

# Howard Gardner Community Charter School



647 E St. Chula Vista, CA 91910  
(619)934-0300 [www.hgcschool.org](http://www.hgcschool.org)

---

5 de marzo del 2018

Estimados Padres/Guardianes:

Re: Nuevos Requisitos de Inmunización

A partir del 1° de enero, 2016 una nueva ley de California (Ley Estatal del Senado 277) tomará efecto referente a "creencias personales" y el ser exento de ser vacunado. La mayoría de las familias no serán afectadas por esta nueva ley porque sus hijos han recibido todas las vacunas requeridas. Para aquellos estudiantes que por razones personales están exentos de acuerdo a nuestros archivos, estas exenciones se mantendrán válidas hasta que el estudiante pase al siguiente grado de acuerdo a su rango. Los lapsos de grados son definidos de acuerdo a la fecha de nacimiento a preescolar, kindergarten transicional a 6° grado, y de 7° grado a 12° grado. Por lo tanto, a los padres/guardianes de estudiantes que están entrando al Kindergarten Transicional o al 7° grado se les pedirá los requisitos de vacunas.

Para más información acerca de los nuevos requisitos de vacunación, por favor vea las Frecuentes Preguntas al: <http://www.shotsforschool.org/laws/sb277faq/> o visiten la página del Departamento de California de Salud Pública al: [www.shotsforschool.org](http://www.shotsforschool.org).

Apreciamos su continuo apoyo.

Atentamente,

**Laura Guido-Rico**  
**Registrar/Attendance Clerk**  
**Howard Gardner Community Charter School**  
**647 E Street \* Chula Vista, CA \* 91910**  
**619-934-0300**  
[lguido-rico@hgcschool.org](mailto:lguido-rico@hgcschool.org)

# Requisito Médico Para Registro

## Pruebas de vacunas

- Forma del Examen de Salud llenada por un Doctor (Grados TK-1° SOLAMENTE)
- Formulario de evaluación de Salud Dental llenada por un Dentista (Grados TK-1° SOLAMENTE)

### ESTUDIANTES ENTRANDO de TK A 6° Grado

- **DPT series** (Diphtheria, Tetanus, Pertussis): A minimum of four (4) doses is required, provided one dose is given on or after the 4<sup>th</sup> birthday.
- **Polio series**: A minimum of three (3) doses is required provided one dose is given on or after the 4<sup>th</sup> birthday.
- **MMR series** (Measles, Mumps, Rubella): Two (2) doses of Measles, One (1) dose of Mumps and Rubella.
- **Hepatitis B series**: Three (3) doses appropriately spaced.
- **Varicella** (Chicken Pox): One (1) dose
- **TB TESTING**: Required for foreign-born students from select countries. See TB regulations explained below.

### ESTUDIANTES ENTRANDO de 7° a 8° Grado

Necesitan todo lo explicado arriba MÁS: Tdap Booster

## Requisitos de Registro de Inscripción

**Prueba de Edad:** Tienen que presentar el **certificado de nacimiento** o pasaporte cuando registren al estudiante.

- **Estudiantes registrándose para Kínder tienen que haber cumplido cinco años para el 1° de septiembre del 2018**
- **Estudiantes registrándose para Kínder Transicional tiene que cumplir cinco años entre el 2 de septiembre y el 2 de diciembre del 2018.**

**Se requieren registros de vacunas al registrar a su hijo(a) para la escuela.**

**Prueba de Residencia:** Todas las personas que vayan a inscribir a los estudiantes tendrán que traer prueba de residencia, una prueba de (A). Prueba de la residencia de uno requiere la presentación de lo siguiente:

A. **Uno** de los documentos siguientes:

1. **Dueño de casa** — Título de hipoteca
2. **Rentando** — Contrato de renta; si no tienen un contrato de renta, una declaración firmada por el dueño en papel de membrete.
3. **Familias e hijos viviendo con otras personas** — Certificado de residencia firmada (Affidavit) completada por los dueños y padres o tutores y un recibo al nombre de la persona con quien vive.
4. Un Bill reciente;
5. Un Bill de cable o internet reciente;
6. Correo oficial (del gobierno: IRS, Administración de Seguro Social);

### **Estudiantes Fuera del Distrito Escolar de Chula Vista**

Estudiantes que vienen fuera del distrito de Chula Vista necesitaran presentar una copia de las calificaciones más recientes y resultados del examen CELDT (si le aplica al estudiante).

# Lista de Documentos

Para registrar grados de TK-8°

Tienen **QUE** traer los documentos siguientes del 1-5 para Registración. Su hijo(a) **NO será registrado** sin lo siguiente.

1

Llene el formulario de registro

2

**Certificado de Nacimiento** de su hijo(a) o su pasaporte.

3

Forma de prueba de **Residencia**

4

**Prueba de Vacunas**

5

Forma de Examen de Salud y Formulario de Evaluación de salud Oral. **PARA GRADOS TK-1° SOLAMENTE.**

---

**Por favor de traer los documentos siguientes:**

6

Información de **Emergencia y Salud**

7

Encuesta del **Idioma del Hogar**

8

Historial de Programas y **Servicios Educativos Especiales Previos**

---

**SOLAMENTE estudiantes que vienen de escuelas fuera del Distrito de Chula Vista**

9

Copia de las **calificaciones más recientes** y resultados del examen CELDT (si le aplica al estudiante)

---

## Noche de Información Para Nuevas Familias

**Horario: 5:00pm – 6:00pm**

**11 de abril**

Noche de Información para nuevas familias. Se llevará a cabo en 647 E Street, Chula Vista, CA 91910 a las 5:00PM

**Noten:** Pueden visitar la escuela (Opcional) los lunes a las 10:00am o los miercoles a las 2:00pm. las siguientes fechas:

- 5 de marzo, 7 de marzo, 12 de marzo y 14 de marzo
- 2 de abril, 4 de abril, 9 de abril 11 de abril,
- 16 de abril, 18 de abril, 23 de abril y 25 de abril



Howard Gardner Community Charter School

## Paquete de Registración 2018 – 2019

Puede completar el paquete de registro imprimiendo una copia del paquete y llenándolo a mano. Solo necesita una copia del material de apoyo y otros formularios.

Entregue la copia del formulario de solicitud completado, firmado donde sea necesario, Por favor de traer la aplicación, a 647 E Street, Chula Vista CA. 91910. NO se pueden enviar por correo o por correo electrónico, pero se deben traer con todos los documentos de respaldo necesarios (solo se necesita una copia de cada uno) especificados en el paquete.

La aplicación incluye lo siguiente:

- Noche de Información Para Nuevas Familias.....
- Requisitos de registración.....
- Forma de registración.....
- Información de Emergencia y Salud.....
- Verificación de residencia.....
- Encuesta del Idioma del Hogar.....
- Historial de Programas y Servicios Educativos Especiales Previos.....
- Examen de salud (**Grados TK a 1° SOLAMENTE**).....
- Formulario de evaluación de Salud Dental (**Grados TK a 1° SOLAMENTE**).....

### ***Otras Materias***

Opciones de Cobertura de Salud





# Registración de Howard Gardner Community Charter

Año Escolar: 2018-19

Grado: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** esta solicitud de registro no se puede procesar hasta que el padre / tutor se haya reunido con el registrador u otro miembro del personal de la oficina principal para verificar los documentos de residencia **ORIGINALES**, el certificado de nacimiento / pasaporte y los registros de vacunación. Debe traer una copia de esta solicitud completa cuando registre a su hijo a hijos.

como se informó de HGCS? \_\_\_\_\_

<b>Información del estudiante:</b> es estudiante hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Por favor circule raza a continuación</b>						
Blanco	Hispano	Negro / afroamericano	Indio Americano / Nativo de Alaska	Asiático	Hawaiano	Guamanian	Islas del Pacífico	Felipino
Apellido		Nombre		SN	Elegible para lonche	Gratis	Reducido	
Domicilio		Código Postal		Sexo		F	M	
Correo Electrónico		Fecha de nacimiento (mm/dd/yy)		Ciudad de Nacimiento		Estado de Nacimiento		
<b>Ultima escuela que asistió</b>		<b>Domicilio de la Escuela</b>		<b>Ultimo Grado</b>				
Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Salud:		Asma	EPI Pen	Alergias	Otro: _____	
Estudiante vive con:		Padres	Mama	Papa	Abuelo(s)	Guardián legal	Otro: _____	
Padre		Guardián (seleccione una)						
Nombre		Correo Electrónico						
Domicilio (si es diferente del estudiante)		Teléfono de Casa			Teléfono del Trabajo			
Guardián Legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Mayor nivel de educación?		Celular				
Madre		Guardián (seleccione una)						
Nombre		Correo Electrónico						
Domicilio (si es diferente del estudiante)		Teléfono de Casa			Teléfono del Trabajo			
Guardián Legal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Mayor nivel de educación?		Celular				
Persona de notificar en caso de emergencia aparte de padres								
Nombre				Teléfono				
Niños en el hogar		Sexo	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado			
Nombre, Apellido								
Grado Entrante:		Indique Programa Especial: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> SARB <input type="checkbox"/> ELL			Idioma Nativa:			
Fecha/Grado de Inscripción por primera vez en los Estados Unidos:		Fecha/Grado de Inscripción por primera vez en este estado:						
Certifico que toda la Información en esta solicitud es verdadera y entiendo que las autoridades escolares pueden verificar la información.								
Firma de Padre/Guardián: _____				Date: _____				

<b>FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY</b>		ELL	IEP	504	If yes to IEP/504, do we have a copy on file? Yes No	
Residency Verification		IEP reviewed and approved by RSP and/or Director? Yes No				
		Immunizations on file? Yes No	Emergency Health Info.? Yes No			
DOB Verification		Birth Certificate	Other			
<b>Administrative Official Signature:</b> _____				<b>Date:</b> _____		
Comments						

# INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y SALUD

Apellido legal del alumno	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado	Maestro
Domicilio		Código postal	Teléfono en el hogar	
Nombre de la madre	Domicilio de la madre	Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo	
Nombre del padre	Domicilio del padre	Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo	

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:** Favor de proporcionar nombre, domicilio y número de teléfono de tres adultos que no sean los padres, quienes puedan recoger al niño si los padres no están disponibles, de preferencia que vivan en la zona, con teléfono y auto. Sólo se entregará el estudiante a los padres o tutores o los adultos anotadas en seguida.

1.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono
2.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono
3.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono

**INFORMACIÓN DEL PLAN EN CASO DE DESASTRE**  
 En caso de un desastre (terremoto, incendio, inundación, amenaza de bomba, etc.) sólo se entregará el niño a los anotados arriba.

Doctor del niño: \_\_\_\_\_  
Nombre Domicilio Teléfono

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
(HMO – MediCal – Privada – Ninguna)

## INFORMACIÓN DE SALUD

¿Usa su niño anteojos o lentes de contacto?  Sí  No Si contestó sí, son para ver sólo de  cerca  lejos  ambos

¿Sufre su niño pérdida del oído?  Sí  No Si contestó sí, ¿En cuál? Sólo  izq.  der.  ambos

¿Usa aparato auditivo?  Sí  No

¿Sufre el niño de alergias que lo pongan en peligro de muerte?  Sí  No Si contestó sí:  
 ¿De qué clase? Insectos (tipo) \_\_\_\_\_ Alimentos (tipo) \_\_\_\_\_ De otra clase \_\_\_\_\_  
 Debido a este peligro, ¿Requiere una ampollita inyectable del medicamento (EpiPen) que usted proporcionará?  Sí  No

¿Ha padecido de asma su hijo en el último año?  
 Medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_  
 ¿Necesita su niño un inhalador en la escuela?  Sí  No

¿Padece su hijo **actualmente** de alguno de los siguientes males? (favor de marcar  la respuesta que corresponda)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Infecciones del oído frecuentes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene limitaciones físicas? Si contestó sí, describa: _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido alguna operación? Si contestó sí, describa: _____	

Anote todos los medicamentos que su hijo toma regularmente: \_\_\_\_\_

¿Hay algún medicamento que necesite tomar en la escuela?  Sí  No Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Describe cualquier información de salud que pueda afectar a su hijo en la escuela \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL Y LA COMUNICACIÓN

¿En qué idioma prefiere recibir la información de la escuela?	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Inglés
¿Autoriza al Distrito para que envíe a su dirección electrónica información de emergencia y avisos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede dar el Distrito su número de teléfono a la PTA o al club de padres?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene su niño actualmente un Plan 504 o un Plan Individualizado de Educación (IEP)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Autoriza a que se dé el nombre y la foto de su niño a la prensa o para publicaciones del Distrito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**HE EXAMINADO Y PUESTO AL DÍA LA INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DE SALUD.**

Firma del padre o tutor _____	Nombre con letra de molde _____	Fecha _____
-------------------------------	---------------------------------	-------------

FAVOR DE LLAMAR AL ENFERMERO O LA ENFERMERA ESCOLAR SI SU NIÑO TIENE UN PROBLEMA DE SALUD

reset form



## ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Edad del estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel de grado escolar: \_\_\_\_\_

---

### Instrucciones para el padre o tutor:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que obligan a las escuelas evaluar el dominio del idioma inglés de los estudiantes. El proceso inicia determinando el idioma o los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta del idioma del hogar ayudarán a determinar si se debe evaluar el dominio del inglés del alumno. Tal información es esencial para que la escuela proporcione programas y servicios de enseñanza adecuados.

Se solicita su cooperación como padre o tutor para cumplir con dichos requisitos. Responda a cada una de las cuatro siguientes preguntas con la mayor exactitud posible. Para cada pregunta, escriba el nombre del idioma/de los idiomas correspondientes en el espacio provisto. Por favor, conteste todas las preguntas. Si comete un error al llenar la encuesta del idioma del hogar, puede pedir la corrección antes de que se evalúe la aptitud de su hijo en el idioma inglés.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma usa usted (padre o tutor) con más frecuencia cuando habla con su hijo?

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué idioma es el más hablado por los adultos en el hogar?  
(padres, tutores, abuelos u otros adultos)

\_\_\_\_\_

Firme y feche este documento en el espacio provisto abajo. Gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**HISTORIAL DE PROGRAMAS ESCOLARES  
Y SERVICIOS ESPECIALES**

Nombre del alumno:	ID#:	Grado:
Escuela:		Maestro:
Relación con el alumno: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro (Indicar) _____		

¿Tiene su niño un *IEP* vigente?     Sí     NO  
Si contestó sí, favor de proporcionar a la escuela una copia del *IEP*.

Programa de Educación Especial

**Favor de marcar ( ✓ ) todas las categorías que correspondan o en la 7 si ninguna corresponde.**

- 1) Terapia del habla y de lenguaje
- 2) Programa de recursos especializado (*RSP, Resource Specialist Program*)
- 3) Salón de Educación Especial de todo el día (*Special Day Class*)

Otros programas de instrucción

- 4) Programa de ayuda con lectura
- 5) Educación de Sobredotados y Talentosos (*GATE*)
- 6) Otro programa de ayuda académica:

---

---

---

- 7) Ninguno de los mencionados

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Howard Gardner Community Charter VERIFICATION OF RESIDENCY

In accordance with Title 5, California Code of Regulations section 432(F)(2), California school districts **must** verify student residency **annually**.

In order to verify residency within the Chula Vista Elementary School District, **one current document** from the following list must be provided. Said document must show parent/guardian/caregiver name and address, and **must be dated within 60 days prior to your child's first day of school**. Past due bills are not acceptable for verification. Post Office box numbers are not acceptable as residence addresses.

School Year \_\_\_\_\_  
Child's last name \_\_\_\_\_  
Child's first name \_\_\_\_\_  
Teacher \_\_\_\_\_  
Room # \_\_\_\_\_  
Grade \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_ Mortgage book or statement      \_\_\_\_ Property Tax payment receipt

\_\_\_\_ Homeowner's association billing statement

\_\_\_\_ Rental property contract, lease, or current payment receipt

\_\_\_\_ Letter on apartment complex or mobile home park letterhead, signed by the landlord, stating that parent/guardian/caregiver lives there

\_\_\_\_ Gas & Electric      Water Bill      Sewer Bill      Trash Bill      Cable Bill

\_\_\_\_ Telephone Bill (land line)      Pay stub      Voter registration

\_\_\_\_ Correspondence from a government agency

I, \_\_\_\_\_ the parent/guardian/caregiver/other\*  
(Print name)

of \_\_\_\_\_ declare under penalty of perjury that the above-  
(Print student's name)

named student and his/her family reside at the address shown on the document indicated above and attached. I understand that **if residency changes, I must notify the school within two weeks, provide new proof of residency and sign an updated form**. If I move outside the school district, an Interdistrict Attendance Permit must be filed in order to request continued attendance for this student.

**Warning: Falsification of any information or document required for residency verification or the use of the address of another person without actually residing there may result in revocation of student enrollment.**

Parent/Guardian/Caregiver/Other\*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*"other" indicates persons living with another family, which requires a second verification form

**FOR SCHOOL USE ONLY:**

The attached document shows the name and address of the person enrolling the above-named student. If not the parent, court papers are required for guardianship, foster placement documentation for foster parent, caregiver affidavit for caregiver.

School Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Print name and provide signature)