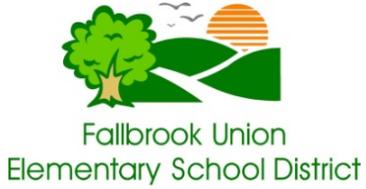


**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

School: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_  
 INTERdistrict  Yes  No INTRAdistrict:  Yes  No GATE  Yes  No  
 DOB Verified: \_\_\_\_\_ Migrant Card \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Immunizations:  Complete  Incomplete  Exempt  
 Verified By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_



**Formulario de Matriculación Escolar K-8**

	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario
Apellido del Estudiante _____	Primer Nombre _____	Segundo _____
Fecha de Nacimiento _____	Lugar de Nacimiento _____	Estado _____
		País _____
		Grado _____

**¿Este Estudiante ha:**  
 asistido a escuelas de Fallbrook anteriormente?  Si  No sido reprobado?  Si  No Si es sí, ¿qué grado?  
 asistido al Pre-Escolar?  Si  No ¿Si es sí, Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_  
 Asistido las Escuelas Públicas de California?  Si  No ¿Si respondió si, Donde? \_\_\_\_\_  
 Recibido servicios de Educación Especial?  Si  No  
 Recibido plan de adaptaciones 504?  Si  No  
 Calificado para el Programa GATE?  Si  No  
 Sido puesto en un contrato de SARB?  Si  No  
 Sido suspendido previamente y/o expulsado o está él/ella actualmente recomendado(a) para una expulsión?  Si  No  
 ¿En qué fecha se matriculo por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? (Día, Mes y Año) \_\_\_\_\_  
 ¿Algún miembro de la familia trabaja o ha trabajado en los últimos tres años en empleo temporal relacionado con la agricultura (trabajo de campo), alimentos (fábricas de enlatado o emparadoras), industria pesquera, de madera o establos lecheros?  Sí  No  
 ¿En qué idioma prefiere recibir correspondencia escolar?  Inglés  Español

*Por mandato de leyes federales y estatales, por favor conteste las siguientes preguntas para identificar la etnicidad y raza de este estudiante. Esta información solamente será utilizada para reportar cantidades totales de estudiantes y no será publicada en ninguna forma que pudiera resultar personalmente identificable.*

¿Es el origen étnico del estudiante Hispano o Latino?  Si  No

**Por favor marque una o más de las siguientes opciones para indicar la raza del estudiante.**

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático -Chino	<input type="checkbox"/> Asiático- Japonés
<input type="checkbox"/> Asiático -Coreano	<input type="checkbox"/> Asiático-Vietnamita	<input type="checkbox"/> Asiático-Indio
<input type="checkbox"/> Asiático-Laosiano	<input type="checkbox"/> Asiático -Camboyano	<input type="checkbox"/> Asiático-Hmong
<input type="checkbox"/> Asiático-Otro	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco (incluye Hispanos)

**Domicilio del Estudiante**

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Núm. de Teléfono Principal:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Información de Residencia (mandato federal de NCLB) – ¿en donde está viviendo actualmente su hijo/a?**

Hogar permanente de una sola familia  Dos familias (compartiendo hogar por pérdidas o situación económica difícil)  
 Motel/Hotel  Sin vivienda (carro/campamento)  Refugio o programa de vivienda temporal  
 Hogar temporal para niños adoptivos  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Nombre de la última escuela a la cual asistió el estudiante:

- Pública  
 Privada

Domicilio:

Calle

Ciudad

Código Postal

Núm. de Tel

Fax:

## Información de Padres/Tutores

### Padre/Tutor Legal #1

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia:			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División	Rango:	
	Edificio #	Estación:	
¿No Militar - Empleado en Base Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado en terreno Federal de Indios (casinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Padre/Tutor Legal #2

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia:			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División	Rango:	
	Edificio #	Estación:	
¿No Militar - Empleado en Base Militar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleado en Terreno Federal de Indios (casinos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Por favor ponga el nombre de tres personas que viven **localmente** además de los padres/tutores que podemos llamar si no podemos ponernos en contacto con los padres, o que puedan llevar al niño/a a casa o por ayuda médica en caso de emergencia. Su niño/a solo **PODRA IR CON LAS PERSONAS ESCRITAS EN ESTA FORMA.**

1. \_\_\_\_\_  
Persona Cuidando su niño/a                      Relación                      Dirección                      Teléfono
  
2. \_\_\_\_\_  
Persona responsable además de la persona arriba      Relación      Dirección                      Teléfono
  
3. \_\_\_\_\_  
Persona responsable además de la persona arriba      Relación      Dirección                      Teléfono

**EN CASO DE ENFERMEDAD O LESION EL PADRE/ TUTOR SERA CONTACTADO A MENOS QUE USTED INDIQUE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN.**    \_\_\_ Por favor **NO CONTACTE** al padre o tutor legal a su trabajo.

**En caso de un desastre, su niño/a permanecerá en le seguridad de la escuela, a menos que la emergencia requiera que haya evacuación. En ese caso, su niño/a será mandado a casa por su modo regular. En caso de que no se pueda comunicar con los padres o el doctor designado, el personal del distrito escolar está autorizado a usar su discreción en obtener ayuda médica.**     Sí     No

**Otros hermanos(as) del estudiante que viven en casa (incluya el apellido):**

Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento. _____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento. _____

Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene derechos legales de custodia del niño / niños A **MENOS QUE** un padre tenga una orden judicial que indique que tiene **la custodia legal exclusiva** del niño / niños.

La escuela **DEBE TENER UNA COPIA DE LA ORDEN DEL TRIBUNAL** en el archivo, de lo contrario, cualquiera de los padres puede retirar al niño de la escuela con la identificación adecuada.

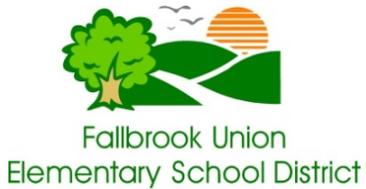
**He leído la declaración de ley anterior y certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

School: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_  
 INTERdistrict  Yes  No INTRAdistrict:  Yes  No GATE  Yes  No  
 DOB Verified: \_\_\_\_\_ Migrant Card \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Immunizations:  Complete  Incomplete  Exempt  
 Verified By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_



**Formulario para Matriculación al Preescolar**

	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo	Grado
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado	País

**¿Este Estudiante ha:**

¿Asistido a escuelas de Fallbrook anteriormente?  Si  No sido reprobado?  Si  No Si es sí, ¿qué grado? \_\_\_\_\_

¿Asistido al Preescolar?  Si  No ¿Si es sí, Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

¿Asistido las Escuelas Públicas de California?  Si  No ¿Si respondió si, Donde? \_\_\_\_\_

Recibido servicios de Educación Especial?  Si  No

¿Recibido plan de adaptaciones 504?  Si  No

¿En qué fecha se matriculo por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? (Día, Mes y Año) \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de la familia trabaja o ha trabajado en los últimos tres años en empleo temporal relacionado con la agricultura (trabajo de campo), alimentos (fábricas de enlatado o empacadoras), industria pesquera, de madera o establos lecheros?  Sí  No

¿En qué idioma prefiere recibir correspondencia escolar?  Inglés  español

*Por mandato de leyes federales y estatales, por favor conteste las siguientes preguntas para identificar la etnicidad y raza de este estudiante. Esta información solamente será utilizada para reportar cantidades totales de estudiantes y no será publicada en ninguna forma que pudiera resultar personalmente identificable.*

¿Es el origen étnico del estudiante Hispano o Latino?  Si  No

**Por favor marque una o más de las siguientes opciones para indicar la raza del estudiante.**

<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático -Chino	<input type="checkbox"/> Asiático- Japonés
<input type="checkbox"/> Asiático -Coreano	<input type="checkbox"/> Asiático-Vietnamita	<input type="checkbox"/> Asiático-Indio
<input type="checkbox"/> Asiático-Laosiano	<input type="checkbox"/> Asiático -Camboyano	<input type="checkbox"/> Asiático-Hmong
<input type="checkbox"/> Asiático-Otro	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Guameño
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Tahitiano	<input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco

**Domicilio del Estudiante**

Domicilio (Calle) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Núm. de Teléfono Principal:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Información de Residencia (mandato federal de NCLB) – ¿en donde está viviendo actualmente su hijo/a?**

Hogar permanente de una sola familia  Dos familias (compartiendo hogar por perdidas o situación económica difícil)

Motel/Hotel  Sin vivienda (carro/campamento)  Refugio o programa de vivienda temporal

Hogar temporal para niños adoptivos  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Nombre de la última escuela a la cual asistió el estudiante:** \_\_\_\_\_  Publica  Privada

Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Núm. de Tel \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Información de Padres/Tutores

#### Padre/Tutor Legal #1

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____ Rango: _____		
	Edificio # _____ Estación: _____		

#### Padre/Tutor Legal #2

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____ Rango: _____		
	Edificio # _____ Estación: _____		

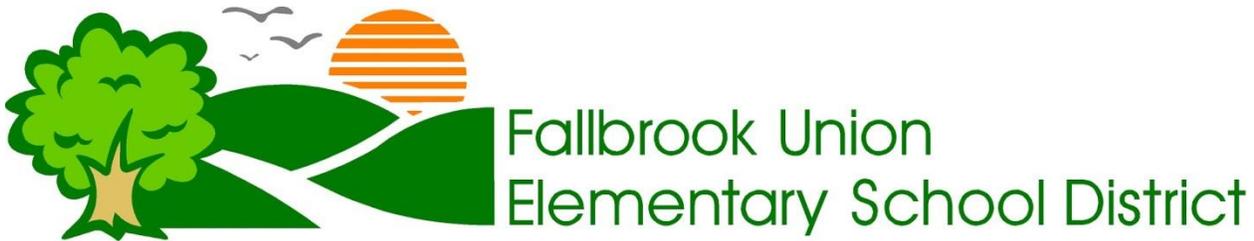
Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene derechos legales de custodia del niño / niños **A MENOS QUE** un padre tenga una orden judicial que indique que tiene **la custodia legal exclusiva** del niño / niños.

La escuela **DEBE TENER UNA COPIA DE LA ORDEN DEL TRIBUNAL** en el archivo, de lo contrario, cualquiera de los padres puede retirar al niño de la escuela con la identificación adecuada.

**He leído la declaración de ley anterior y certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

**Aviso a los padres de familia o tutores:**

Valoramos la capacidad del estudiante que habla un idioma que no es el inglés y le animamos para que conserve dicha capacidad. Sin embargo, si un estudiante tiene problemas para entender, hablar, leer o escribir en inglés, es nuestra responsabilidad proveer el apoyo académico necesario para mejorar sus destrezas en inglés. Por lo tanto, los padres de todos los estudiantes que se matriculen en nuestro distrito escolar deben llenar este formulario. La identificación de las necesidades en relación al idioma y lo académico es importante porque se convierte en la base para crear un programa de enseñanza apropiado. Agradecemos su ayuda para cumplir con este requisito. Gracias.

Favor de llenar lo siguiente:

Nombre del estudiante:	Grado:
Escuela:	Escuela anterior (Estado y Condado)
Su parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

De conformidad al Código de Educación de California (Ed. Code 52164.1 [a]) las siguientes cuatro preguntas servirán para determinar el idioma o los idiomas que el estudiante habla en el hogar.

**Instrucciones:** Favor de marcar una respuesta para cada una de las siguientes preguntas y anote el idioma cuando corresponda.

- |   | Inglés                   | Español                  | Otro(s) Idioma(s) |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. ¿Qué idioma utilizó su niño cuando empezó a hablar?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |
| 2. ¿Qué idioma usa su niño con más frecuencia en el hogar?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |
| 3. ¿Qué idioma utiliza con más frecuencia cuando habla usted con su niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |
| 4. ¿Qué idioma hablan los adultos del hogar la mayor parte del tiempo?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____             |

**Preguntas opcionales:** Estas otras preguntas se utilizarán para ayudar al personal a atender a las necesidades educativas de los estudiantes.

- |  | Sí                       | No                       | Idioma(s) |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 5. ¿Entiende su niño otro idioma que no es el inglés?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     |
| 6. ¿Habla su niño otro idioma que no es el inglés?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     |
| 7. ¿Puede su niño leer o escribir en un idioma que no es el inglés?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     |
| 8. ¿Hay en el hogar un pariente o familiar adulto que pueda hablar un idioma que no es el inglés?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     |
| 9. ¿Hay en el hogar un pariente o familiar adulto que pueda leer en un idioma que no es el inglés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     |

*El Código de Educación de California (Ed. Code 52164.1[a]) exige a las escuelas determinar qué idiomas se hablan en el hogar de cada estudiante. Si el idioma en el hogar del estudiante no es el inglés, se requiere una prueba de dominio del idioma. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar buena instrucción a todos los estudiantes. De acuerdo con las leyes federales y estatales, los estudiantes que no tienen suficiente dominio del idioma para estar en un programa regular de instrucción sólo en inglés deben recibir apoyo en instrucción para aprender el inglés. El objetivo de esta instrucción es ayudar a los estudiantes a obtener las aptitudes necesarias en inglés para lograr el éxito social y académico en un salón de clases de instrucción regular en inglés*

\_\_\_\_\_  
Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

ID# _____ For office use only.
-----------------------------------

[School Site] Nurse  
[Phone Number]

**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT**  
Historia De Inmunización/Salud - Actualización Anual Para El Estudiante

School Year  
**2020-21**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Hogar/Trabajo: \_\_\_\_\_

**\*Comuníquese con la enfermera de la escuela - Se necesitan formularios adicionales.**

HISTORIA MEDICA	SI	NO	NOTAS/EXPLICACIÓN
Asma			Necesita Inhalador en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Desórdenes Convulsivos/Epilepsia			Necesita Diastat? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* ¿Qué fecha fue la convulsión más reciente?
Alergia severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergia alimentaria severa			¿Recibe Medicamento (EpiPen)? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación) ¿Cuándo se usó el EpiPen por última vez? _____
Alergias estacionales (Polen / polvo / clima)			Necesita Medicamento en la escuela? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Diabetes			¿Recibe Medicamento? <input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> SI* (Por favor, explique a continuación)
Recibe Medicamento en casa			Nombre de Medicamento: _____
Problemas de los Ojos/Lentes			¿Usa Lentes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha de la última examinación de ojos: _____
Enfermedades Serias/Heridas u operaciones			
Problemas digestivos			
Problemas endocrinos			
Problemas Auditivos			
Defecto del Habla			
Problemas Urinarios/Riñones			
Condición del Corazon/Sangre			
Problemas Ortopédicos			
Preocupaciones emocionales			
Desorden de Déficit de Atención			
Otros Problemas:			

**Alergias Conocidas:** (Describa la causa y la reacción alérgica): \_\_\_\_\_

**¿Necesita Medicamento en la escuela?\*** (Nombre, Hora, Dosis y Razón, Se requiere Nota de Medico): \_\_\_\_\_

**¿Restricciones de la educación física?** (Se requiere Nota del Medico): \_\_\_\_\_

**¿Hay algún problema del cual le gustaría hablar con la enfermera de la escuela?** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que el historial de salud de este niño es correcto y está de acuerdo con mi conocimiento y también estoy de acuerdo con la divulgación de la información de salud de mi hijo entre FUESD y los profesionales externos de la salud.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante                      Nombre del Estudiante

## **AVISO DE LEY DE EDUCACIÓN OBLIGATORIA**

Los estudiantes deben estar en la escuela para aprovechar las oportunidades que están disponibles para ellos.

### **La sección 48200 del código de educación estipula:**

“Cada persona de entre 6 y 18 años de edad está sujeta a la educación de tiempo completo obligatoria. Cada persona sujeta a la educación de tiempo completo obligatoria y cada persona sujeta a la educación de continuación obligatoria debe asistir a la escuela pública de tiempo completo... el tiempo completo es designado como la duración del día escolar y cada padre, tutor o cualquier otra persona que tenga control o esté a cargo del alumno(a) debe enviarlo(a) a la escuela pública de tiempo completo... por el tiempo completo designado como la duración del día escolar.”

### **La sección 48260 del código de educación estipula:**

“Cualquier alumno(a) sujeto a la educación de tiempo completo obligatoria o a la educación de continuación obligatoria, que esté ausente de la escuela por más de 3 días o que llegue tarde por 30 minutos o más en un periodo de 3 días durante el año escolar, y no tenga una razón válida es un alumno que no está acatando la ley...”

***Creemos que la buena asistencia tiene una correlación directa con el alto rendimiento del estudiante. Por favor ayúdenos a proveer a su hijo(a) educación de calidad, asegurándose de que asista a la escuela todos los días y llegue a tiempo.***

Hemos Leído y Revisado la Ley de Educación Obligatoria

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Estimado padre de familia o tutor:

Para asegurarnos que su niño/a esté listo/a para empezar la escuela, el código de educación 49452.8 de la ley de California requiere que todo niño/a que entre al kínder o al primer año de primaria, cualquiera de los dos casos que sea la primera experiencia de su niño/a en una escuela pública, obtenga una revisión de su boca (examen dental) antes del 1 de mayo. Las evaluaciones de salud oral que se hallan hecho durante los 12 meses antes de que su niño/a entre a la escuela se tomarán en cuenta cumpliendo con este requisito. La ley establece que la evaluación debe estar hecha por un dentista acreditado o por cualquier otro profesional acreditado en salud oral.

Lleve la solicitud de evaluación dental y/o abstención adjunta, al consultorio dental, ya que la necesitarán para el examen de su niño/a.

La lista de recursos siguiente le ayudará a encontrar un dentista para que usted pueda cumplir con este requisito:

1. Para registrarse en Medi-Cal/Dente-Cal o Healthy Families puede llamar al departamento de salud, materno-infantil y familiar al teléfono de asistencia al público al 1-800-675-2229. Escuche las opciones de SD-KHAN.
2. Otras opciones para encontrar un proveedor de servicios dentales:
  - a. Red de seguro de salud para niños en San Diego (San Diego Kids Health Assurance Network) al 1-800-675-2229 o <http://www.co.san-diego.ca.us/sdkhan/>
  - b. Al 2-1-1 San Diego ( si le es imposible comunicarse al 2-1-1 de su teléfono celular o está en un área fuera del condado de San Diego por favor llame al (858) 300-1211)
  - c. A la sociedad dental de San Diego al 619- 275-0244
  - d. Comuníquese con la enfermera de la escuela
3. El número de teléfono sin costo para Medi-Cal/Dente-Cal o la red mundial electrónica para encontrar un dentista que acepte seguro Dente-Cal es: 1-800-322-6384 o busque en: <http://www.denti-cal.ca.gov>.
4. El número de teléfono sin costo para Familias Saludables (Healthy Families) o la red mundial electrónica para encontrar un dentista que acepte seguro Healthy Families es: 1-800-880-5305 o en la red de Internet en: <http://www.healthyfamilies.ca.gov/hfhome.asp>.

*Para buena salud dental:*

- Lleve a su hijo al dentista dos veces al año.
- Elija alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son generalmente los alimentos más saludables.
- Cepílese los dientes al menos dos veces al día con pasta dental que contenga flúor.
- Limite los dulces y las bebidas dulces, como el ponche o sodas. Las bebidas dulces y dulces contienen una gran cantidad de azúcar, que causa caries y reemplaza nutrientes importantes en el dieta de su hijo.

Los dientes infantiles son muy importantes. No carecen de importancia sólo porque se van a mudar. Los niños/as necesitan sus dientes para comer, hablar, y sonreír apropiadamente así como para sentirse bien consigo mismo. Los niños/as con caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y además pueden tener dificultad para concentrarse y poner atención, así como para aprender.

Si tiene preguntas sobre el requisito de evaluación de salud oral, comuníquese con Kathy O'Brien al (760) 695-9762 o Katherine McNeil al (760) 695-9763.

\* Si no puede llevar a su hijo a la evaluación requerida, indique el motivo en la Sección 3 del formulario

Atentamente,  
Candace Singh, Superintendente de Distrito

*Governing Board*

Maurice F. Bernier, Ed.D.

Patty de Jong

Lisa Masten

Patrick Rusnell

Siegrid Stillman



# PAQUETE DE REGISTRO LISTA DE VERIFICACION

Fallbrook Union Elementary  
School District

ESCUELA: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

Devuelva este paquete de inscripción, junto con los documentos requeridos (anotados abajo) a nuestra oficina de la escuela.

Nombre del ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ Fecha de Nació: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico de Padre: \_\_\_\_\_ Madre  Padre  Otro  \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS REQUERIDOS

\_\_\_\_ **Copia de acta de nacimiento, pasaporte o certificado de bautismo** (anuncios de nacimiento del hospital y aviso de registro de nacimiento no se consideran documentos legales para el registro).

\_\_\_\_ **Una prueba de la Dirección Actual- No se acepta caja postal. Solo podemos aceptar los siguientes documentos:** *Recibo de pago de impuestos de la propiedad, contrato de alquiler de la propiedad, arrendamiento o recibo de pago, contrato de servicio de utilidad, declaración o recibo de pago, talón de pago, Registro de Votantes, Correspondencia de una agencia gubernamental. Declaración de residencia ejecutada por el padre / tutor del estudiante.*

\_\_\_\_ **Copia Original de Vacunas** (Inmunizaciones requeridas de enumeran a continuación)

\_\_\_ Polio...4 dosis

\_\_\_ DTP/DtaP...5 dosis

\_\_\_ MMR...2 dosis

\_\_\_ Hep B...3 dosis

\_\_\_ Refuerzo TDAP (*después de 7 años*)

\_\_\_ Varicela...1 dosis (*segunda dosis después de los 13 años*)

\_\_\_\_ **K-1<sup>er</sup> Grado Forma de Salud Física (CHDP) – SOLO SE APLICA A K- 1.**

\_\_\_\_ **Evaluación de Salud Oral- SOLO APLICABLE A KINDER.**

## **LAS SIGUIENTES FORMAS SE DEBEN COMPLETAR PARA REGISTRO:**

\_\_\_\_ **Forma de Registración K-8** (3 paginas)

\_\_\_\_ **Formulario de Autorización de Padres para Divulgación de Registros**      \_\_\_\_ **Calificaciones** (*solo grados 7-8*)

\_\_\_\_ **Encuesta del Idioma del Hogar**

\_\_\_\_ **Formulario de Historia de Salud**

\_\_\_\_ **Aviso de Ley de Educación Obligatoria**

### Office Use Only

Date Received: \_\_\_\_\_

Enter Date: \_\_\_\_\_

Teacher: \_\_\_\_\_

IC: \_\_\_\_\_

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

Mantenga esta forma con la tarjeta de vacunas de su niño(a) (Tarjeta Amarilla)

La Ley de California (Código de Educación Sección 49452.8) establece que tu hijo(a) debe de tener una evaluación dental antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional con licencia en salud dental debe de realizar dicha evaluación y llenar la sección 2 de este formulario. Si tu hijo(a) ha tenido una evaluación dental en los 12 meses previos al inicio de su año escolar, pide a tu dentista que llene la sección 2 de este formulario. Si no puedes cumplir con la evaluación dental para tu hijo(a), llena la sección 3.

### Sección 1: Información del niño(a) (Debe ser llenada por uno de los padres o tutores)

Primer nombre del niño(a): _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo nombre: _____	Fecha de nacimiento del niño(a): _____
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____	
Nombre de la escuela: _____	Maestro(a): _____	Grado: _____	Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre o tutor: _____	Raza u origen étnico del niño (seleccione uno):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	

### Sección 2: (Filled out by California licensed dental professional) (Debe ser llenado por un profesional de salud dental con licencia de California)

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately – mark the appropriate field in **each** box.

**(NOTA IMPORTANTE:** Considera cada pregunta de forma separada. Marca tu respuesta en el espacio correspondiente)

<b>Assessment Date</b> (Fecha de la evaluación): _____	<b>Caries experience/ Fillings present</b> (Experiencia con caries/amalgamas presentes): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Visible decay present</b> (Daño visible presente): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Treatment urgency (Urgencia del tratamiento):</b> <input type="checkbox"/> No obvious problem found (no se encontraron problemas obvios) <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation) (se recomienda atención dental pronta) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling, or soft tissue lesions) (necesita atención urgente)
<b>Provider/Clinic Name</b> (Imprima el nombre del Proveedor/ Oficina): _____	<b>Phone</b> (Número de Teléfono): _____	<b>Fax</b> (Número de Fax): _____	
<b>Licensed Dental Professional Signature</b> Firma del profesional dental con licencia): _____	<b>CA License Number</b> (Número de licencia de California): _____	<b>Date</b> (Fecha): _____	

### Sección 3: Excusa para el requerimiento de evaluación dental (Debe ser llenada por un padre o tutor que soliciten excusa de este requerimiento)

Por favor excuse a mi hijo(a) de la evaluación dental debido a (Marca el espacio que mejor describe la razón):

- No pude encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).  
El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:  Medi-Cal/Denti-Cal  Otro  Ninguno
- No me alcanza para pagar por la evaluación dental de mi hijo(a).
- No quiero que mi hijo(a) reciba una evaluación dental.
- Otras razones por las cuales mi hijo(a) no puede recibir una evaluación dental: \_\_\_\_\_

Si pides una excusa de este requerimiento: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La ley establece que las escuelas deben de mantener en privado la información de salud de los estudiantes. El nombre de tu hijo(a) no sera parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información solo puede ser usada para propósitos relacionados con la salud de tu hijo(a). Si teienes preguntas por favor llama a tu escuela.

**Regresa esta forma a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de tu hijo(a).**

El original debe de ser incluido en el archivo escolar de tu hijo(a).

County of San Diego, Health and Human Services Agency, Public Health Services, Maternal, Child, and Family Health Services  
For more information, please call (619) 692-8808



**LIVE WELL**  
SAN DIEGO

Child Health and Disability Prevention Program  
MCFHS/OHA/ES 01/2015

## INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entregue a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

### PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

### PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

#### EXAMEN DE SALUD

**AVISO:** Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.

**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
<b>POLIO</b> (OPV o IPV)					
<b>DTaP/DTP/DT/Td</b> (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
<b>MMR</b> (sarampión, paperas, rubéola)					
<b>HIB MENINGITIS</b> (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
<b>HEPATITIS B</b>					
<b>VARICELLA</b> (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

### PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (optional)

### y PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

#### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del examinador de salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*de ser indicado

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

# GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019

## Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**  
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;  
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)  
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**  
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**  
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**  
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

## Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**  
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**  
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

## Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.



**AFFIDAVIT DE RESIDENCIA**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro lo siguiente:

1. Yo soy el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ nacido  
en \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_,  
estado de \_\_\_\_\_, el cual está en edad de asistir a la escuela y desea  
matricularse en las escuelas del Distrito Escolar Primario de Fallbrook.

2. Desde \_\_\_\_\_, nuestra familia (*circule uno*) ha tenido / no ha tenido un  
hogar permanente. Hemos estado viviendo dentro de los límites del Distrito Escolar Primario  
de Fallbrook y deseamos permanecer viviendo aquí.

3. Yo regularmente recibo mi correo en:

Puedo ser localizado en casos de  
emergencia en:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

Yo declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que lo anteriormente dicho es  
verdadero, correcto y de mi conocimiento personal y que si soy llamado a testificar seré capaz  
de testificar lo dicho.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo(empleado de la escuela)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DEL CUIDADOR

El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la Sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

Instrucciones: El completar los puntos del 1 al 4, y la firma de la declaración jurada es suficiente para autorizar la inscripción de un menor en una escuela y autorizar cuidado médico relacionado con la escuela. Se requiere completar los puntos del 5 al 8 para autorizar cualquier otro cuidado médico. Escriba claramente.

El menor nombrado a continuación vive en mi casa, y tengo cuando menos 18 años de edad.

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_.
2. Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_\_.
3. Mi nombre (adulto otorgando la autorización): \_\_\_\_\_.
4. Mi domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
5.  Yo soy un abuelo, tía, tío, u otro familiar del menor con autoridad sobre él/ella (ver al reverso de esta forma la definición de “familiar autorizado”).
6. Marcar uno o ambos (por ejemplo, si uno de los padres fue avisado y el otro no pudo ser localizado):  
 Yo he aconsejado a (los) padre(s) u otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del menor de mi intento de autorizar el cuidado médico, y no he obtenido alguna objeción.  
 Yo no he podido comunicarme con el(los) padre(s) u otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del menor en este momento, para notificarle(s) sobre mi intención de dar autorización.
7. Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_.
8. Mi licencia de conducir de California o número de tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_.

---

Advertencia: No firme esta forma si alguna de las declaraciones anteriores son incorrectas porque estará cometiendo un delito castigable con una multa, encarcelamiento, o ambos.

---

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Notificaciones:

## **DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DEL CUIDADOR**

1. Esta declaración no afecta los derechos de los padres del menor o del tutor legal con respecto al cuidado, custodia y control del menor, y no significa que el cuidador tiene la custodia legal del menor.
2. Una persona que confíe en esta declaración jurada no tiene obligación de realizar cualquier otra consulta o investigación.

Información Adicional:

**PARA CUIDADORES:**

1. "Familiar autorizado" para efectos del punto 5, significa el/la cónyuge, padre, padrastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo, abuelo, abuela o cualquier otra persona indicada por el prefijo "bis", o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso aunque el matrimonio haya terminado por muerte o disolución.
2. La ley puede exigirle una licencia de casa hogar con el fin de cuidar a un menor de edad, si usted no es un familiar o un padre de crianza con licencia actualizada. Si usted tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con su departamento local de servicios sociales.
3. Si el menor deja de vivir con usted, se requiere que usted notifique a cualquier escuela, proveedor de atención médica, o plan de servicios de cuidados de salud a la cual usted le haya proporcionado esta Declaración Jurada. Esta Declaración Jurada es inválida después que la escuela, proveedor de atención médica, o plan de servicios de cuidados de salud recibe la notificación de que el menor ya no vive con usted.
4. Si usted no tiene la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir de California o Tarjeta de identificación), presente otra forma de identificación tal como su número de seguro social o número de Medi-Cal.

**PARA FUNCIONARIOS DE LA ESCUELA:**

1. La Sección 48204 del Código de Educación previene que esta declaración jurada constituye una base suficiente para una determinación de la residencia del menor, sin el requisito de una tutela u otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine por hechos reales que el menor no está viviendo con el cuidador.
2. El distrito escolar puede exigir evidencia razonable adicional de que el cuidador vive en el domicilio proporcionado en el punto 4.

**PARA PROVEEDORES DE SALUD Y PLANES DE SERVICIOS DE SALUD:**

1. Una persona que actúa con buena fe confiando la declaración jurada de autorización del cuidador para proporcionar atención médica o dental, sin el conocimiento real de los hechos contrarios a los establecidos en la declaración jurada, no está sujeto a responsabilidad penal o civil a ninguna persona, y no está sujeto a una acción disciplinaria profesional, por tal confianza, las porciones aplicables de la forma que se han completado.
2. Esta declaración jurada no confiere dependencia para fines de cobertura de salud médica.