





LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Early Childhood Education Division



**EEC** \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**This document should be included in the family file.**

<u>Date</u>	<u>Task</u>	<u>Signature</u>
	Enrollment Packet Completed	OM:
	Enrollment Packet Given to Principal	OM:
	Principal Reviewed Enrollment Packet	P:
	Scanning Completed by Office Manager	OM:
	Scanning Checked by Principal	P

<u>Date</u>	<u>Time</u>	<u>Inter-Office Notes</u>	<u>Office Manager Initial</u>

**This document should be included in the family file.**





# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

## FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS



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		GÉNERO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen. <input type="checkbox"/> No binario		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"/> Si <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"/> Si <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: _____ <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 o, 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 Angeles ("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 índole 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 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 mani, 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: _____									
<b>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.</b>									
X FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL <input type="checkbox"/> PERSONA A CARGO DEL CUIDADO (DECLARACION JURADA)								FECHA	

\* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marca directa (no extensiones)

## FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACION PARA EMERGENCIAS

El 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:

#	<u>Nombre</u>	<u>Parentezco</u>	<u>Tel. del Hogar</u>	<u>Tel. de Celular</u>	<u>Tel. del Trabajo</u>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

HAGO CONSTAR QUE LEI Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI  
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA  
INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMULARIO ES VERIDICA Y CORRECTA.

\_\_\_\_\_

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_

FECHA



# Division de Educacion Infantil

## Cuestionario para Alumnos y Padres



### 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: <input type="checkbox"/> Masculino (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Femenino	Género: <input type="checkbox"/> Masculino (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario		Fecha de nacimiento ____/____/____ <i>Més/Día/Año</i>	

### 1. 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		
<b>Nivel más alto de educación completado (marque uno)</b>					
<input type="checkbox"/> No se graduó de la secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria o equivalente	<input type="checkbox"/> Graduado Universitario	<input type="checkbox"/> Estudios de posgrado / Doctorado	<input type="checkbox"/> Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

### 2. 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		
<b>Nivel más alto de educación completado (marque uno)</b>					
<input type="checkbox"/> No se graduó de la secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela preparatoria o equivalente	<input type="checkbox"/> Graduado Universitario	<input type="checkbox"/> Estudios de posgrado / Doctorado	<input type="checkbox"/> Algunos años en la Universidad (incluye título de dos años)	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

**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

# Guía Para Padres Sobre Las Vacunas

## Requeridas Para Pre-Kínder (Guardería)



Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño\la como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2-3 meses	<b>1 Polio</b> <b>1 DTaP</b> <b>1 Hep B</b> <b>1 Hib</b>
4-5 meses	<b>2 Polio</b> <b>2 DTaP</b> <b>2 Hep B</b> <b>2 Hib</b>
6-14 meses	<b>2 Polio</b> <b>3 DTaP</b> <b>2 Hep B</b> <b>2 Hib</b>
15-17 meses	<b>3 Polio</b> <b>3 DTaP</b> <b>2 Hep B</b> <b>1 Hib*</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después) <b>1 Varicela</b> <b>1 MMR</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después)
18 meses-5 años	<b>3 Polio</b> <b>4 DTaP</b> <b>3 Hep B</b> <b>1 Hib*</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después) <b>1 Varicela</b> <b>1 MMR</b> (al cumplir el 1 <sup>er</sup> año de edad o después)

\*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1<sup>er</sup> año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores.

Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

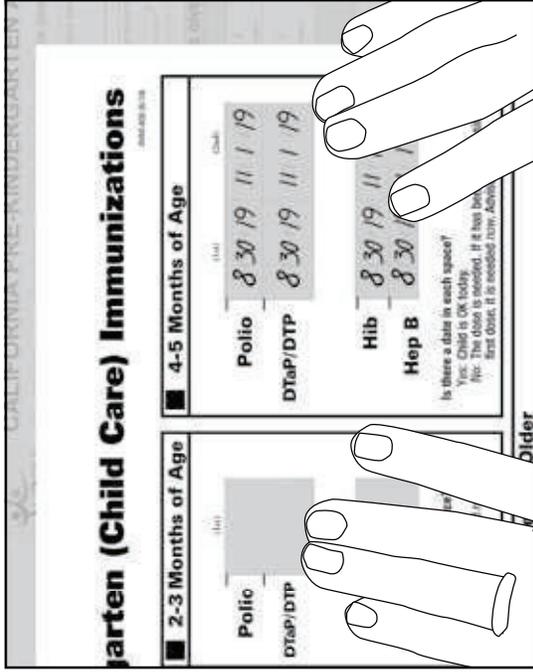
Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

# Windows for Pre-kindergarten (Child Care) Immunizations

IMM-408 (6/19)

## How to Use these Windows:



Determine the age of the child in months, then find the right age window. Line the window up over the date boxes on the child's blue card. Immunization requirements are met if there are dates in each window. See also "Notes for Child Care Providers" (over).

### 2-3 Months of Age

Polio	(1st)
DTaP	
Hib	
Hep B	

Is there a date in each space?  
 Yes: Child is OK today.  
 No: The dose is needed *now*. Advise parents.

### 4-5 Months of Age

Polio	(1st)	(2nd)
DTaP		
Hib		
Hep B		

Is there a date in each space?  
 Yes: Child is OK today.  
 No: The dose is needed. If it has been 8 weeks since first dose, it is needed *now*. Advise parents.

### 6-14 Months of Age

Polio	(1st)	(2nd)	(3rd)
DTaP			
Hib			
Hep B			

Is there a date in each space?  
 Yes: Child is OK today.  
 No: The dose is needed. If it has been 8 weeks since previous dose, it is needed *now*. Advise parents.

### 15 Months of Age and Older

Polio	(1st)	(2nd)	(3rd)	(4th)
DTaP				
MMR				
Hib				
Hep B				
Var				

Is there a date in each space?  
 Yes: Child is OK until kindergarten.  
 No: a. If #4 DTaP is missing: If it has been 12 months since #3, it is needed *now*. Advise parents.  
 b. Others: If it has been 8 weeks since the previous dose, it is needed *now*. Advise parents.

Annotations:  
 - Arrow pointing to (1st) MMR: Must be on or after first birthday (up to 4 days early is OK)  
 - Arrow pointing to (4th) Polio: #4 needed only for children 18 months and older  
 - Arrow pointing to (4th) Hib: only one OK but must be on or after first birthday  
 - Arrow pointing to (4th) Hep B: #3 needed only for children 18 months and older



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles  
 Oficina del Director General Médico  
 Historial Permanente de Salud



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Género Legal: (Marque uno)  Masculino  Femenino  No binario  Intersexual  
 Apellido Nombre Segundo Nombre Género: (Marque uno)  Masculino  Femenino  No binario

Última Escuela o Centro Infantil al que Asistió: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Plan de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Grado Actual: \_\_\_\_\_ Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha sido hospitalizado?  Sí  No

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 (Mes / Año) \_\_\_\_\_  
 Motivo de la Hospitalización \_\_\_\_\_

¿Toma el estudiante medicamento?  Sí  No

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

¿Limitación de actividad física?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Enfermedad del Estudiante (Actual o Previa) Marque todas las que apliquen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Problemas Renales                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Sanguínea              | <input type="checkbox"/> Sarampión                         |
| <input type="checkbox"/> Varicela                          | <input type="checkbox"/> Meningitis                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Paperas                           |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamento u Otra Cosa | <input type="checkbox"/> Resultado positivo cutáneo de TB  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista             | <input type="checkbox"/> Rubeola                           |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza               | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Inconsciente         |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición               | <input type="checkbox"/> Problema del Habla                |
| <input type="checkbox"/> Condición / Soplo Cardíaco        | <input type="checkbox"/> Usa Lentes Recetados/ de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea            | <input type="checkbox"/> Tos Ferina                        |
| <input type="checkbox"/> Urticaria o Eccema                |  |

\* Otros accidentes o enfermedades graves (describa) \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos:

Peso del Estudiante al Nacer: \_\_\_\_\_ Describa cualquier complicación durante el parto: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud de su estudiante (relacionado con antecedentes actuales o previos de la salud, historial de la familia biológica inmediata, etc.)? \_\_\_\_\_

test

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

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

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

\_\_\_\_\_. This Child Care Center/School provides a program which extends from \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to \_\_\_\_\_ a.m./p.m. , \_\_\_\_\_ days a week.

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

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

\_\_\_\_\_  
(TODAY'S DATE)

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

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies:medicine: \_\_\_\_\_

Vision: \_\_\_\_\_ Insect stings: \_\_\_\_\_

Developmental: \_\_\_\_\_ Food: \_\_\_\_\_

Language/Speech: \_\_\_\_\_ Asthma: \_\_\_\_\_

Dental: \_\_\_\_\_

Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_

Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

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

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

#### SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

Risk factors not present; TB skin test not required.

Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).

Communicable TB disease not present.

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

Physician: \_\_\_\_\_

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

Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_

Date This Form Completed: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Physician

\_\_\_\_\_  
Physician's Assistant

\_\_\_\_\_  
Nurse Practitioner

---

---

**RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:**

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

---

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



# INSTRUMENTO DE LENGUAJE FAMILIAR

**ESPAÑOL**

EESIS FID# \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

Los contratistas de los Programa Preescolar del Estado de California (CSPP), por sus siglas en inglés deben seguir las directivas en el Boletín de Administración (MB), por sus siglas en inglés) 23-03 al administrar este instrumento

Nombre de alumno \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

1)	<b>¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?</b> <i>Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.</i>
2)	<b>¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?</b> <i>Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.</i>
3)	<b>¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?</b>
4)	<b>¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?</b>

Raza étnica heredada a sus hijos: Aunque usted no está obligado/a a proveer esta información, su cooperación nos ayudará a cumplir con las leyes Federales de acuerdo con los Derechos Civiles. Si usted se rehúsa a proveer esta información, su decisión no afectará su solicitud o la participación de su niño(a) en el programa. La recopilación de esta información es de acuerdo con el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1984 y es usada únicamente para reportes estadísticos. Si usted desea, por favor circule la raza a que usted pertenece.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Blanco-no de Origen Hispano	Negro-no de Origen Hispano	Hispano	Asiático	Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo Hawaiian o De las Islas del Pacífico

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

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

Nombre del Padre o Madre

Firma del Padre o Madre

Fecha

## **Boletín de Administración 23-03 -- Apéndice A Instrumento de lenguaje familiar**

### **Propósito y formular**

El propósito de este instrumento es para identificar y comprender los antecedentes lingüísticos de cada niño para apoyar y fortalecer su desarrollo del lenguaje. Cuando los adultos entienden las experiencias pasadas de los niños con el o los idioma(s), pueden aprovechar esas experiencias y apoyar mejor el desarrollo de los niños, a través de la afirmación y el promover del lenguaje y la cultura materna del niño para apoyarle a convertirse en multilingües y multi-letrado, tanto en inglés como en su(s) idioma(s) natal(es).

Esta información se utilizará para informar y planificar el currículo del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el ambiente de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las colaboraciones con las familias para mejorar el apoyo a los niños que estudian aprendizaje de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés).

Las determinaciones hechas para el estatus del aprendizaje de idioma dual en preescolar serán basadas en los resultados de este instrumento son distintas a la designación de aprendizaje de inglés (EL, por sus siglas en inglés) en el sistema de kindergarten transicional (Universal TK, por sus siglas en inglés) hasta el grado 12 (TK-12). La identificación del aprendizaje de idioma dual en preescolar no establece la designación aprendizaje de inglés

(EL, por sus siglas en inglés) ni asegura los servicios EL en TK-12. Los estudiantes inscritos en TK-12 deberán pasar por el proceso de identificación de aprendizaje de inglés, incluyendo la finalización de la Encuesta de la lengua materna (HLS, por sus siglas en inglés) de su distrito y las Pruebas de suficiencia en inglés para California (ELPAC, por sus siglas en inglés) al ingresar al Kinder Transicional (TK) o Kinder, según lo exijan las leyes estatales y federales.

### **Instrucciones**

Los contratistas de los Programa Preescolar del Estado de California (CSPP, por sus siglas en inglés) deben seguir las directivas en el Boletín de Administración (MB, por sus siglas en inglés) 23-03 al administrar este instrumento.

Al ofrecer el instrumento, los contratistas de CSPP pueden usar el siguiente lenguaje para asegurar y referir a los padres de familia y a las familias preocupadas por las implicaciones de la identificación de aprendizaje de idioma dual (DLL, por sus siglas en inglés) en preescolar y la relación con el estatus de aprendizaje de inglés en TK-12:

- La identificación de su hijo como un aprendiz de idioma dual en CSPP significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar sus habilidades en la lengua materna, así como en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solo en preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o apoyos de programas que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en el Kinder Transicional o Kinder.



## Pólizas de causas del cese pueden incluir:



Las siguientes razones son causas de terminación de servicios de centros de Educación Preescolar, no deben de exceder tres veces al año:

- Violación de las políticas y procedimientos del programa
- La conducta de un miembro de la familia que presenta un riesgo para los niños y el personal como el hecho de que un padre use lenguaje profano, amenazas o destrucción de bienes
- Si el pago de las cuotas atrasadas de la familia, no se entrega el primer día de negocio de cada mes y siguen 7 días después de esa fecha, en el octavo día, se iniciará un "NOA" con el aviso del cese de servicios que se llevará a cabo 14 días del aviso entregado en mano y 19 días si es enviado por correo si el pago no se ha hecho por completo.
- Si los Padres/Tutores no cumplen con el plan de pago atrasado.
- Falta de proveer documentos de rectificación después de que se venza elegibilidad de 24 meses.
- Excesivas ausencias injustificadas se limitan a 5 días por año escolar
- Falta de cooperación con el personal del distrito del cual perturbe el funcionamiento y eficaz del programa.
- Falta de no seguir el procedimiento de firmar la entrada y salida
- Mentir en la aplicación sobre la familia, situación financiera, trabajo o cualquier otra información relacionada con la elegibilidad o necesidad.
- La conducta del niño que interrumpe seriamente el funcionamiento y eficiencia del programa.
- Falta del padre/tutor de no responder adecuadamente después de que se le haya dicho que remueva el niño/a del centro por enfermedad o suspensión.
- Violación del horario del contrato que incluye dejando los niños muy temprano o recogidos muy tarde, en tres ocasiones por año escolar.
- Recoger a los niños tarde o después de que cierre el centro o el programa (el cese de los servicios puede ocurrir en la cuarta vez que se recoja tarde al niño después de tres advertencias por escrito dentro de un periodo de un año)

---

CORTE AQUI

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES  
CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION POLIZAS DE CAUSAS DEL CESE PUENDEN  
INCLUIR OBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES  
(SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO)  
TO: PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

Yo, el padre/madre/representante autorizado de \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño(s)

He recibido, de la persona con licencia, una copia de la "Pólizas de causas del cese pueden incluir y el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado del centro.

Yo también he recibido y revisado junto la principal/representante designado la información acerca del centro de educación preescolar incluyendo las responsabilidades de los padres y las causas por terminación de servicios.

---

Nombre del Centro

---

Dirección

---

Firma (Padre/Madre/representante autorizado)

Fecha

**NOTE: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.**

**Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles**  
**Autorización y Exención del Padre/Tutor para Publicidad**

Estimado padre de familia/tutor legal:

El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles solicita su permiso para reproducir por medios impresos, en audio, visuales o electrónicos actividades de programas educativos en las que su estudiante ha participado. Su autorización nos permitirá usar materiales especialmente preparados para (1) capacitar a los maestros, (2) aumentar la conciencia pública y promover la continuación y mejora de los programas educativos, y/o (3) destacar los logros de los estudiantes y programas educativos incluyendo entre otros la lista de honor, premios de la escuela/distrito, y graduación/culminación, a través del uso de medios de comunicación, exhibiciones, folletos, sitios web, medios sociales, blogs aprobados y publicaciones relacionadas del Distrito.

1. Nombre del estudiante (letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (letra de molde)

3. Nombre del padre de familia (letra de molde)

- a. Como padre de familia o tutor del estudiante cuyo nombre aparece arriba, permito plenamente y otorgo autorización al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados, el derecho de publicar, fotografiar, grabar y editar conforme se requiera, información biográfica, nombre, imágenes, similitudes, y/o voz del estudiante antes mencionado, en audio, video, filmación, diapositivas u otros formatos electrónicos o impresos, actualmente en desarrollo (conocidos como "Grabaciones" ) para los fines anteriormente indicados o relacionados a lo descrito en las secciones de arriba.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de dichas grabaciones no generará compensaciones para el estudiante o el padre de familia o tutor (legal) del estudiante.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y/o sus representantes autorizados tendrán los derechos exclusivos, título e intereses, incluyendo derechos de autor, de las grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y/o sus representantes autorizados tendrán derecho ilimitado al uso de las Grabaciones para cualquier fin establecido o relacionado con lo descrito en las secciones de arriba.
- e. Por medio de la presente, libero y eximo de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y a sus representantes autorizados de toda demanda, denuncia, daños, costos, o gastos, incluyendo honorarios de abogado, que presente el estudiante y/o padre de familia o tutor (legal) relacionados con, o derivados de, todo uso de estas Grabaciones conforme se especifica en las secciones de arriba.

---

**Mediante mi firma a continuación hago constar que leí y comprendo la autorización/exención y estoy de acuerdo con sus disposiciones.**

4. Firma del Padre/Tutor legal

5. Fecha de la firma

6. Dirección (número, calle, número de departamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

---

**El conceder permiso es voluntario. Favor de entregar el formulario completado al personal de la escuela.**

11. Director

**Aprobado en su redacción por la  
Oficina del Asesor jurídico**

12. Escuela

Este formulario no se deberá enmendar  
sin la aprobación escrita y conjunta de la  
Oficina del Asesor Jurídico y la Oficina  
de Comunicaciones/Información Pública

**DERECHOS PERSONALES****Centros de Cuidado Infantil**

Derechos Personales. Ver en el Artículo 101223 las condiciones de las exenciones que se aplican a los Centros de Cuidado Infantil.

- (a) Centros de Cuidado Infantil. Cada niño que reciba servicios de un Centro de Cuidado Infantil tendrá derechos que incluyen, entre otros, los siguientes:
- (1) Concederle dignidad en sus relaciones personales con el personal y con otras personas.
  - (2) Concederle instalaciones, muebles y equipo seguros, salubres y cómodos para atender sus necesidades.
  - (3) No tener castigos corporales o de otro tipo, que se les inflija dolor, humillación, intimidación, ridículo, coerción, amenaza, abuso mental o alguna otra acción de naturaleza punitiva, incluyendo entre otras cosas, la interferencia con las funciones de la vida diaria, incluyendo el comer, dormir, ir al baño; o que se les niegue albergue, ropa, medicamentos o medios auxiliares para su funcionamiento físico.
  - (4) Mantenerlo informado a él y a su representante autorizado, si lo tiene, por parte del titular de la licencia de las disposiciones de la ley relacionadas con las denuncias y quejas, entre otras, la dirección y el número de teléfono de la unidad que reciba la queja de la agencia que otorga la licencia y de la información relacionada con la confidencialidad.
  - (5) Tener la libertad de asistir a actividades o servicios religiosos de su elección y tener visitas de un consejero espiritual que él escoja. La asistencia a todos los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera de la instalación, se harán completamente de manera voluntaria. En los Centros de Cuidado Infantil, las decisiones relacionadas con la asistencia a los servicios religiosos o visitas de los consejeros espirituales las tomarán los padres o tutores del niño.
  - (6) No quedar encerrado con seguro en ningún salón, edificio o instalación durante el día o la noche.
  - (7) No ponerlo bajo ningún dispositivo de contención, a menos de que sea un medio de contención auxiliar aprobado por anticipado por una agencia que otorgue la licencia.

EL REPRESENTANTE/PADRE DE FAMILIA/TUTOR TIENEN EL DERECHO DE ESTAR INFORMADOS DEL NOMBRE DE LA AGENCIA CORRESPONDIENTE QUE OTORGA LA LICENCIA A LA QUE SE DEBE CONTACTAR EN CASO DE QUE SE PRESENTE UNA DENUNCIA, EN CUYO CASO ES LA SIGUIENTE:

**EL SEGUNDO REGIONAL OFFICE 30**  
300 N. Continental Blvd.,  
Suite 290A, MS 29-13  
El Segundo, CA 90245  
(424) 301-3077  
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK SOUTH WEST REGIONAL OFFICE 54**  
1000 Corporate Center Dr.,  
Suite 200B MS 29-854  
Monterey Park, CA 91754  
(323) 981-3350  
FAX(323) 981-3355

**PALMDALE REGIONAL OFFICE 12**  
39115 Trade Center Dr.,  
Suite 201 MS 29-29  
Palmdale, CA 93551  
(661 )202-3318  
FAX(661) 202-3809

**EL SEGUNDO NORTH REGIONAL OFFICE 58**  
300 N. Continental Blvd.,  
Suite 290A, MS 29-13  
El Segundo, CA 90245  
(424) 301-3077  
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK REGIONAL OFFICE 33**  
1000 Corporate Center Dr.,  
Suite 200B MS 29-15  
Monterey Park, CA 91754  
(323) 981-3350  
FAX(323) 981-3355

**Oficina de Licencias de los Centros de Cuidado de la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales**

----- CORTE AQUÍ -----

**PARA: PADRE/TUTOR/ ESTUDIANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**ARCHIVAR EN EL EXPEDIENTE DEL ALUMNO**

Después de que se le hayan explicado completamente y de manera satisfactoria los derechos personales, llene el siguiente formulario de acuse de recibo:

**ACUSE DE RECIBO:** Se nos ha informado personalmente de y hemos recibido una copia de los derechos personales contenidos en el Título 22 del Código de Reglamentos de California, en el momento de la admisión a:

(NOMBRE DE LA INSTALACIÓN CON LETRA DE MOLDE)

(DIRECCIÓN DE LA INSTALACIÓN CON LETRA DE MOLDE)

(NOMBRE DEL NIÑO/A CON LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE)

(TÍTULO DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR)

(FECHA)

**CENTRO DE CUIDADO INFANTIL  
NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES**

**DERECHOS DE LOS PADRES**

Como padre de familia o representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar a e inspeccionar el centro de cuidado infantil sin avisar por anticipado cuando sus hijos estén bajo el cuidado del centro.
2. Presentar una queja o denuncia en contra del titular de la licencia en la oficina que la otorga y revisar su expediente público que se guarda en esta oficina.
3. Revisar, en el centro de cuidado infantil, los reportes de las visitas autorizadas y las quejas corroboradas en contra del titular de la licencia que se han hecho durante los tres últimos años.
4. Presentar una queja ante la oficina que otorga la licencia e inspeccionar el centro de cuidado infantil sin que se le discrimine o se tomen represalias en contra de usted o de su hijo/a.
5. Solicitar por escrito que a un padre no se le permita visitar a su hijo/a o que lo lleve del centro de cuidado infantil, siempre y cuando usted haya mostrado una copia certificada de una orden de un juez.
6. Recibir del titular de la licencia, el nombre, la dirección y el número de teléfono de la oficina local que otorga la licencia.
7. Solicitarle información al titular de la licencia, el nombre y el tipo de la asociación con el centro de cuidado infantil de cualquier adulto a quien se le ha otorgado una exención de un historial de antecedentes penales, y que también se obtenga el nombre de la persona contactando la oficina local que otorga la licencia.
8. Recibir, del titular de la licencia, el formulario del Proceso de Verificación del Historial de Antecedentes Penales de la persona encargada del Cuidado Infantil.

**Oficina de Licencias de los Centros de Cuidado de la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales**

**EL SEGUNDO REGIONAL  
OFFICE 30**  
300 N. Continental Blvd.,  
Suite 290A, MS 29-13  
El Segundo, CA 90245  
(424) 301-3077  
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK SOUTH WEST  
REGIONAL OFFICE 54**  
1000 Corporate Center Dr.,  
Suite 200B MS 29-854  
Monterey Park, CA 91754  
(323) 981-3350  
FAX(323) 981-3355

**PALMDALE REGIONAL OFFICE 12**  
39115 Trade Center Dr.,  
Suite 201 MS 29-29  
Palmdale, CA 93551  
(661 )202-3318  
FAX(661) 202-3809

**EL SEGUNDO NORTH REGIONAL  
OFFICE 58**  
300 N. Continental Blvd.,  
Suite 290A, MS 29-13  
El Segundo, CA 90245  
(424) 301-3077  
FAX (424) 301-3200

**MONTEREY PARK REGIONAL  
OFFICE 33**  
1000 Corporate Center Dr.,  
Suite 200B MS 29-15  
Monterey Park, CA 91754  
(323) 981-3350  
FAX(323) 981-3355

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA DISPONE QUE EL TITULAR DE LA LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL A UN PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO SI LA CONDUCTA DEL PADRE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO REPRESENTA UN RIESGO PARA LOS NIÑOS QUE ESTÁN BAJO EL CUIDADO DE ESTE CENTRO.**

**Si desea ver la base de datos de "Delincuentes Sexuales Registrados" del Departamento de Justicia, visite [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES**

**(Se requiere la firma del padre o del representante autorizado)**

Yo, el padre/representante autorizado de \_\_\_\_\_  
he recibido una copia de la "NOTIFICACIÓN DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES" y el formulario del PROCESO DE VERIFICACIÓN DEL HISTORIAL DE LOS ANTECEDENTES PENALES DE LA PERSONA A CARGO DEL CUIDADO DEL NIÑO del titular de la licencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro de Cuidado Infantil

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Representante Autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTA: Este Acuse de Recibo se debe guardar en el expediente del niño/a y se le debe entregar la Notificación al padre/representante autorizado.**

**Si desea ver la base de datos del "Delincuentes Sexuales Registrados" del Departamento de Justicia, visite [www.meganslaw.ca.gov](http://www.meganslaw.ca.gov)**

LIC 995 (9/08)



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES**  
**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES / ESTUDIANTES**

**INFORMACIÓN PARA LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE LOS  
 PROCEDIMIENTOS Y DIRECTRICES DE LA EDUCACIÓN TEMPRANA**

Estimado Padre/Madre o Tutor Legal:

Nuestro programa anual notifica a los padres / tutores sus derechos a servicios y programas ofrecidos a través de la Oficina de Educación Preescolar. Usted debe firmar un formulario de notificación y enviarlo a las escuelas de sus hijos como acuse de recibo y que ha sido informado de sus derechos.

Por favor lea la Información para los padres y devolver el formulario firmado abajo a la escuela. Su firma no constituye un consentimiento para participar en algún programa en particular.

----- corte aquí -----



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES**  
**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES / ESTUDIANTES**

**RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL DE INFORMACIÓN  
 PARA LOS PADRES**

Por este medio y con mi firma a continuación, doy acuse de haber recibido la notificación requerida anual de los derechos de los padres / estudiantes en nombre de mi hijo / hija.

Por favor escriba CON LETRA DE MOLDE el nombre, fecha de nacimiento y el grado de su hijo.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Apellido e Inicial	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
Firma del padre o tutor	Firma del estudiante (6º al 12º grado)		

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN

Bajo la ley federal y estatal, los distritos escolares pueden compartir información del directorio con las personas autorizadas, las organizaciones y / o funcionarios. De conformidad con el artículo 49073 del Código de Educación de California, el LAUSD ha identificado las categorías de información que se enumeran a continuación, como información de directorio que puede ser entregada a los funcionarios y a las organizaciones mencionadas a continuación. Los padres de estudiantes de 17 años o menos y los estudiantes adultos mayores de 18 años pueden solicitarle al director de la escuela que limite la divulgación de la información del directorio o no divulgar la información del directorio en absoluto. La solicitud de retener la información del directorio estudiantil sólo es aplicable a este año escolar.

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**FAVOR DE LEER Y LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN Y ENTREGÁRSELO AL DIRECTOR DE SU ESCUELA. A MENOS DE QUE ESTE FORMULARIO NO SE ENTREGUE, LA INFORMACIÓN SE SU HIJO SERÁ DIVULGADA TAL Y COMO SE HA INDICADO.**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES - MANUAL PARA ESTUDIANTES Y PADRES 2025-2026

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO: (Letra de molde)	Fecha de nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Zona Postal:
Número de teléfono:	Salón de registro:	

## INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE ESTUDIANTES

1. No quiero tener ninguna información del directorio a cualquier persona u organización.
- O
2. Solicito que se retenga la información del directorio de acuerdo con el cuadro o cuadros que marco a continuación:

		NO DIVULGAR
PTA	<input type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO DE SALUD.	<input type="checkbox"/>	
FUNCIONARIOS ELECTOS	<input type="checkbox"/>	
DCFS	<input type="checkbox"/>	
DPTO. DE SALUD MENTAL	<input type="checkbox"/>	
DEPT. DE LIBERTAD CONDICIONAL	<input type="checkbox"/>	

		NO DIVULGAR
Nombre	<input type="checkbox"/>	
Dirección	<input type="checkbox"/>	
Número telefónico	<input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	
Fechas de asistencia	<input type="checkbox"/>	
Escuela(s) anterior (es)	<input type="checkbox"/>	

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Mi hijo puede ser entrevistado, fotografiado, filmado por los miembros de los medios de comunicación.
- Mi hijo no puede ser entrevistado, fotografiado, filmado por ningún miembro de los medios de comunicación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor (si el estudiante es menor de 18)

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno (si el estudiante es mayor de 18 Años)

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES**  
**NOTIFICACIÓN ANUAL SOBRE EL USO DE PESTICIDAS 2025-2026**

El Distrito ha adoptado normas sobre el Programa Integrado para el Control de las Plagas (IPM). Estas normas establecen que es necesario notificarles a los padres/tutores legales y personal sobre el uso de pesticidas. Durante el año escolar, posiblemente sea necesario usar un pesticida en la escuela de su hijo(a) para evitar problemas graves de salud que acarrearán las plagas y/o para asegurar la integridad de las estructuras. Sin embargo, si usted considera que la salud o el comportamiento de su hijo(a), o su comportamiento (para el personal escolar) podrían verse afectados por la exposición a un pesticida, se le notifica lo siguiente:

- Posiblemente se apliquen productos de la Lista de Productos Aprobados durante el año escolar (Consulte la lista de productos pesticidas que han sido aprobados para su uso en los planteles del Distrito incluida en el Manual para Padres y Estudiantes.) o visite el sitio web de IPM de la División de Servicios de Instalaciones en: <https://www.lausd.org/Page/18939>.
- En caso de que sea necesario usar un producto que no se encuentra en la Lista de Productos Aprobados, se le notificará con 72 horas de anticipación. (Excepción: circunstancias de emergencia que requieren respuesta inmediata).
- La información adicional sobre los productos pesticidas, que incluye los que figuran en la Lista de Productos Aprobados del Distrito, está disponible en línea en: <https://www.cdpr.ca.gov/>.

Favor de completar, desprender, y entregar el siguiente formulario en la oficina principal de la escuela, indicando si desea que se le notifique con anticipación cada vez que se use un pesticida en la escuela.

SI CORRESPONDE, COMPLETE, FIRME Y ENTREGUE ESTA SECCIÓN EN LA ESCUELA DE SU HIJO(A)



**SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN 2025-2026**

- Deseo que se me notifique** cada vez que se aplique un pesticida en la escuela de mi hijo(a) (es decir, además de la notificación anual sobre los productos aprobados). Comprendo que la notificación se enviará a mi hogar con mi hijo(a), o me la proporcionará un miembro del personal escolar por lo menos 72 antes de la aplicación. (Excepción: circunstancias de emergencia que requieren respuesta inmediata).
- No necesito que se me notifique** cada vez que se use un pesticida en la escuela. Comprendo que recibiré la notificación anual del Manual para Padres y Estudiantes, u otras comunicaciones sobre los pesticidas aprobados para usarse en las escuelas.

Nombre del estudiante (letra de molde): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Núm. de Salón: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Note to Site Administrator**

**File the original in the Main Office.** If the above “I would like to be notified” box is checked, forward a copy of this notice via school mail to the IPM Program Coordinator and compile a list with names of students and parent/legal guardians who want to be notified in the IPM Handbook located in the Main Office.

**Maintenance and Operations Branch Office**  
**333 South Beaudry Ave. 22<sup>nd</sup> Floor**  
**Attn: Richard Avendano, IPM Program Coordinator**

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES**  
**DEPARTAMENTO DE POLICÍA ESCOLAR DE LOS ANGELES**



SUPERINTENDENTE  
DE LAS ESCUELAS

Oficina del Jefe de Policía  
125 North Beaudry Avenue, Los Angeles, California 90012  
Teléfono: (213) 202-4508 – Fax: (213) 202-8676



STEVEN K. ZIPPERMAN  
JEFE DE POLICÍA

9 de septiembre de 2019

**Acerca de: INFORMACIÓN SOBRE LAS RESPONSABILIDADES LEGALES DE LOS  
PADRES/TUTORES EN RELACIÓN CON EL ALMACENAMIENTO SEGURO DE ARMAS**

Estimado padre/tutor:

Brindarles a nuestros estudiantes y personal un ambiente educativo seguro sigue siendo una de nuestras principales prioridades. Todos tenemos conocimiento de los incidentes de violencia con armas de fuego en nuestras comunidades vecinas y en todo el país. Cada año en California, un promedio de 27 niños menores de 18 años ha muerto por suicidio con un arma que pertenecía a alguien de su casa. En la mayoría de estos incidentes relacionados con armas, el menor obtuvo acceso a un arma comprada legalmente que estaba en su residencia o en la residencia de un pariente. El Distrito Unificado de Los Ángeles toma medidas para garantizar que las escuelas estén a salvo de la amenaza de la violencia con armas de fuego. Cualquier estudiante que se encuentre en posesión de un arma de fuego en la escuela está sujeto a arresto inmediato, suspensión y procedimientos de expulsión. A fin de aumentar aún más nuestros esfuerzos para proteger a los estudiantes contra las armas de fuego, y como cortesía para nuestras familias, nos gustaría llamar a su atención las obligaciones legales para proteger a los menores del almacenamiento negligente de armas. Por favor, vea a continuación el resumen de dos de las leyes sobre el almacenamiento de armas:

**Almacenamiento seguro de pistolas, Código Municipal de Los Ángeles, artículo 55.21**

Esta ley de la ciudad de Los Ángeles hace que sea un delito tener una pistola dentro de una residencia a menos que la pistola esté almacenada en un contenedor cerrado con llave, o que esté desactivada con un seguro de gatillo aprobado por el Departamento de Justicia de California.

**Almacenamiento criminal de un arma de fuego, Código Penal de California, artículo 25100(A)**

Esta ley estatal hace que sea un delito almacenar un arma de fuego cargada en cualquier sitio bajo su control, sabiendo, o cuando razonablemente debería haber sabido, que es probable que un niño obtenga acceso al arma de fuego, y que el niño logre tener acceso a la misma, causando muerte o un gran daño físico.

No dude en extraer el texto completo de las leyes anteriores para obtener más detalles.

Cordialmente,

STEVEN K. ZIPPERMAN  
Jefe de Policía

----- CORTE AQUI Y DEVUELVA AL DIRECTOR DE SU ESCUELA -----

**ALMACENAMIENTO SEGURO DE ARMAS - FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN**



Por favor, firme a continuación para confirmar que ha recibido esta información.

Nombre del estudiante (en letra de molde por favor): \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (en letra de molde por favor): \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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**.

- 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
- Talleres para padres
- Referencias para servicios

**¿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     No – Si contest SI, favor de contestar la siguiente pregunta.

**¿Sus hijos se mudaron con usted cuando fue a trabajar o a buscar trabajo?**     Sí     No

(Por favor indique todos los trabajos agrícolas y de pesca, temporales o de temporada, que aplican.)

<input type="checkbox"/> <b>Trabajo de Campo/Agricultura</b> Ejemplos: (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> Ejemplos: (pizar, podar, sortear frutas, árboles de nueces, y viñas, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Vivero</b> Ejemplos: (sembrar, cultivar, plantar, cosechar flores, plantas, árboles, arbustos, hierbas, siembra del césped, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Pesca</b> Ejemplos: (pescar, sortear, empacar, procesar, transportar pescado o mariscos, etc.)
<input type="checkbox"/> <b>Lechería/Granja/Rancho/Ganadería</b> Ejemplos: (ordeñar, alimentar ganado, transportar animales; crianza de animales de granja, tales como aves decorral, chivos, cerdos, etc.; y venta desus productos como leche, huevos, queso, etc. para alguien o para el sustento de la familia.)	<input type="checkbox"/> <b>Empacadora</b> Ejemplos: (procesamiento/tratamiento, almacenaje, congelación, enlatar, empacar frutas, vegetales, carnes, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento/Procesamiento de Comida</b> Ejemplos: (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> Ejemplos: (sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles; control dela vegetación, etc.)



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

Favor de proveer la siguiente información:

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

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

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

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cual es la mayor hora de llamarte?     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 Program Office,  
Beaudry Building, 18th Floor, within two weeks of student's enrollment.  
Please call (213) 241-0510 for more information.



### CUESTIONARIO DE VIVIENDA ESTUDIANTIL (SHQ)

La Ley de Asistencia Educativa McKinney-Vento para Estudiantes sin hogar, es parte de la Ley de Éxito para Todos los Estudiantes (ESSA por sus siglas en Inglés), 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 sí tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de facilitar la inscripción, asistencia y éxito académico de los estudiantes que se encuentran sin hogar. Para determinar elegibilidad, por favor complete este cuestionario. Para obtener información adicional, comuníquese con la oficina de Educación para Estudiantes sin Hogar llamando al (213) 202-7581.

Nombre del Estudiante:	Apellido del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Género:	
Escuela:	Sitio:	Región:	Grado:	Número estudiantil del Distrito:
Dirección:	# de Apto.:	Ciudad:	Código Postal:	
Nombre del padre/guardián:	Número de contacto:			
Marque todo lo que aplique (✓) El estudiante: <input type="checkbox"/> es un joven no acompañado por adultos? <input type="checkbox"/> ha huido de su hogar sin permiso?				
¿Cambió de escuelas el estudiante; en cualquier momento, después de haber completado el segundo año de la escuela preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indica que sí, proporcione una copia de este cuestionario al consejero académico de la escuela para revisar elegibilidad de AB1806.				

¿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 "Sí", complete el resto del cuestionario.

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

Refugio (ej. Vivienda de crisis, refugio para víctimas de violencia doméstica, etc.) Nombre:	Motel/Hotel Nombre:
Garaje (sin acomodaciones)	Automóvil, 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 Nombre:	Tráiler/casa rodante (fija) en propiedad privada
Otros lugares <u>NO</u> designados o generalmente no utilizados como una vivienda adecuada para seres humanos? Explique:	

¿Necesita el estudiante servicios?  SÍ  NO

por favor marque los servicios que solicita (Si contesto "Sí")

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. También acepto notificar al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos esta asistencia. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir asistencia de transportación; y que debo cumplir con los requisitos de confirmar mi supervisión por escrito.

Si se niega el transporte, se notificará a la Persona de Enlace para Personas Sin Hogar de la Escuela. El padre/tutor legal puede apelar la decisión.

Iniciales de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Necesita el estudiante servicios adicionales?  SÍ  NO

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

Ropa, zapatos, uniformes  Tutoría académica  Referencias a organizaciones de vivienda

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

La Persona de Enlace Escolar para Personas sin Hogar en su escuela es:

Nombre	Cargo	Teléfono	Correo electrónico
--------	-------	----------	--------------------

Tiene otros niños(as) en edad preescolar o en edad escolar en el hogar?  SÍ  NO

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

- ✓ Para cualquier pregunta referente a estos derechos, comuníquese con la Dra. Denise Miranda llamando al 213-202-7581 o a [homelesseducation@lausd.net](mailto:homelesseducation@lausd.net).

**DECLARACIÓN JURADA-** 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/Tutor Legal : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SCHOOL PLEASE NOTE:**

- ✓ Upon completion, please scan and email SHQ to your corresponding Region:
- ✓ SHQ-East [shqeast@lausd.net](mailto:shqeast@lausd.net), SHQ-North [shqnorth@lausd.net](mailto:shqnorth@lausd.net), SHQ South [shqsouth@lausd.net](mailto:shqsouth@lausd.net), or SHQ-West [shqwest@lausd.net](mailto:shqwest@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).