

DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

Registración

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Grados 1-12

Lista de verificación de registro *en línea*

Para ser proporcionado por el padre/tutor:

- Copia del Acta de Nacimiento
- Comprobante de Vacunas más Recientes
- 2 Comprobantes de Domicilio – cobros de servicios del hogar o contrato de renta (menos para las escuelas Charter)

Debe ser Completado por Padre/Tutor:

- Tarjeta de Registración
- Cuestionario/Declaración de Residencia del Estudiante (si es aplicable)
- Política de uso aceptable de la tecnología
- Forma de Servicio de Salud
- Encuesta sobre el idioma del hogar
- Tarjeta de Solicitud de Records (para registración de medio año)
- Aplicación de Comida Gratis/Reducida (para registración de medio año)

Para ser Distribuido para el Padre/Tutor:

- ✓ Notificación Anual de Derechos y Responsabilidades de Padres y Estudiantes
- ✓ Forma de Examen de Salud (si es solicitada)

***Note:** Todos los estudiantes primer grado son requeridos de tener un examen físico en los primeros 18 meses antes de comenzar el primer grado. Si el estudiante está en proceso de obtener un examen físico, el estudiante será registrado y la oficina de Salud se pondrá en contacto con el padre.

Uso exclusivo del distrito:

Student:			
School:		Grade:	
Start Date:		Overflow Bussed:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Resident District:		Interdistrict:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Resident School:		Intradistrict:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

La Oficina de Registración está localizada en: 608 Pinal Avenue, Building T, Orcutt, California 93455

Teléfono: 805.938.8946 FAX: 805.938.8948 www.orcuttschools.net

DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

Tarjeta de Registración en Unea

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

Favor de completar en tinta azul o negra.

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Apellido de Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	M / F Genero (uno)	Grado	Meastro/a	# de Salón
_____			_____	_____			
Dirección del Estudiante (con ciudad y código)			Numero de Teléfono	Correo Electrónico de Padre			

Verificación de Registración en Línea

INFORMACION DE SALUD Y AUTORIZACION. UNA NOTA DEL MEDICO DEBE SER ENTREGADA LA PRIMER SEMANA DE CLASES SOBRE LIMITACIONES ASPECIFICAS.

Lista de problemas de salud continuos: _____

Lista de medicamentos continuos (incluyendo inhaladores y epi-pens): _____

¿Este medicamento debe tomarse en casa? Si No *Una forma de autorización medica firmada por el padre y doctor DEBE estar archivada para los medicamentos que se tomaran en la escuela.*

Lista de Alergias: _____ Nombre de Doctor: _____ # de teléfono: _____

Iniciales En caso de una emergencia médica, yo como el padre legal o tutor del estudiante mencionado, autorizo la transportación y servicios médicos si la escuela no me puede localizer. You comprendo que estos servicios médicos serán a mi cargo. Si el doctor de mi hijo no está disponible, yo autorizo a la escuela a obtener servicios de un médico u hospital calificado.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Encuesta del Idioma en el Hogar

Surname/Family Name of Student: _____

First Given Name of Student: _____

Second Given Name of Student: _____

Age of Student: _____ Grade Level of Student: _____

Teacher Name: _____

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

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre /os adultos en el hogar (padres, tutores, abue/os o cua/quier otro adulto)? _____

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

Firma del padre/madre o tutor: _____

Fecha: _____

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

Health Services Department

Alice Shaw • Joe Nightingale • Lakeview Junior High • Olga Reed • Orcutt Academy • Orcutt Junior High • Patterson Road • Pine Grove • Ralph Dunlap

ANNUAL HEALTH UPDATE FOR SCHOOL YEAR 20_ / ___

Teacher: _____

Student Information (Información del Estudiante):

Name (Nombre): _____ **M / F** **DOB (FDN):** _____
Last (Apellido) First (Primer)

School (Escuela): _____ **Grade (Grado):** _____

DOES YOUR CHILD HAVE (TIENE SU ESTUDIANTE):

<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Non-Food Allergies (Alergias)	List (Lista): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Food Allergies (Alergia de Comida)	Specify (Cual): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Nut Allergies (Alergia de Nueces):	Specify (Cual): _____
Reaction (Reaccion): _____					

<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Bee Sting Allergy (Alérgico a Piquete de Abeja)	Reaction (Reaccion): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Does your child need an EpiPen (Necesita su niño inyección de Epinefrina)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Asthma (asma) Does your student use a rescue inhaler (usa un inhalador de rescate)?	If yes (Si, si): at home (en casa) at school (en escuela)
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes - Type (Tipo) 1 or 2 Insulin Pen (Lapiz de Insulina) Insulin Pump (Pompa de Insulina) Oral Medication (Medicamento Oral)	
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	Seizure Disorder (Trastorno Convulsivo)	Last Seizure Date (Fecha de Ultimo Ataque): _____
<input type="checkbox"/>	Yes (Si)	<input type="checkbox"/>	No	ADD/ADHD	

CHECK THE FOLLOWING HEALTH CONCERNS WHICH PERTAIN TO YOUR STUDENT (MARQUE LAS SIGUIENTES QUE SON RELACIONADAS CON SU HIJO):

Wears glasses or contacts (Usa lentes [lentes de contacto]) (circle one/circule uno)	Neurological/Tourettes (Neurológico)
Hearing Aid Left/Right (Audifono Izquierdo/Derecho)	Headaches (Dolores de Cabeza)
Frequent Ear Infections (Infecciones Frecuente do Oídos)	History of Concussion (Historia de Concusion) Date (Fecha):
Hearing Difficulty (Dificultad con Oír)	Autism (Autismo)
Breathing Problems (Problemas de la Respiración)	Heart Condition (Condición del Corazón)
Anxiety/Panic Attacks (Ansiedad/Ataques de Panico)	Stomach Problems (Problemas del Estomago)
Frequent nose bleeds (Hemorragia Nasal Frecuente)	Bladder/Bowel Problems (Problemas de la Vejiga)
Other (Otro):	Bone/Joint Problems (Problemas de Hueso o Coyuntura)
Other (Otro):	Other (Otro):
Other (Otro):	Other (Otro):

If any health concerns were checked, please explain (Si marco cualquier preocupaciones medicas, favor de explicar):

LIST ALL DAILY MEDICATION AND REASON PRESCRIBED (HAGA UNA LISTA DE MEDICAMENTOS TOMADOS Y LA RAZON):

Medication/Purpose (Medicamento/Razon)	Dose & Frequency (Dosis & Frecuencia)	Home/School (Casa/Escuela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Doctor Name (Nombre del Doctor): _____

Doctors's Phone (Telefono del Doctor): _____

In order to provide a safe and healthy environment for your child, this **confidential** information will be accessible to the nursing staff, applicable school staff and emergency medical personnel. It may be shared electronically, verbally and/or in writing, unless I provide a written request. If parent/guardian cannot be reached at the time of a medical emergency, and if immediate care is urgent in the judgement of school authorities, I authorize the school contact emergency services. **California Education Code 49423** requires a written authorization form be completed each school year for prescription or over the counter medication to be administered at school. All medications must be brought to school by a parent or guardian. Para tener un ambiente seguro y saludable para su hijo, esta información **confidencial** será compartida por el personal de enfermería, personal de la escuela aplicable y personal de emergencia médica. Esta será compartida electrónicamente, verbal y/o por escrito, al menos que haya una solicitud por escrita. Si el padre/tutor no se encuentra en caso de una emergencia médica, y el cuidado inmediato es urgente, juzgado por las autoridades escolares, yo doy mi autorización de que la escuela contacte a servicios de emergencia. Código 49423 de la Educación de California requiere que la forma de autorización escrita sea completada cada año escolar para medicamentos con o sin receta para ser administradas en la escuela. Padres o tutores deben traer todos los medicamentos a la escuela. Please sign and date below and return to the school office (Favor de firmar y poner la fecha y regrese a la oficina de la escuela).

Student Name (Nombre): _____

Student DOB (FND): _____

The Orcutt Union School District submits claims to Medi-Cal for basic health screenings and services given to all students. Revenues received help to provide additional health services for all district students. Parents will not be asked to pay for any services. I consent for billing to Medi-Cal / Insurance carriers for school health services provided for my child and for exchange of billing information with the school district's billing services company.

El Distrito Escolar de Orcutt somete peticiones a MEDI-CAL para revisiones básicas de salud dadas a todos los estudiantes. Los ingresos recibidos ayudan a proveer servicios de salud adicionales para los estudiantes de todo el distrito. No se les pedirá a los padres que paguen por ninguno de los servicios de salud escolares. Estoy De Acuerdo que se envíen a la agencias de MEDI-CAL/ASEGURANZAS medicas por servicios de salud escolares para mi hijo/a y por intercambiar información relacionada con recibos de pago con las companías de servicios del distrito escolar.

FAMILY MEDICAL INSURANCE CARRIER: _____ POLICY #: _____
COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO Número de Póliza

Signature of Parent/Guardian (Firma de Padre/Tutor) _____

Date (Fecha) _____

Reviewed by Nurse (initials) _____

Política de uso aceptable de tecnología de OUSD

El Distrito Escolar Unido de Orcutt (OUSD) cree que el personal y los estudiantes deben tener acceso abierto a fuentes de información locales, nacionales e internacionales. El objetivo de proporcionar este acceso es promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. El Distrito, al proporcionar acceso a servicios electrónicos a través del Internet, reconoce el potencial de tales servicios para apoyar el currículo y el aprendizaje de los estudiantes. El Internet ofrece a los estudiantes y maestros acceso a una variedad de información, aunque el Distrito reconoce que es posible el mal uso y el abuso. El Distrito hará todo lo posible para proteger a los estudiantes y maestros de estos usos indebidos y abusos, pero es responsabilidad de cada usuario/a protegerse continuamente contra la interacción inapropiada e ilegal con los servicios electrónicos. OUSD está tomando todas las medidas razonables para garantizar que el Internet se use solo por razones relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje.

Actualmente, las cuentas de correo electrónico de los estudiantes de OUSD solo se pueden usar para comunicarse con estudiantes, maestros y/o administradores dentro del sitio escolar. Todos los correos electrónicos de los estudiantes se escanean en busca del lenguaje apropiado. Si se identifica una palabra inapropiada, el correo electrónico se enviará inmediatamente al director. Además, los correos electrónicos de los estudiantes se archivan para que puedan recuperarse en cualquier momento si hay alguna inquietud.

Los estudiantes son responsables de todas las actividades mientras acceden y utilizan los recursos informáticos de la escuela (computadoras y red). El uso seguro y responsable de Internet es de suma importancia para el Distrito. Mientras están en la escuela, los estudiantes están protegidos de contenido potencialmente peligroso e inapropiado a través del filtro de red del Distrito. El Distrito no proporciona estas protecciones fuera del Distrito. **Es responsabilidad de los padres/tutores supervisar la información a la que un estudiante accede desde Internet fuera de la red del Distrito.** Los estudiantes deben cumplir con las reglas descritas en este documento. La conducta inaceptable incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

1. Usar Internet para cualquier actividad ilegal, incluida la violación de los derechos de autor u otros contratos.
2. Destrozar los datos de otros usuarios.
3. Obtener acceso no autorizado a recursos o entidades.
4. Invasión de la privacidad de las personas.
5. Usar una cuenta propiedad de otro sin autorización.
6. Publicar comunicaciones personales sin el consentimiento del autor.
7. Publicar mensajes anónimos.
8. Colocar información ilegal en un sistema.
9. Usar lenguaje abusivo o de otro modo objetable en mensajes públicos o privados.
10. Enviar mensajes que probablemente resulten en la pérdida del trabajo del destinatario o la interrupción de los sistemas; por ejemplo, un virus informático.
11. Envío de mensajes 'Cadena de letras' o "transmisión" a listas o individuos, u otro tipo de comunicación, que congestionan las redes.
12. Usar Internet para enviar/recibir mensajes e imágenes que no concuerden con el plan de estudios y las pautas de conducta del Distrito. Estos incluyen, entre otros, mensajes y/o imágenes racistas, sexistas, pornográficas, peligrosos y obscenos.

El Distrito Escolar de Orcutt no ofrece garantía de ningún tipo por el servicio de Internet proporcionado al estudiante. El Distrito no será responsable de los daños reclamados o sufridos por cualquier niño o padre en relación con el uso de Internet. Esto incluye la exposición del niño/a a materiales a los que los padres tendrán derecho de notificación y/o consentimiento de conformidad con la ley estatal o federal. El uso de cualquier información obtenida a través de Internet es por cuenta y riesgo de los estudiantes y los padres.

El Distrito Escolar Unido de Orcutt cree que los beneficios para los educadores y los estudiantes del acceso a Internet, en forma de recursos de información y oportunidades de colaboración, superan con creces cualquier desventaja. Pero, en última instancia, los padres y tutores de los menores son los responsables de establecer y transmitir las normas que deben seguir sus alumnos.

Los sistemas informáticos escolares son para uso exclusivo de personas autorizadas. Cualquier acceso no autorizado a estos sistemas está prohibido y está sujeto a sanciones penales y civiles. Las personas que usan estos sistemas están sujetas a que todas las actividades en estos sistemas sean monitoreadas por el sistema o el personal de la escuela. Cualquiera que utilice estos sistemas consiente expresamente a dicho seguimiento. El enjuiciamiento y/o la terminación de la cuenta pueden ocurrir sin previo aviso.

Es posible que todos los usuarios de Internet (incluido su estudiante) accedan a información destinada a adultos. Aunque OUSD ha tomado todas las medidas razonables para garantizar que la conexión a Internet se use solo para los fines consistentes con el plan de estudios y la instrucción, el distrito o la escuela no pueden evitar la disponibilidad, o incluso comenzar a identificar, material inapropiado en otros lugares de Internet. La seguridad informática no se puede perfeccionar, y es probable que un alumno determinado pueda hacer uso de los recursos informáticos para fines inapropiados.

RECONOCIMIENTO/ACUERDO

Hemos leído y entendido todas las pautas y políticas con respecto al uso apropiado de la tecnología e Internet en el Distrito Escolar Unido de Orcutt. Reconocemos nuestra responsabilidad en el cuidado de la computadora emitida por el Distrito que nuestro estudiante recibe junto con otros materiales curriculares. También aceptamos que una infracción de la Política de Uso Aceptable de la Tecnología del Distrito puede resultar en la pérdida de los privilegios de la red y/o de la computadora y puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la suspensión o expulsión. *Los mensajes o acciones relacionados con o en apoyo de actividades ilegales se informarán a las fuerzas del orden.*

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Este formulario se usa para determinar la elegibilidad para ofertas de servicios gratuitas o de costo reducido, como cuidado antes y después de la escuela (Campus Connection), Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliado (ELOP), tarjeta P-EBT, programas especiales de servicios públicos, pruebas SAT, etc.

PARTE I: Complete la siguiente información para un estudiante que vive en su hogar: complete un formulario para CADA niño

APELLIDO <input type="text"/>	FIRST NAME NOMBRE DE PILA <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AA) <input type="text" value=" / /"/>
ESCUELA <input type="text"/>	GRADO <input type="text"/>	

PARTE II: Complete la siguiente información para el tamaño del hogar y los ingresos del hogar

Consulte información adicional en el reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar el tamaño de su hogar y el ingreso familiar anual.

1. **Si cree que no califica para estos programas, o por razones de privacidad, no desea completar el formulario, marque esta casilla.** (Marcar esta casilla significa que no calificará para recibir asistencia)

2. Ingreso familiar anual total: \$ _____

3. Encierre en un círculo el número total de ADULTOS y NIÑOS que viven en su hogar:

Un círculo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otro _____

PARTE III: Información y firma del padre o tutor

Certifico (prometo) que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales según la información que proporcione y que la información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario

Nombre impreso del miembro adulto del hogar que completa este formulario

fecha

TELÉFONO DE CONTACTO

TELÉFONO DE CONTACTO

La información enviada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por lo tanto, está protegida por todas las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes que se relacionan con los registros educativos, incluida, entre otras, la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 (FERPA), enmendada (20 USC § 1232g, 34 CFR Parte 99); Título 2, División 4, Parte 27, Capítulo 6.5 del Código de Educación de California, a partir de la Sección 49060 et seq.; la Ley de Prácticas de Información de California (Código Civil de California, Sección 1798 y siguientes) y el Artículo 1, Sección 1 de la Constitución de California. El Distrito Escolar Orcutt Union es un proveedor de igualdad de oportunidades.

A quién debo incluir en "Tamaño del hogar"?

Debe incluirse a sí mismo ya todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos y que pagan una parte proporcional de los gastos), no las incluya.

¿Qué se incluye en el "Ingreso total del hogar"? El ingreso total del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ganancias brutas del trabajo:** utilice sus ingresos brutos, no su salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se puede encontrar en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor puede proporcionar esta información. Los ingresos netos solo deben informarse para negocios propios, granjas o ingresos de alquiler.
- **Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia:** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes, incluida cualquier cantidad recibida de CalWORKs.
- **Pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes.
- **Todos los demás ingresos:** Incluya compensación laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso recibido. No incluya ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales y pagos de crianza recibidos por su hogar.
- **Subsidios de vivienda militar y pago de combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada ni el pago por combate.
- **Pago de horas extras:** Incluya el pago de horas extras ÚNICAMENTE si lo recibe regularmente.

¿Cómo informo los ingresos del hogar por el pago recibido mensualmente, dos veces al mes, quincenalmente y semanalmente?

- Determinar cada fuente de ingresos del hogar en base a las definiciones anteriores. Los hogares que perciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
 - Si se paga mensualmente, multiplique el pago total por 12
 - Si se le paga dos veces al mes, multiplique el pago total por 24
 - Si se le paga quincenalmente (cada dos semanas), multiplique el pago total por 26
 - Si se le paga semanalmente, multiplique el pago total por 52
- Sume todos los pagos anualizados para determinar el ingreso familiar anual total ingresado en la Parte II, 2.

Si sus ingresos cambian, incluya los sueldos/salarios que recibe regularmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que ganó \$1,000 por mes. Solo incluya el pago de horas extras si lo recibe regularmente. Si perdió su trabajo o le redujeron sus horas o su salario, ingrese cero o su ingreso actual reducido.

Para obtener información adicional sobre el tamaño del hogar y el ingreso bruto del hogar, consulte el Manual de elegibilidad para las comidas escolares en la página web de recursos y orientación del Departamento de Agricultura de EE. UU. En

<http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm> .

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN PARA LOS GRADOS 1-12



- **Polio**
4 dosis – se aceptan 3, si una fue despues del cuampleaños 4
- **Difteria, Tetanos, Pertussis**
5 dosis - DTP o cualquier combinación de DTP, DTaP, con OT o Td – se aceptan 4 si una fue después del cumpleaños 4
- **Sarampión, Paperas, Rubeola (Vacuna MMR)**
2 dosis; Solo dosis al cumplir 1 año o después
- **Hepatitis B**
3 dosis
- **Varicela**
2 dosis

Si las inmunizaciones estan incompletas, por favor llame a su medico primario.

El Departamento de Salud Publica del Condado de Santa Barbara administra inmunizaciones a familias
sin aseguranza por ***cita solamente.***

Telefono: 805.346.7230

2115 Centerpointe Parkway, Santa Maria