información:**

Nombre del Padre de Familia o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor hora para llamarle?                       8am-12pm                       12pm-6pm                       6pm-8pm

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Para más información llame a la oficina del Programa de Educación Migrante,  
del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles al (213) 241-0510

\*\*\* TO HOME SCHOOL STAFF \*\*\*

Please return this survey to the Migrant Education Office, Beaudry Building, 29<sup>th</sup> Floor, within two weeks of student's enrollment, in order to make services available to eligible families. Please call (213) 241-0510 for more information.



### Cuestionario de Elegibilidad

Sus niños pueden ser elegible a recibir servicios educativo **GRATIS**. Servicios posible inclui:

- Programas después de escuela
- Academia de verano
- Escuela de sábado
- Acampar en verano
- Recuperante de Creditos Preparatoria

**Los padres recibir formación en:**

Cómo involucrarse en la escuela de su hijo/a, cómo apoyar su niños para éxito académico, requisitos para la Universidad y otros servicios. Tambien recibira informacion para las clases para obtener un certificado GED que is equivalente a la preparatoria.

Su hijo/a puede ser elegible para servicios si 1) su hijo llegó a los Estados Unidos en los últimos 5 años, 2) tiene entre 5 y 18 años y 3) tiene el siguiente estado de inmigración:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> En libertad condicional como refugiado o asilado | <input type="checkbox"/> Amerasianos                               | <input type="checkbox"/> Víctima de la trata de personas que reciben certificación o una carta de elegibilidad de ORR |
| <input type="checkbox"/> Refugiado  | <input type="checkbox"/> Iraquíes y afganos inmigrantes especiales |   |
| <input type="checkbox"/> Asilado  | <input type="checkbox"/> Refugiados menores no acompañados         |   |
| <input type="checkbox"/> Participante cubano y haitiano                   |  |   |

Para obtener información detallada sobre los requisitos de documentación , visite <http://bit.ly/ORRequirements>



Por favor de suministrarla información siguiente a su escuela:

Nombre de padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Qué sera la mejor hora para llamar?       8am-12pm       12pm-6pm       6pm-8pm

Nombe de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Por más información, llame la Oficina de Refugiados para el distrito escolar: (213) 241-3107

**\*\*\* TO HOME SCHOOL STAFF \*\*\***

Please return this survey to the Refugee Educational Support Program office, Beaudry Building, 29TH Floor, within two weeks of student's enrollment, in order to make services available to eligible families. Please call (213) 241-3107 for more information.



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
 Student Health and Human Services

**Title III Immigrant Education Program**  
*Questionnaire Form*

Your child and you as the parent/guardian may be eligible to receive *FREE* supplemental educational and support services funded by the Title III Immigrant Education Program. These services may include:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• After-School Tutoring</li> <li>• Saturday School</li> <li>• Summer School</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Literacy</li> <li>• Family Training</li> <li>• Parent/Family Outreach</li> </ul> |
|---|--|

The purpose of the Title III Immigrant Education Program is to provide enhanced instructional opportunities to immigrant students and their families to support students in meeting the grade level and graduation standards.

**Important:** Proof of family income or immigration status is *NOT* required to receive services. Any student who was not born in the U.S. and has been attending U.S. schools for less than three school years may be eligible for these services. To determine eligibility for these services, please provide the following information to the school:

Student Name: _____	Grade: _____
Place of Birth (City, State/Province, and Country): _____	
Date of first U.S. school enrollment (mm/dd/yy): _____	

**Programa de Educación Inmigrante de Título III**  
*Forma de Cuestionario*

Sus hijos y usted como padre o guardián pueden ser elegibles para recibir servicios educativos y de apoyo *GRATUITOS*. Servicios pueden incluir:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutoría después de clases</li> <li>• Clases de sábado</li> <li>• Escuela de verano</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfabetización para familias</li> <li>• Entrenamiento para familias</li> <li>• Alcance para padres/familia</li> </ul> |
|--|--|

El propósito de Programas de Educación Inmigrante de Título III es de proveer oportunidades de instrucción mejoradas para los estudiantes inmigrantes y sus familias. Esto asegurará que estos estudiantes alcancen los estándares del nivel de grado y los estándares de graduación.

**Importante:** NO se requiere pruebas del ingreso familiar o documentos de inmigración para recibir estos servicios suplementarios. Cualquier estudiante que no haya nacido en los Estados Unidos y haya asistido a escuelas en los Estados Unidos durante menos de tres años escolares puede ser elegible para estos servicios suplementarios. Para determinar si su hijo/a califica para estos servicios, provee la siguiente información a su escuela:

Nombre del Estudiante: _____	Grado: _____
Lugar de Nacimiento (ciudad, estado y país): _____	
Fecha de primera inscripción en la escuela de los EE.UU. (mes, día, año): _____	

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES - HISTORIA MEDICA PERMANENTE (Permanent Health History)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE MES DÍA AÑO

Última Escuela o Centro Infantil Que Asistió: _____ <small>Nombre</small> Localidad _____ <small>Ciudad y Estado</small> Grado Actual _____ <b>ESCUELA O CLASE ESPECIAL</b> _____	Proveedor Médico o Doctor _____ Fecha del último examen físico _____ Dentista Familiar _____ Fecha del último examen dental _____																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">FAMILIARES:</th> <th colspan="2">Viven con el Niño/a (Nombres)</th> <th>Estado de Salud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papá</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mamá</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Padrastos</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hermanos</td> <td>Cuántos Mayores</td> <td>Cuántos Menores</td> <td>Estado de Salud</td> </tr> <tr> <td>Hermanas</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ¿Ha sido hospitalizado su niño/a más de 24 horas alguna vez? Sí _____ No _____ Nombre de hospital _____ Ciudad _____ Estado _____ Fechas de hospitalización _____ Causa de hospitalización _____ ¿Está tomando algún medicamento? Sí _____ No _____ Nombre del medicamento _____ Dosis _____ Frecuencia _____ ¿Tiene alguna actividad limitada? Sí _____ No _____ Cual es la razón de la limitación si la hay. _____	FAMILIARES:	Viven con el Niño/a (Nombres)		Estado de Salud	Papá				Mamá				Padrastos				Otros				Hermanos	Cuántos Mayores	Cuántos Menores	Estado de Salud	Hermanas				<b>ENFERMEDADES (pasados o presentes) - favor de indicar (✓):</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Variola (viruelas locas)</td> <td></td> <td></td> <td>Padecimientos de garganta frecuentes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meningitis</td> <td></td> <td></td> <td>Dolor de oído (infección)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parotiditis (Paperas Orejones)</td> <td></td> <td></td> <td>Perdida del oír</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubela (Sarampión de 3-días)</td> <td></td> <td></td> <td>Problema del habla</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubeola (Sarampión de 10-días)</td> <td></td> <td></td> <td>Problema de la vista</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tos Ferina; Coqueluche</td> <td></td> <td></td> <td>Usa lentes/o de contacto</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prueba T.B. positiva (piel?)</td> <td></td> <td></td> <td>Problemas cardiacos (Soplos)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bronquitis</td> <td></td> <td></td> <td>Presión de sangre alta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulmonia (pneumonia)</td> <td></td> <td></td> <td>Problemas riñon</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Diabetes (azúcar en la sangre)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urticaria o Eczema</td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedades de la sangre</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alergia medicamentosa u otra</td> <td></td> <td></td> <td>Problemas menstruales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trauma Cefálico (de cabeza)</td> <td></td> <td></td> <td>Hernias</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ataques convulsivos o pérdida de conocimiento</td> <td></td> <td></td> <td>Parásitos (lombrices)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alguna otra Enfermedad seria o accidente (detalles)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO		SI	NO	Variola (viruelas locas)			Padecimientos de garganta frecuentes			Meningitis			Dolor de oído (infección)			Parotiditis (Paperas Orejones)			Perdida del oír			Rubela (Sarampión de 3-días)			Problema del habla			Rubeola (Sarampión de 10-días)			Problema de la vista			Tos Ferina; Coqueluche			Usa lentes/o de contacto			Prueba T.B. positiva (piel?)			Problemas cardiacos (Soplos)			Bronquitis			Presión de sangre alta			Pulmonia (pneumonia)			Problemas riñon			Asma			Diabetes (azúcar en la sangre)			Urticaria o Eczema			Enfermedades de la sangre			Alergia medicamentosa u otra			Problemas menstruales			Trauma Cefálico (de cabeza)			Hernias			Ataques convulsivos o pérdida de conocimiento			Parásitos (lombrices)			Alguna otra Enfermedad seria o accidente (detalles)					
FAMILIARES:	Viven con el Niño/a (Nombres)		Estado de Salud																																																																																																																										
Papá																																																																																																																													
Mamá																																																																																																																													
Padrastos																																																																																																																													
Otros																																																																																																																													
Hermanos	Cuántos Mayores	Cuántos Menores	Estado de Salud																																																																																																																										
Hermanas																																																																																																																													
	SI	NO		SI	NO																																																																																																																								
Variola (viruelas locas)			Padecimientos de garganta frecuentes																																																																																																																										
Meningitis			Dolor de oído (infección)																																																																																																																										
Parotiditis (Paperas Orejones)			Perdida del oír																																																																																																																										
Rubela (Sarampión de 3-días)			Problema del habla																																																																																																																										
Rubeola (Sarampión de 10-días)			Problema de la vista																																																																																																																										
Tos Ferina; Coqueluche			Usa lentes/o de contacto																																																																																																																										
Prueba T.B. positiva (piel?)			Problemas cardiacos (Soplos)																																																																																																																										
Bronquitis			Presión de sangre alta																																																																																																																										
Pulmonia (pneumonia)			Problemas riñon																																																																																																																										
Asma			Diabetes (azúcar en la sangre)																																																																																																																										
Urticaria o Eczema			Enfermedades de la sangre																																																																																																																										
Alergia medicamentosa u otra			Problemas menstruales																																																																																																																										
Trauma Cefálico (de cabeza)			Hernias																																																																																																																										
Ataques convulsivos o pérdida de conocimiento			Parásitos (lombrices)																																																																																																																										
Alguna otra Enfermedad seria o accidente (detalles)																																																																																																																													

## HISTORIA MEDICA PERMANENTE (continuación)

### DATOS MEDICOS DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A:

DATOS MATERNAS DEL EMBARAZO Indique:	SI	NO
Infecciones		
Sanorado		
Presión de sangre alta		
Toxemia		
Diabetes (azúcar en la sangre)		
Otras complicaciones		
Fué de meses el embarazo		
Método de alumbramiento o parto		
Peso del bebé al nacer		
Condición del bebé (anote) buena _____ mala _____		
Si mala explicar: _____		

### DATOS DE EL DESARROLLO:

A qué edad su niño/a: \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_  
 Se sentó solo/a \_\_\_\_\_ Anduvo \_\_\_\_\_  
 Se paró solo/a \_\_\_\_\_ Habló en frases \_\_\_\_\_  
 Dijo sus primeras palabras \_\_\_\_\_ Alimentó solo/a \_\_\_\_\_  
 Usó el baño solo/a \_\_\_\_\_

### FAVOR DE INDICAR (✓) SI NIÑO/A:

	SI	NO		SI	NO
Le gusta aprender			Se muerde las uñas		
Le gusta la escuela			Se chupa el dedo		
Se lleva bien con otros niños			Orina en la cama		
Come bien			Es tímido		
Toma y le gusta la leche			Se cae seguido		
Desayuna			Hace berrinches		
Duerme			Es demasiado activo		
Sigue direcciones					

PADECIMIENTOS DURANTE LAS PRIMERAS 2 SEMANAS DE VIDA:	SI	NO
Problemas para respirar		
Convulsiones (ataques)		
Cyanosis (azulado)		
Ictericia (amarillo)		
Problema para mamar		
Anemia		
Defectos congénitos		
Necesitó incubadora		
Salió a casa con mamá		

¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted alguna duda o pregunta acerca de la salud su niño/a?  
 Anótelas por favor. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que tomó los datos \_\_\_\_\_

## Evaluación de la Salud Dental y Formulario para Solicitar una Exención

El Artículo 49452.8 del *Código de Educación* de la ley de California ahora dispone que su hijo de kinder o de primer grado deba ser sometido a una evaluación de salud dental para el 31 de mayo durante su primer año en la escuela pública. La ley especifica que la evaluación deberá ser realizada por un dentista titulado o por algún otro profesional registrado o con licencia para ejercer en el área de la salud dental. Los exámenes dentales que se han llevado a cabo durante los 12 meses antes de que su hijo entre a esta escuela también cubren este requisito. Si no puede llevar a su hijo(a) a que le hagan este exámen, se le puede exentar de este requisito llenando la Sección 3 de esta forma.

Sección 1: Debe ser completada por el padre, la madre o el tutor legal			
Nombre del alumno	Apellido	Inicial (segundo nombre)	Fecha de nacimiento: (mes/día/año):
Domicilio	Ciudad	Zona Postal	Teléfono ( )
Nombre de la escuela	Maestro(a)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del padre o tutor:
Raza o grupo étnico del (la) niño(a): (Opcional) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indioamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Otro: _____			

La ley de California dispone que las escuelas deban mantener confidencial la información de la salud de los estudiantes. La identidad de su hijo(a) no se relacionará con ningún informe que se elabore como resultado de este requisito. Si tiene preguntas en relación con esto, por favor comuníquese con la oficina de su escuela.

➤ \_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor*

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

SECTION 2: Oral Health Data Collection			
To be completed by the dental professional conducting the assessment (Debe ser completada por el profesional dental que realiza la evaluación)			
Assessment Date:	<u>Visible caries and/or fillings present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Visible caries present:</u> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Treatment Urgency:</u> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended <input type="checkbox"/> Urgent care needed

➤ \_\_\_\_\_  
*Signature of Dental Professional*

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

SECCIÓN 3: Exención del Requisito para la Evaluación de la Salud Dental	
Debe ser completada por el padre, la madre o tutor legal que solicite la exención de este requisito	
Solicito que a mi hijo(a) se le exente del requisito de la evaluación dental debido a la siguiente razón: (Por favor marque el cuadro que describa la razón)	
<input type="checkbox"/> No puedo encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a). Mi hijo(a) está cubierto(a) por el siguiente plan de seguro: <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Denti-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> No puedo pagar una evaluación de salud dental para mi hijo(a).	
<input type="checkbox"/> No deseo que a mi hijo(a) se le haga una evaluación de salud dental.	
Opcional: Otras razones por las cuales a mi hijo(a) no se le puede realizar una evaluación dental _____	

**DEVUELVA ESTA FORMA A LA ESCUELA PARA EL 31 DE MAYO.**

El original se archivará en el expediente original del estudiante.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES  
 Oficina para la Salud Estudiantil y los Servicios Humanos

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD, DETERMINACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN Y RECIBO O DIVULGACIÓN DEL FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre y Apellido de niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela Toluca Lake Elementary Grado \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_ Ciclo lectivo \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo que mi hijo sea sometido a un examen médico, análisis de sangre, plomo, de orina y a que se le practique la prueba de la tuberculosis. También autorizo que se le den las vacunas requeridas a través del programa de evaluación inicial escolar. Además, autorizo el recibo o la divulgación de los resultados de la evaluación inicial a Distrito Escolar Unificado De Los Angeles, la Secretaría de Salud Pública del Estado de California, el Departamento de Salubridad del Condado de Los Angeles, el Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades y todo Plan de Salud al que el niño(a) pertenezca.

Número de personas en la familia \_\_\_\_\_ Ingreso familiar \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 semanal o mensual

**Favor de indicar:**

El/la niño/a

Recibe los servicios de Medi-Cal  Sí  No

¿Le han hecho a el/la niño/a un examen médico para el ingreso a la escuela?  Sí  No

¿Es el niño/a miembro de un plan de salud u organización para la administración de los servicios médicos (HMO) particular?  Sí  No

Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Lugar donde se hizo el último examen médico: \_\_\_\_\_

A mi hijo/a lo examinará un médico particular o un plan de salud pago por anticipación.  Sí  No

Yo quiero que mi hijo/a sea sometido a un examen médico  Sí  No

Autorización: Yo consiento a la sumisión de cobro a la compañía/s de mi seguro médico por las cuotas por los servicios proveídos. Yo autorizo el compartir cualquier información médica entre mi/s seguros médico y LAUSD tan como sea necesario, para preparar el cobro por los servicios. Yo autorizo a mi seguro médico a procesar los cobros médicos sometidos por LAUSD y para asignar el beneficio de pago por estos cobros a LAUSD.

X \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Madre o Tutor

( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_ Domicilio

( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono donde puede ser localizado durante el día

\_\_\_\_\_ Ciudad Código Postal

\_\_\_\_\_ Fecha



<http://tolucaticgers.com>

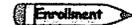


Toluca Lake Elementary  
4840 Cahuenga Blvd.  
North Hollywood, CA 91601  
(818) 761-3339  
"Always remember, it's great to be a Tiger!"



The Daily Pass will continue to be used to upload COVID-19 rapid antigen test results and vaccination records, monitor positive cases and to notify close contacts of a person who has tested positive.

**Students and employees do not need to generate a Daily Pass QR code to enter school campuses.**



LOGIN PORTALS

STAY INFORMED

ACADEMIC PROGRAMS

SPECIAL EDUCATION

OTHER PROGRAMS

Mark Your Calendars

**UPCOMING EVENTS**



# GUÍA DE REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA GRADOS K-12

(incluyendo kínder transición)



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA <sup>1,2,3</sup>				
Ingreso a K-12 °	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	Dosis para K-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>	1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>	

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular  
 Hep B= vacuna contra la hepatitis B  
 MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

## INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite [shotsforschool.org](http://shotsforschool.org) para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

**ADMITA INCONDICIONALMENTE** a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente\*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.†

**ADMITA CONDICIONALMENTE** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.\*

## CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

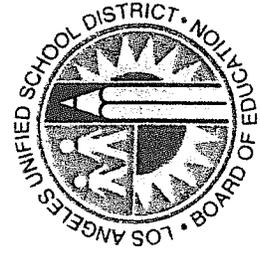
- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.



\* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.



# ASISTENCIA ESCOLAR

- Guía para Padres -



¡Haz que cada día cuente!

Para recursos adicionales, visite nuestro sitio de web [www.pupilservices.lausd.net](http://www.pupilservices.lausd.net)

## EQUIPO DE REVISIÓN DE LA ASISTENCIA ESCOLAR (SART)

El Equipo de Revisión de Asistencia Escolar se establece en las escuelas locales para identificar e intervenir en nombre de los estudiantes que presentan problemas de asistencia de conformidad con las Leyes de Asistencia Obligatoria de California (EC 48200). El objetivo es abordar las barreras que impiden la asistencia regular a la escuela en una etapa temprana antes de que la situación se intensifique.

## MESA DIRECTIVA DE REVISIÓN DE LA ASISTENCIA ESCOLAR (SARB)

La Mesa Directiva de Revisión de Asistencia Escolar es un esfuerzo comunitario para reunir múltiples recursos para ayudar a las familias con problemas de asistencia, absentismo escolar y comportamiento para que los estudiantes permanezcan en la escuela, asistan a la escuela regularmente y se gradúen.

## CIUDAD DE LOS ÁNGELES

### SECCIÓN 13.57.010 DEL CÓDIGO DEL CONDADO DE LOS ANGELES

Prohíbe que los menores de 18 años estén presentes en un lugar público durante el horario escolar sin una excusa válida.

Para obtener más información, consulte el siguiente enlace:  
<https://bit.ly/Municode-Library-SP>

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a la asistencia de su alumno, comuníquese con:

Representante de la escuela

Número de teléfono

## AUSENTISMO CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA (EC)

### EC 48200 - EDUCACIÓN OBLIGATORIA DE TIEMPO COMPLETO

Cada persona entre las edades de 6 y 18 años no exenta bajo la provisión de este capítulo está sujeta a la educación obligatoria de tiempo completo. Cada padre, tutor u otra persona que tenga control o este a cargo de dicho alumno deberá enviar al alumno a la escuela la mañana pública de tiempo completo a la escuela la educación obligatoria de tiempo completo designado como la duración del día escolar.

### EC 48260 - DEFINICIÓN DEL AUSENTISMO ESCOLAR INJUSTIFICADO

A cualquier estudiante sujeta a una formación educativa o de regularización obligatoria que falte a la escuela tres días enteros sin justificación en un año escolar o que llegue tarde/se ausente en un período de más de 30 minutos del día de clases, sin justificación válida, en tres ocasiones a lo largo de año escolar o una combinación de ambas, se le clasificará como ausente sin permiso. Posteriormente se dará un informe al supervisor de asistencia o al superintendente del distrito escolar.

### EC 48260.5 - NOTIFICACIÓN AL PADRE DE FAMILIA

La ley exige que se notifique al padre sobre el ausentismo escolar injustificado. Las cartas sobre el ausentismo escolar injustificado se envían desde la oficina central mensualmente, basado en los expedientes escolares.

### EC 48261 - AUSENTISTA RECIDIVISTA

Todo alumno denominado ausente sin permiso y que vuelva a ausentarse de clases sin un justificante válido uno o dos días adicionales, o que llegue tarde uno o más días, se reportará nuevamente como ausente sin permiso al supervisor de asistencia o superintendente del distrito.

### EC 48262 - AUSENTISTA HABITUAL

Se considerará que un alumno es un ausente sin permiso crónico si el alumno ha faltado a la escuela sin autorización en tres o más ocasiones en un año lectivo después de que el funcionario o empleado del distrito se haya esforzado auténticamente por reunirse por lo menos una vez con el padre o tutor y el alumno, tras llegar cualquiera de los reportes que exige el Artículo 48260 o el Artículo 48261.

### EC 48263.6 - AUSENTISTA CRÓNICA

Cualquier alumno sujeta a la educación obligatoria de tiempo completo o para la educación de continuación excusa válida el diez por ciento de días escolares o más en un año escolar, a partir de la fecha de inscripción a la fecha actual, se considera un ausente sin permiso crónico.

### EC 48300 - MESA DIRECTIVA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR

Creado para mejorar la aplicación de las leyes de educación obligatoria y para desviar a los estudiantes con problemas de asistencia o comportamiento escolar del sistema de justicia juvenil hasta que se hayan agotado todos los recursos disponibles.

## APOYE DESDE EL HOGAR LA ASISTENCIA ESCOLAR SOBRESALIENTE, AL:

- Asegurarse de que su alumno duerma bien
- Asegurarse de que su alumno coma un desayuno nutritivo cada día
- Ayude a su alumno a desarrollar una actitud positiva hacia la escuela y el aprendizaje y animándolo a que participe en actividades escolares
- Explicarle a su alumno las leyes de educación obligatoria - las cuales dictan que todos los alumnos deben asistir a clases diariamente y a tiempo
- Inculcar los beneficios de la buena asistencia y las consecuencias de tener mala asistencia
- Crear sistemas de respaldo (planes alternativos para llevar o recoger de la escuela a sus alumnos)
- La creación de rutinas matutinas y por la tarde
- Colocar en lugares visibles calendarios, normas de asistencia y horarios escolares
- Informarle al personal de la escuela sobre cualquier problema que pueda ocasionar que su alumno falte a la escuela.
- Asegurarse de que la escuela de su alumno tenga la información necesaria para contactarle a Ud. durante el día, como el número de teléfono celular y su dirección de correo electrónico.
- Avisarle al personal escolar si su alumno padece de una afección de salud crónica y la forma en que dicha condición podría afectar su asistencia escolar
- Acceda al Portal de Padres para monitorear la asistencia de su alumno en <https://parentportalapp.lausd.net>. Si necesita más ayuda, comuníquese con la escuela de su alumno.

**La base del éxito académico de los estudiantes es una excelente asistencia. El Distrito Escolar Unificado de Los Angeles quiere asociarse con todos los padres para asegurarse que los estudiantes asistan regularmente y abordar cualquier problema que afecte la asistencia.**



## MINIMIZAR LA PÉRDIDA DE INSTRUCCIÓN

- Planifique vacaciones familiares solo para días no escolares
- Programe citas médicas y dentales que no sean de emergencia después del horario escolar los fines de semana o durante las vacaciones de su hijo
- Si la cita debe ser durante el horario escolar, haga que su hijo asista a la escuela antes de la cita y/o regrese a la escuela después de la cita para completar el día escolar.
- Comuníquese con frecuencia con los maestros de su hijo y solicite las tareas perdidas durante las ausencias

**Padres, por favor proporcionen una nota para cada ausencia, tardanza, y salida temprana!**

C.C.R. Título 5, Artículo 306 - Un director o maestro podrá solicitar una explicación satisfactoria por parte del padre o tutor del alumno, ya sea en persona o por escrito, cuando el alumno se ausente durante parte o todo el día escolar.

**Las Normas del Distrito requieren que todas las justificaciones en el marco de 10 días, con una explicación satisfactoria (por escrito o verbalmente).**

Se podrán aceptar justificaciones de ausencia hasta de cuatro días consecutivos cuando la ausencia se atribuye a una enfermedad. Para las ausencias atribuidas a enfermedad durante cinco o más días consecutivos, se debe consultar con la enfermera de la escuela o un miembro del personal designado y serán quienes autorizarán el regreso a clases del alumno.

**El uso excesivo de notas paternales no verificadas puede resultar en que la escuela solicite documentación adicional para cada ausencia en el futuro.**

Asistencia Estudiantil = Éxito Estudiantil

## ATTACHMENT R AUSENCIA JUSTIFICADA (CALIFORNIA EC 48205)

**Código de motivo 01 (M: médico; NI: enfermera; IP: padre) en el registro de asistencia del estudiante**

**Debido a su enfermedad** • Debido a una cuarentena bajo la dirección de un funcionario de salud del condado o de la ciudad • Con el propósito de recibir servicios médicos, dentales, optométricos o quirúrgicos • Con el propósito de asistir al funeral de un miembro de su familia o su familia inmediata • Con el propósito de servir como jurado en la forma prevista por la ley • Debido a la enfermedad o cita médica durante el horario escolar de un niño del cual el alumno es el padre con custodia

**Código de motivo 05: Aprobación del administrador: motivos personales justificables**

Por motivos personales justificables que incluyen, entre otros, la comparecencia ante el tribunal • Asistencia a un funeral (días extendidos) • Asistencia a una conferencia educativa ofrecida por una organización sin fines de lucro (legislativa/judicial) • Asistencia a una conferencia de empleo • Asistencia en un retiro religioso • La industria del entretenimiento • Un miembro de la familia inmediata en servicio militar activo que se despliega en la zona de combate • Exclusión o extensión médica • Miembro de una junta electoral para una elección • Observancia de una festividad, ceremonia o recuerdo histórico secular religioso o cultural • Religión, institución • Suspensión revocada a través del procedimiento de apelación • Participación en una organización de artes escénicas sin fines de lucro • Servicios de salud mental prestados (Tratamiento diario de salud mental) • Día para llevar a su hijo al trabajo • Con el propósito de servir como miembro de una junta de precinto para una elección de conformidad con la Sección 12302 del Código Electoral • Los alumnos que son miembros de religiones que observan días festivos religiosos que caen en días escolares pueden ser excusados de la escuela haciendo los arreglos previos especificados por el director de la escuela y con una solicitud por escrito de los padres/tutores (Sección 48205(a)(7) del Código de Educación). Además, los estudiantes pueden ausentarse para asistir a un retiro religioso, que no exceda las cuatro horas por semestre (Sección 48205(c) del Código de Educación).

**Tenga en cuenta que estos son los únicos códigos de motivo que no activarán una carta de absentismo escolar.**

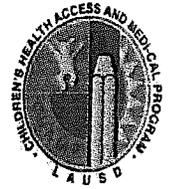


# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT REFERENCE GUIDE

**Call Center Hours:**  
Monday - Friday  
8:00 A.M. - 4:30 P.M.

Children's Health Access & Medi-Cal Program

# CHAMP



Does your family need help getting free/low cost health insurance?

Contact us at (213) 241-3840 option 1 or email: [champ@lausd.net](mailto:champ@lausd.net)

**CHAMP provides:**

- Pre-screening for Health Insurance Program Eligibility  
Medi-Cal | Medi-Cal Expansion | Covered CA | Kaiser Permanente Child Health Program
- Health Insurance Application Assistance and Enrollment
- Outreach and Education on the Affordable Care Act
- Information About Utilizing and Maintaining Health Insurance Benefits
- Health Care Referrals to School-Based Health/Wellness Centers and Community Clinics

All Youth Healthy and Achieving



<http://achieve.lausd.net/CHAMP>

CHAMP is a department within the Los Angeles Unified School District and is part of the Children Health & Human Services Division. Part of Kaiser CHAMP is provided by the Centers for Medicaid and Medicare Services.

**Horario del Centro de Llamadas:**  
Lunes a viernes  
8:00 A.M. - 4:30 P.M.

Programa Medi-Cal y de Acceso a la Salud Infantil

# CHAMP



¿Necesita su familia ayuda para obtener seguro médico de bajo costo/gratuito?

Llame a (213) 241-3840 opción 1 o por correo electrónico: [champ@lausd.net](mailto:champ@lausd.net)

**CHAMP ofrece:**

- Pre-revisión de elegibilidad para el Programa de Seguro Médico  
Medi-Cal | Expansión de Medi-Cal | Covered CA | Programa de Salud para Niños de Kaiser Permanente
- Asistencia para la solicitud e inscripción para el Seguro Médico
- Educación sobre la Ley del Cuidado Asequible de la Salud
- Información sobre cómo usar y mantener los beneficios del seguro médico
- Referencias médicas a Centros Escolares de Salud, Centros de Bienestar y Clínicas Comunitarias

Todos los jóvenes deben estar saludables y rendir académicamente



<http://achieve.lausd.net/CHAMP>

CHAMP es un departamento del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles y forma parte de la Oficina de Salud Infantil y Servicios Humanos del Departamento de Salud Pública del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles. Parte de Kaiser Services de Medicaid y Medicare se proporciona para CHAMP.