



107 NW 10th Street
Pendleton, OR 97801
Ph: 541-276-6711
Fax: 541-278-3208
www.pendleton.k12.or.us

Lista de verificación de registro de jardín de infantes

¡BIENVENIDOS a la Inscripción para Kindergarten del Distrito Escolar de Pendleton! Adjunto encontrará los formularios necesarios para registrar a su estudiante para el próximo año escolar.

- 1. FORMULARIO DE REGISTRO** - asegúrese de que el nombre LEGAL de su hijo (como se muestra en el certificado de nacimiento) esté completo en la primera línea. Si su hijo usa un apellido diferente al apellido legal, nos complace usar ese nombre en la clase. Sin embargo, todos los correos y boletas de calificaciones se emitirán con el nombre legal de su hijo. **Por favor llene ambos lados de este formulario.**
- 2. CARPETA DEL CERTIFICADO DE ESTADO DE INMUNIZACIÓN** - complete el nombre de su hijo y luego firme y ponga la fecha en la parte inferior. Se puede adjuntar una copia de los registros de vacunación sin que usted complete las fechas. Una vez que se registre la información de vacunación de su estudiante, le seguirá una carta informando de cualquier vacuna adicional que su hijo pueda necesitar.
- 3. FORMULARIO DE HISTORIA SOCIAL Y DE DESARROLLO DE SALUD DE KINDERGARTEN** - si su hijo tiene CUALQUIER alergia y medicamento que deba administrarse en la escuela, o inquietudes de custodia, indíquelo en el lugar apropiado y comuníquelo cuando devuelva estos formularios.
- 4. Formulario DENTAL**
- 5. ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR**
- 6. Formulario de RAZA y ETNIA**
- 7. Formulario de TECNOLOGÍA INFORMÁTICA**
- 8. Aviso de NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES**
- 9. CUESTIONARIO DE EDUCACIÓN TEMPRANA**
- 10. NOTIFICACIÓN DE PADRES**
- 11. CERTIFICADO DE NACIMIENTO** - proporcione a la escuela una fotocopia del **certificado de nacimiento de su hijo o proporcione un comprobante de nacimiento de otro país.** Si necesita solicitar un certificado de nacimiento y su hijo nació en Oregón, puede llamar a Estadísticas Vitales de Oregón al (971) 673-1190 o visitar su sitio web: www.oregon.gov/DHS/ph/chs/order/faqs.shtml

Si su hijo nació fuera del estado, puede llamar a la información de ese estado y preguntar en la Oficina de Estadísticas Vitales. Si solicita un certificado de nacimiento de otro país, vaya a <http://travel.state.gov>
Proporcione una copia a la oficina antes del comienzo de la escuela.

Aunque es posible que no tenga toda la información para completar estos formularios ahora, **devuélvase completos al Centro de aprendizaje temprano de Pendleton ubicado en 455 SW 13th Street, Pendleton, OR 97801**, para que podamos comenzar el proceso de registro. Si tiene alguna pregunta, llame a Lori Curtis al 541-966-3306.

Pendleton Distrito Escolar 16R Formulario de inscripción

Apellido legal	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------------	---------------	----------------

Información del estudiante:

Grado ____ Género (círculo) M F Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social _____

Lugar de nacimiento _____ / _____ / _____ Nombre de soltera de la madre _____
(Ciudad) (Estado) (País)

Inmigrante # _____

Última escuela / preescolar a la que asistió:
--

Dirección:

Estado de la Ciudad:	Teléfono:
	Fax:

Servicios o programas (Marque todo lo que pueda aplicar): <input type="checkbox"/> Soporte de Título I <input type="checkbox"/> Apoyos médicos o de medicamentos <input type="checkbox"/> 504 Alojamientos <input type="checkbox"/> IEP/IFSP/ Educación especial <input type="checkbox"/> Servicios para estudiantes de inglés <input type="checkbox"/> Servicios para jóvenes sin hogar <input type="checkbox"/> Servicios de comportamiento <input type="checkbox"/> Asesoramiento <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Otro: _____
--

Es responsabilidad del padre / tutor proporcionar a la escuela cualquier documentación legal u orden judicial que se aplique al estudiante y sea relevante para la experiencia educativa del niño.

La Ley Federal de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974 permite al distrito escolar divulgar cierta información, conocida como "información de directorio", a ciertas personas o instituciones, a menos que usted solicite **POR ESCRITO** que dicha información no sea divulgada. En muchos casos, las solicitudes de este tipo de información provienen de los medios de comunicación, los estudiantes o el personal que crea páginas web o las fuerzas armadas con fines de reclutamiento. La "información del directorio" puede incluir:

- ✓ Nombre, dirección y número de teléfono del estudiante
- ✓ Fecha y lugar de nacimiento
- ✓ Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos.
- ✓ Peso y altura si es miembro del equipo atlético
- ✓ Fechas de asistencia
- ✓ La agencia o institución educativa más reciente a la que asistió el estudiante.
- ✓ Fotografías de otra información similar

En el caso de información del estudiante en páginas web, se excluirá lo siguiente: apellidos, teléfonos y direcciones.

Ocasionalmente se pueden tomar fotografías de los estudiantes y / o el trabajo de los estudiantes para usarlas en páginas web, medios de comunicación o publicaciones del distrito escolar. No divulgaremos ninguna "información de directorio" con fines comerciales o de otro tipo que no estén relacionados con los asuntos escolares.

Consentimiento especial: Autorizo que mi hijo/a sea fotografiado, grabado en video o grabado en audio en relación con el programa educativo y las actividades del Distrito Escolar de Pendleton. Entiendo que no se le pagará a mi hijo/a por la imagen fotográfica. También doy mi consentimiento para la exhibición pública de dicha fotografía, cinta de video o imagen de cinta de audio en relación con los programas y actividades del Distrito Escolar de Pendleton.

_____/_____/_____
 Firma Relación Fecha

Si no desea que divulguemos "información de directorio" y / o que su hijo aparezca en una fotografía, cinta de video, película o diapositiva, infórmele a la escuela **POR ESCRITO** dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de este aviso. De lo contrario, no es necesario realizar ninguna acción.

Si tiene preguntas sobre esta notificación, llame al Distrito Escolar de Pendleton al (541)276-6711

ENCIMA

Dirección física _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Vives en un fideicomiso de tierras? SI NO

¿Vive con amigos o familiares debido a dificultades económicas? SI NO

¿Esta situación de vida es temporal o se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? SI NO

Dirección de envío

Calle / Apartado de correo _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono de casa _____

Otros niños que viven en el hogar

Nombre legal del niño (último primero medio)	Género	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Adjunte una hoja de papel por separado para enumerar los niños adicionales.

Información del padre / tutor (enumerar por prioridad)

#	Nombre	Relación	Vive con	Teléfono	Teléfono móvil	Empleador
1			Si No	Casa		
	Correo electrónico			Trabajo		
2			Si No	Casa		
	Correo electrónico			Trabajo		

Contactos de emergencia: se permite recoger al estudiante de escuela

Relación

3			Casa Trabajo		Teléfono móvil	
4			Casa Trabajo		Teléfono móvil	
5			Casa Trabajo		Teléfono móvil	
6			Casa Trabajo		Teléfono móvil	

OFFICIAL USE ONLY:

Enrollment code		Enrollment date		Grade		Teacher	
Records requested		Records received		Immunization status			
Special Education Teacher Notified		ELD Teacher Given LUS		Homeless Liaison Notified			

Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación

Información de contacto:

Dé la siguiente información sobre su hijo: nombre completo, fecha de nacimiento, dirección postal actual, nombres y números de teléfono de los padres o tutores. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo.

Vacunas requeridas (adelante):

Escriba el mes/día/año en que su hijo recibió cada dosis de vacuna. Si no tiene la fecha exacta, puede dar sólo el mes y el año. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Los casilleros sombreados del formulario indican las dosis que no se dan rutinariamente. Sin embargo, si su hijo las recibió, escriba la fecha en el casillero sombreado. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño.

Vacunas recomendadas (atrás):

Estas dosis no son obligatorias por ley, pero la mayoría de los niños las reciben. Escriba el mes/día/año en que su hijo recibió cada dosis de vacuna. Si no tiene la fecha exacta, puede dar sólo el mes y el año. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Los casilleros sombreados del formulario indican las dosis que no se dan rutinariamente. Sin embargo, si su hijo las recibió, escriba la fecha en el casillero sombreado.

Firma:

La firma del padre, madre o tutor es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptable. **Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo debe volver a firmar el formulario.**

RECUERDE LLENAR AMBOS LADOS DEL FORMULARIO

Excepciones:

Oregon permite excepciones religiosas y médicas. En el caso de una excepcion religiosa, marque los casilleros para indicar de qué vacunas está excepto. Luego firme y coloque la fecha en la línea indicada. En el caso de una excepcion médica, presente una carta del médico de su hijo a la escuela o guardería.



Oregon Certificate of Immunization Status

Oregon Department of Human Services, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or a religious or medical exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Department of Human Services, Immunization Program and may be released to the Department or the local Public Health Authority by the school or children's facility upon request of the Department. Vaccine history must include at least the month and year. Please list immunizations in the order they were received.

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Mailing Address <i>Dirección</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código Postal</i>
Parents' or Guardians' Names <i>Nombre de los padres o guardian</i>		Home Telephone Number <i>Número de Teléfono</i>	

Complete for all
 Up-to-date
 Medical
 Religious

Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)	(mm/dd/yy)
Booster Dose Tdap (not given prior to 10 years of age)					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR] <input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy)					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>or</i> Measles vaccine only Mumps vaccine only Rubella vaccine only					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B (Hib) (Only children less than 5 years)					

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.

Signature* _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

For school/facility use only
School/facility Name
Student ID Number
Grade

*Parent, guardian, child at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

Continued On Reverse Side



Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

Oregon Department of Human Services, Immunization Program

Child's Last Name <i>Apellido</i>	First <i>Primer Nombre</i>	Middle Initial <i>Segundo Nombre</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
--------------------------------------	-------------------------------	---	---

Recommended Vaccines	Recommended Vaccines	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
	Pneumococcal (PCV7) (Only children less than 5 years)					
	Meningococcal (MCV4, MPSV4)					
	Human Papilloma Virus (HPV) (Only girls age 9 years or older)					
	Influenza (Flu)					
	Other Vaccine Please specify:					
	Other Vaccine Please specify:					

For medical exemptions:

Please submit a **letter** signed by a licensed physician stating:

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

For Immunity Exemptions (history of disease or positive titer):

Please submit a **letter** signed by a licensed physician stating:

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

Religious exemption:

I have read and understand the information in the brochure that I received. I am aware of the potential risks of my child being unimmunized, including being excluded from attending school during a disease outbreak. My child is being raised as an adherent to a religion the teachings of which are opposed to immunization and I request that my child be exempted from the following required immunizations:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Diphtheria/ Tetanus | <input type="checkbox"/> | Pertussis | <input type="checkbox"/> |
| Measles | <input type="checkbox"/> | Polio | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | Varicella | <input type="checkbox"/> |
| Rubella | <input type="checkbox"/> | Hib | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> |

Signature of Parent or Guardian

Date

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Update Signature _____ Date _____

Distrito Escolar de Pendleton 16R
Salud, Desarrollo e Historia Social
CONFIDENCIAL
Solo con fines educativos

Nombre del estudiante: _____

Padres están: _____ Casados _____ Divorciados _____ Otro (Por favor explique) _____

¿Hay alguna preocupación sobre la custodia/plan de los padres que debemos tener en cuenta? _____

DESARROLLO o HISTORIA TEMPRANA:

¿Alcanzó su hijo los hitos del desarrollo? _____ ¿caminar? _____ ¿hablar? _____ ¿Entrenado para ir al baño?

HISTORIA MÉDICA y ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE: (Marque las que sean verdaderas para este niño; Marque (*) las que son una preocupación actual)

_____ Alergia conocida _____ Asma _____ Ceguera al color _____ Conmoción cerebral _____ Diabetes _____

_____ Infecciones del oído (¿Tubos en los oídos? _____) _____ Problemas en los ojos? (¿Usa anteojos? _____)

_____ Pérdida de audición (¿Aparatos auditivos? _____)

¿Tiene el niño alguna limitación física/problema de salud? _____ No _____ Sí En caso afirmativo, describa:

¿Este niño necesita atención médica especial o continua? _____ No _____ Sí En caso afirmativo, describa:

ESTADO DE SALUD GENERAL ACTUAL:

¿El niño está tomando algún medicamento? _____ No _____ Sí, para _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

¿Se necesitan medicamentos en la escuela? _____ No _____ Sí

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

Actividades favoritas: _____ Responsabilidades en el hogar _____

Comportamiento del niño/respuesta al enojo: _____

Miedo/conflictos: _____

Encierre en un círculo todos los comportamientos que se aplican a su hijo: cariñoso; comportamiento tímido, amigable, retraído, inactivo, curioso, hiperactivo, impulsivo o explosivo, llora fácilmente, agresivo, prefiere estar solo, se frustra fácilmente.

Comentarios adicionales: _____

¿Asistió a preescolar? _____ No _____ Sí En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____ ¿Dónde? _____

El niño ha sido visto por un: _____ Psicólogo _____ Psiquiatra _____ Consejero

¿Fechas? _____

Comentarios:

FACTORES AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO EDUCATIVO:

¿Cuántas veces se ha mudado este niño en los últimos dos años? _____

¿Este niño ha experimentado muerte/divorcio dentro de la familia inmediata? _____

Agencias que trabajan con la familia: _____

¿Cuáles son sus preocupaciones educativas para este niño? _____

¿Hay _____ otras _____ preocupaciones?

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL



Advantage Dental quiere ayudar a mantener a su comunidad saludable y libre de caries. Higienistas dentales de Advantage Dental estarán disponibles en el local durante el año para proveer servicios dentales. Estos servicios no reemplazan el cuidado dental regular de un dentista.

Localidad Comunitaria: _____ **POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN TINTA.**

Favor de devolver para _____.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
 Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted durante el día: _____

Numero de teléfono de un amigo o pariente para comunicarnos con usted en caso de que cambie su número de teléfono: _____

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Grado/Maestro:

Género: M F Otro Elijo No Divulgar

Los siguientes servicios podrían ser ofrecidos al paciente a base de necesidad. Por favor marque SI o NO para indicar su consentimiento a que estos servicios le sean proporcionados al paciente mencionado anteriormente.

Examen (Revisión de Dientes)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Capa de Fluoruro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Selladores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fluoruro de Plata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antiséptico para los Dientes (Yodo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Restauración Protectora	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Atención dental por telecomunicación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vaselina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

Alergia al Yodo

Otras alergias (por favor enumere): _____

Historial de:

Diabetes

Asma

Uso de Tabaco

Consideraciones de Comportamiento (por favor describa): _____

Otro (por favor describa): _____

Si tiene preguntas o le gustaría más información acerca de los servicios proporcionados, por favor llame al 1-866-268-9631 o vea la hoja informativa adjunta

Su firma indica que se le ha informado de los riesgos y beneficios de tratamiento, sus preguntas han sido respondidas, y que da su consentimiento para el tratamiento indicado arriba.

Como el padre/guardián legal, yo estoy de acuerdo con todas las siguientes declaraciones:

- Yo doy mi consentimiento para los servicios dentales con iniciales/indicados arriba de Advantage Dental Group, PC ("Advantage Dental"), y/o uno de sus representantes.
- Los resultados de los servicios de higiene dental, incluyendo información de salud personal e información de citas, pueden ser compartidos entre Advantage Dental, el proveedor dental (higienista o dentista del paciente), el sitio comunitario, cualquier aseguradora enumerada, el dentista de registro, y cualquier Organización de Atención Coordinada, y/o la Organización de Atención Dental de registro para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Se me ha dado una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" y Notificación de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en ingles).
- Este consentimiento se mantendrá activo por 24 meses al menos que sea revocado por escrito o al llamar a un representante de Advantage Dental.
- Este consentimiento es válido en todo sitio donde Advantage Dental proporciona servicios.
- Si tiene seguro dental a través de una organización de atención coordinada (CCO, por sus siglas en ingles), la higienista le avisara a su plan de los servicios recibidos

Escriba en letra de molde del Padre/Guardián Legal: _____ Relación: _____

Firme Aquí Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

HOJA INFORMATIVA

No todos los pacientes podrían calificar para todos los servicios; el proveedor determinara cuales servicios son clínicamente apropiados basado en las necesidades individuales del paciente.

Evaluación

(Chequeo de dientes)

Un profesional de cuidado dental mirara dentro de la boca para revisar si existen cambios en los dientes que podrían indicar caries u otros problemas de salud oral.

Riesgo(s): Carie u otros problemas podrían existir y empeorar si no son descubiertos.

Alternativa(s): No hacer el chequeo.

Capa de Fluoruro

Una capa delgada temporaria (también llamado barniz) aplicada a los dientes para ayudar a proteger contra caries. La capa es segura aun si es ingerida. Esta no perjudica ni mancha los dientes.

Riesgo(s): Una alergia no es común.

Alternativa(s): Enjuagues bucales de fluoruro diario o semanal, espuma de fluoruro, o gel de fluoruro aplicado en la oficina de su dentista.

Sellador

Un sellador dental es una capa blanca aplicada a las superficies de masticación de los dientes de atrás donde las caries suelen ocurrir más frecuentemente. Los selladores forman una barrera en los dientes que mantiene fuera a la bacteria y previene las caries. Estos no interfieren con el morder o el masticar.

Riesgo(s): Los selladores solo protegen las superficies de masticación. Pueden durar varios años, pero algunas veces necesitan ser reemplazados.

Alternativa(s): Fluoruro de Plata. No selladores. El elegir no utilizar selladores puede incrementar las posibilidades de desarrollar caries en las superficies de masticación de los dientes.



Antes de selladores



Después de selladores

Fluoruro de Plata

El fluoruro con plata se ve como agua. Este es pintado en los dientes con un cepillo pequeño y puede sanar la carie dental precoz. Se aplica rápido, y no duele. Si existen caries en la boca, el fluoruro de plata puede prevenir el que crezca, y algunas veces hasta las sana. Las caries que son detenidas o sanadas con fluoruro de plata se tornaran café oscuro o negras. Los dientes sin caries no cambiaran de color. Si el color se enseña mucho, un profesional dental puede cubrirlo con material para un relleno blanco. Quizá no sean necesarios rellenos para las caries que so detenidas con fluoruro de plata.

Riesgo(s): Si el fluoruro de plata se pone en contacto con la piel causara una pequeña mancha oscura que desaparecerá por sí misma en 1-2 semanas. Si se pone en contacto con rellenos blancos existentes quizá se manchen.

Alternativa(s): No aplicar fluoruro de plata. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental. Utilizar una pasta dental con fluoruro regularmente y obtener aplicación de barniz de fluoruro y selladores en la oficina de su dentista.

Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente con caries



Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente sin caries



Antes

Después

Antiséptico para los dientes (Yodo)

El antiséptico mata la bacteria que causa caries. Cuando es aplicada antes de una capa de fluoruro, previene muchas más caries que la capa de fluoruro por si sola. El yodo es una parte normal de nuestra dieta de comida y es seguro. Este no daña o mancha los dientes.

Riesgo(s): Reacciones alérgicas no son comunes, pero no debería de recibir este tratamiento si es alérgico a los mariscos.

Alternativa(s): No aplicar yodo. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental.

Restauración Protectora

Este es un simple relleno del color del diente aplicado en la carie para proteger el diente hasta que se pueda aplicar un relleno permanente. Aliviar el dolor y ayuda a sanar dentro del diente. No se necesitan inyecciones. No duele.

Riesgo(s): Las restauraciones protectoras podrían parcialmente caerse, pero lo que permanezca seguirá protegiendo el diente.

Alternativa(s): Un relleno o capa regular. Sin cuidado, la carie podría crecer y hacerse dolorosa.

Vaselina

Podría utilizarse vaselina para labios secos y agrietados durante el tratamiento, además de durante la colocación de selladores

RESUMEN DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras responsabilidades: Se nos requiere por ley el asegurar que su información de salud protegida se mantenga privada y seguir las prácticas de privacidad que son descritas en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo. Podemos cambiar nuestras pólizas de privacidad en cualquier momento y dejarle saber a usted. Usted también puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras pólizas de privacidad, comuníquese con nosotros al 1-866-268-9631.

Nuestros usos y divulgaciones: Usamos su información de salud para tratarlo a usted, para administrar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe, para el manejo de nuestra organización y para pagar o facturar por sus servicios de salud. Por ejemplo, podemos usar su información de salud y compartirla con otros proveedores que la/lo estén tratando a usted.

Se nos permite compartir su información de otras maneras. Tales razones son para que podamos ayudar al público, tal como salud e investigación pública. Debemos seguir la ley antes de compartir su información por estas razones. No usaremos ni compartiremos su información mas allá de lo que nos permite la ley; al menos que usted nos diga por escrito que podemos. Si nos dice que si podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Sus derechos: Cuando se trata de su información de salud, usted tiene derechos.

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia de su información de salud;
- Usted puede solicitar que corriamos su información;
- Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales;
- Usted puede solicitar el que limitemos lo que usamos o compartimos;
- Usted puede recibir una lista de con quienes hemos compartido información; y
- Usted nos puede pedir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad complete en cualquier momento.

Sus Opciones: Para cierta información de salud, usted nos puede decir sus opciones acerca de lo que compartamos.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedir que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago por su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes.
- Si usted no nos puede decir lo que quiere que hagamos, por ejemplo si no está consiente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria a la salud o seguridad.

Quejas de privacidad: Si usted está preocupado(a) de que hemos violado sus derechos de privacidad, nuestras pólizas de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su información de salud, puede comunicarse con nosotros al 1-866-268-9631 o TTY 711. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-877-696-6775 o TTY 1-866-788-4089.

Resumen de prácticas de privacidad: Este es un resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede solicitar el Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento.

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355

DIVULGACIÓN DE PÓLIZA ANTIDISCRIMINATORIA

Advantage Dental y su red de proveedores deben tratarlo/a justamente.

Nosotros y nuestros proveedores debemos seguir las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar a las personas injustamente en cualquiera de nuestros servicios o programas debido a su:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Identidad de Género
- Estado Civil
- Origen Nacional
- Raza
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual

Para reportar su preocupación o para recibir más información por favor comuníquese con nuestro Director de Derechos Civiles mediante una de las siguientes maneras:

- Web: www.AdvantageDental.com
- Email: compliance@advantagedental.com
- Phone: 1-866-737-3559
- By Mail: Compliance Officer - CONFIDENTIAL
P.O. Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906

Usted también tiene el derecho de presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud de los EE.UU. y la Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles (OCR por sus siglas en inglés).

Comuníquese con esta oficina mediante una de las siguientes maneras:

- Web: www.hhs.gov/
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
- Por Correo: OCR
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Bldg
Washington, DC 20201

Si le gustaría solicitar esta información en otro lenguaje o un formato alternativo tal como letra grande, disco audio, braille, etc. por favor comuníquese con Servicios al Miembro al 866-468-0022 o TTY 711.

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355

LANGUAGE	TRANSLATED STATEMENT
English	ATTENTION: If you speak [language], you have services available to you free of charge for language assistance. Call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-468-0022 (TTY: 711)。
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-468-0022 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم- 711 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-468-0022).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-468-0022 (ATS : 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-468-0022 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Farsi	وجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-468-0022 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-468-0022 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Amharic	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-468-0022 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።
Thai	टीथन: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ukrainian	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Lao/Loatian	ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄວງຄ່າ, ຄວນນຳມື້ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-468-0022 (TTY: 711)
Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ibo	Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Yoruba	AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-468-0022 (TTY: 711).

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355



Estado de Oregón - Encuesta De Idiomas En Casa

Este documento se da cuando un estudiante entra al distrito escolar por primera vez.

El estado de Oregón respeta todos los idiomas y culturas de nuestros habitantes, y respeta todos los idiomas/ en nuestras escuelas. Fomentamos la revitalización de las lenguas indígenas y el multilingüismo.

Este documento es para entender si su estudiante califica para recibir apoyos adicionales para aprender el idioma inglés.

Nombre de su estudiante: _____ **Grado:** _____ **Fecha:** _____

Nombre de padre, madre, o guardián: _____

Firma de padre, madre, o guardián: _____

Información	Preguntas
<p>La información en esta sección ayudará a la escuela a determinar si su estudiante necesita instrucción adicional en el idioma inglés.</p>	<p>1. ¿Qué idioma(s) se usa principalmente en su casa?</p> <p>_____</p> <p>2. ¿Cuál fue el primer idioma(s) que aprendió su estudiante?</p> <p>_____</p> <p>3. ¿Qué idioma(s) usa con más frecuencia su estudiante en casa?</p> <p>_____</p>
<p>Su respuesta a esta pregunta informará a la escuela si usted necesita un intérprete o documentos traducidos. Esto no tiene costo.</p> <p><i>Esta sección es informativa y no se utiliza para identificar si su estudiante necesita apoyo para aprender el idioma inglés.</i></p>	<p>¿En qué idioma(s) prefiere que la escuela se comunique con usted?</p> <p>_____</p>

Formulario de información de raza y etnia

A partir de 2010, las nuevas regulaciones federales requieren que todas las escuelas de EE. UU. recopilen datos estadísticos sobre la raza y el origen étnico de los estudiantes utilizando nuevas categorías. Para que los datos reflejen mejor las identidades de nuestras comunidades, es importante que los padres y tutores consideren la identidad étnica y racial de sus familias al elegir las categorías adecuadas para sus hijos. Ambas preguntas a continuación deben responderse para completar todos los registros de los estudiantes.

Por favor complete un formulario para cada uno de sus estudiantes, respondiendo las preguntas # 1 y # 2, y devuelva el (los) formulario (s) a la oficina de la escuela. Gracias.

Información del estudiante

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pregunta # 1 (requerida): ETNICIDAD - ¿Es usted hispano o latino? Sí No

Todas las personas de origen latino, hispano o español (descendientes de un país de origen centro o sudamericano, mexicano, cubano, puertorriqueño, dominicano u otro país de origen hispanohablante, independientemente de su raza o idioma original) deben responder "Sí". Todas las personas que respondan "Sí" a esta primera pregunta serán registradas como hispanas / latinas. Continúe con la Pregunta # 2.

Pregunta # 2 (requerida): CARRERA - Marque todas las que correspondan.

Debe marcar al menos una categoría. Aquellos que elijan más de una categoría serán reportados como multirraciales.

➤ **Índio americano o nativo de Alaska:**

U.S. Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de los Estados Unidos continentales o Alaska. **Afiliación tribal, si se conoce:** _____

América Latina y Canadá Una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos indígenas de Canadá, México, América Central, América del Sur o el Caribe.

Asiático Persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio.

Negro o afroamericano Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de los grupos raciales negros de África.

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco Persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

Firma del padre o tutor

Fecha

Si una persona o el padre en nombre del estudiante no completa la pregunta de dos partes, la institución educativa tomará las medidas necesarias para recopilar y documentar la información que permita la denuncia de la persona en una de las categorías de informes federales. El Departamento de Educación de EE. UU. Continuará con su política actual de utilizar la identificación de observador en estos casos.

Distrito Escolar de Pendleton – Acuerdo del Sistema de Comunicaciones Electrónicas

Su estudiante necesita su permiso para usar el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Su estudiante podrá comunicarse con otras escuelas, universidades, organizaciones e individuos de todo el mundo a través de Internet y otros sistemas/redes de información electrónica.

Con esta oportunidad educativa también viene la responsabilidad. El uso inapropiado del sistema puede resultar en medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión de la escuela, la suspensión o revocación del acceso de su estudiante al sistema de comunicaciones electrónicas del distrito y/o la remisión a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Aunque el distrito está comprometido con las prácticas que garantizan la seguridad y el bienestar de los usuarios del sistema, incluido el uso de medidas de protección tecnológicas como el filtrado de Internet, tenga en cuenta que aún puede haber material o comunicaciones en Internet que el personal del distrito, los padres y los estudiantes puede encontrar objetable. Si bien el distrito no alienta ni aprueba el acceso a dicho material, no es posible que eliminemos ese acceso por completo.

Adjunto a esta carta hay un acuerdo para que su estudiante y usted lean y firmen el acuerdo de seguir la política y el reglamento administrativo del sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Se puede acceder a la política del distrito IIBGA - Sistema de comunicaciones electrónicas y la regulación administrativa desde el sitio web del distrito o previa solicitud e incluyen disposiciones sobre, entre otros, el uso de los estudiantes bajo Prohibiciones de uso general y Pautas/Etiqueta y reglas relacionadas con los estudiantes bajo Violaciones y consecuencias .

Por favor, revise la política de comunicaciones electrónicas del distrito y el reglamento administrativo, y la disposición que contiene, detenidamente con su estudiante y devuelva el formulario de acuerdo adjunto a la oficina de la escuela indicando su permiso para que su estudiante use el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito.

Política IIBGA: [Sistema de Comunicaciones Electrónicas](#) [IIGBA-AR](#)

Acuerdo de estudiante para una cuenta del sistema de comunicaciones electrónicas

*El acuerdo de estudiante debe renovarse cada año académico.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Recibí un aviso y leí la política y el reglamento administrativo del Sistema de comunicaciones electrónicas del distrito. Doy mi permiso al distrito para emitir una cuenta para mi estudiante y certifico que la información contenida en este formulario es correcta. Supervisaré el uso del sistema y el acceso a Internet por parte de mi estudiante y aceptaré la responsabilidad de la supervisión en ese sentido siempre y cuando el uso de mi estudiante no sea en un entorno escolar. En contraprestación por el privilegio de usar el sistema de comunicaciones electrónicas del distrito y por tener acceso a las redes públicas, por la presente libero al distrito, a sus operadores y a cualquier institución a la que estén afiliados de todos y cada uno de los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan del uso o la incapacidad de uso mío o de mi estudiante del sistema, incluidos, entre otros, el tipo de daños identificados en la política y el reglamento administrativo del distrito.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Nombre de los padres: (letra de imprenta) _____



107 NW 10th Street
Pendleton, OR 97801
Ph: 541-276-6711
Fax: 541-278-3208
www.pendleton.k12.or.us
Kevin Headings, Superintendent

ENCUENTRO DE NIÑOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

El Distrito Escolar de Pendleton identifica activamente a las personas con discapacidades menores de veintiún (21) años. Para los niños menores de cinco (5) años, la detección, la evaluación, el diagnóstico y la programación están disponibles a través del Distrito de Servicios Educativos de InterMountain (541-276-6616).

El Distrito Escolar de Pendleton brinda evaluación, diagnóstico y programación educativa especializada para niños en edad escolar (de 5 a 21 años). Se brindan los siguientes servicios de educación especial:

1. Educación especial y servicios relacionados apropiados a sus necesidades para estudiantes que son elegibles para servicios bajo las siguientes categorías de discapacidad: Discapacidad de aprendizaje específica, impedimento del habla y lenguaje, retraso en el desarrollo (de 3 a 9 años), sordoceguera, impedimento visual, sordera o problemas de audición, impedimento ortopédico, autismo, otro impedimento de salud, discapacidad de comportamiento emocional, discapacidad intelectual o lesión cerebral traumática.
2. Evaluaciones y planificación para estudiantes elegibles bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

Para mas informacion, contacte:

Julie Smith
Directora de Programas Especiales
Distrito Escolar de Pendleton
107 NW 10th Street
Pendleton, OR 97801
541-966-3262

Blue Mountain Early Learning Hub
Cuestionario de Educación a
Temprana Edad



For Office Use Only:

School District: Pendleton

School: _____

School Year: 2025-2026

En nuestro esfuerzo para copilar información acerca de educación a temprana edad de estudiantes entrando al kinder- garten, pedimos a las familias que contesten estas preguntas.

1. ¿Qué experiencias de aprendizaje tuvo su hijo? Marque todo lo que corresponda.

- Preescuela 2 a 3 días por semana: ____ Años ____ Meses
- Preescuela 4 a 5 días por semana: ____ Años ____ Meses
- Cuidado de niños en un centro o domicilio: ____ Años ____ Meses
- Cuidado de niños por un amigo o familiar: ____ Años ____ Meses
- Programas de visita de la casa: ____ Años ____ Meses
- Preescuela en la casa: ____ Años ____ Meses

2. Si su hijo **no asistió** al preescolar, indique la razón. Marque todo lo que corresponda.

- Transporte
- Costo
- No programa in mi comunidad
- Preescuela opciones no satisfacían mis estándares
- Prefiero tener a mi hijo en casa
- Las horas de operación no satisfacían mis necesidades
- En una lista de espera
- Otro: _____

3. ¿Ha recibido usted/y o su hijo cualquiera de los siguientes servicios?

- WIC (Mujeres, Infantes, Niños)
- Programas de visitas domiciliarias - Prenatal hasta los 5 años. (Familias Saludables, Familias Primeras, CaCoon)
- EI/ECSE (Ed. Especial para Niñez a temprana edad de IMESD)
- Casa de cuna-Descanso
- SNAP/ Cupones de alimentos /TANF

4. Cree que su hijo está socialmente preparado para la escuela (puede compartir, esperar su turno, seguir instrucciones)?

- Esta muy listo Esta algo listo No esta listo No sé

Si tiene niños más pequeños en casa, puede encontrar información sobre las opciones de aprendizaje temprano en:

www.BlueMountainKids.org

Thank you for your input!