



Delano Union School District

1405 12th Avenue, Delano, CA 93215
Phone#: (661) 487-1127 Fax#: (661) 720-2830

www.duesd.org

2025-2026 Requirements to Register New Students

Registration for Transitional Kindergarten (TK) through 8th grade for the 2025-2026 school year: Students enrolling for **Kindergarten must be five years of age by September 1, 2025** (EC4800a); students with birthdates between **September 2, 2020 and September 1, 2021 are eligible to enroll in Transitional Kindergarten (TK).**

Please bring the following documentation to register:

1. **Proof of Age:**

☐ Certified copy of birth record, Statement by Local Registrar/County Recorder certifying the date of birth, Baptism certificate duly attested, Passport, Affidavit of the parent, guardian, or custodian of the minor, Other appropriate means of proving the age of the child.

2. **Proof of Residency:**

☐ Reasonable evidence of residency for a pupil living with his/her parent, or legal guardian shall be established by documentation showing the name and address of the parent or legal guardian within the school district boundary, including, but not limited to, any of the following documentation:

☐ Property tax payment receipts; Rental property contract, lease, payment receipts; Utility service contract, statements, or payment receipts; Pay stubs; Voter registration; Correspondence from a government agency; Declaration of residency executed by the parent or legal guardian of the pupil.

3. **Valid Parent Identification:**

☐ Driver's License or Identification Card.

4. **Verification of Immunizations:**

☐ Bring the immunization record at the time of enrollment. Your child must have all vaccinations needed. The following immunizations are required for school entry:

☐ 5-DTap, ☐ 4-Polio, ☐ 3-Hepatitis, ☐ 2-MMR, ☐ 2-Varicella.

☐ Tdap and Varicella are required for students enrolling in the 7th or 8th grade.

5. ☐ **Physical Examination (CHDP) (see attached form):**

6. ☐ **Tuberculosis Skin test:**

Health Examination for School Entry AND TB Skin Test with results and or current TB risk assessment form are **both** required for students enrolling in Transitional Kindergarten or Kindergarten and for students who have been outside of the state of California for more than 6 months. **The physical and TB must be stamped and signed by the doctor's office (and dated on or after 3/1/2025).**

7. **Oral Health Assessment (see attached form):**

☐ Only for Transitional Kindergarten and Kindergarten.

☐ **STUDENT REGISTRATION IS NOT COMPLETE UNTIL ALL DOCUMENTS ARE RECEIVED BY SRC PERSONNEL**

**STUDENT RECEPTION CENTER IS LOCATED AT 1300 NORWALK STREET, DELANO, CA 93215
OFFICE HOURS: MONDAY TO FRIDAY 7:30 A.M. TO 4:00 P.M.**

2025-2026 Requisitos para Registrar Nuevos Estudiantes

Inscripciones de Kinder Transicional (TK) hasta octavo grado para el año escolar 2025-2026: Los estudiantes que se inscriban en **Kinder deben tener cinco años de edad antes del 1 de septiembre de 2025** (EC4800a); los estudiantes con fechas de nacimiento entre el **2 de septiembre de 2020 y el 1 de septiembre de 2021 son elegibles para inscribirse en Kinder Transicional (TK).**

Favor de traer la siguiente documentación para registrarse:

1. Comprobante de edad:

☐ Copia certificada del registro de nacimiento, declaración del registrador local/registrador del condado que certifique la fecha de nacimiento, certificado de bautismo debidamente atestiguado, pasaporte, declaración jurada por el padre, tutor o custodio del menor, otros medios apropiados de prueba de la edad del niño.

2. Comprobante de domicilio actual:

☐ Evidencia razonable de residencia para un alumno que vive con sus padres o tutor legal se establecerá mediante documentación que muestre el nombre y la dirección del padre o tutor legal dentro del perímetro del distrito escolar, incluyendo, pero no limitado a, cualquiera de la siguiente documentación:

☐ Recibos de pago de impuestos sobre la propiedad; Contrato de alquiler de propiedad, arrendamiento, o recibos de pago; Contrato, estado de cuenta o recibos de pago de servicios públicos; Talones de pago; Registro de votantes; Correspondencia de una agencia gubernamental; Declaración de residencia ejecutada por el padre o tutor legal del alumno.

3. Identificación válida de los padres:

☐ Licencia de conducir o tarjeta de identificación o matrícula.

4. Verificación de vacunas:

☐ Traiga el registro de vacunas al momento de la inscripción. Se requieren las siguientes vacunas para ingresar a la escuela:

☐ 5-DTap, ☐ 4-Polio, ☐ 3-Hepatitis, ☐ 2-MMR, ☐ 2-Varicella

☐ Se requiere Tdap y Varicella para los estudiantes que se inscriban en el séptimo u octavo grado.

5. ☐ Examen físico (CHDP) (ver formulario adjunto):

6. ☐ Prueba cutánea de Tuberculosis:

Se requiere un examen de salud y una prueba cutánea de tuberculosis con los resultados o un formulario de evaluación de riesgo de tuberculosis para los estudiantes que se inscriben en Kinder o Kinder Transicional y estudiantes que han estado fuera del estado de California durante más de 6 meses. **El examen físico y la prueba de tuberculosis debe estar sellado y firmado por la oficina del doctor (y tener fecha de 3/1/2025 o posterior).**

7. Evaluación Dental (ver formulario adjunto):

☐ Solo para estudiantes en Kinder y Kinder Transicional.

☐ **LA INSCRIPCIÓN NO ESTÁ COMPLETA HASTA QUE EL PERSONAL DE SRC RECIBA TODOS LOS DOCUMENTOS**

**EL CENTRO DE RECEPCIÓN DE ESTUDIANTES ESTÁ UBICADO EN 1300 NORWALK STREET, DELANO, CA 93215
HORARIO DE OFICINA: LUNE A VIERNES DE 7:30 A.M. TO 4:00 P.M.**

Delano Union School District/Distrito Escolar de Delano

2025-2026

Registration Form/Forma de Inscripción

OFFICE USE ONLY/SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

Date	Year	Grid Code	Grade	File #	Stu ID	☐ New ☐ Returning	☐ FY ☐ MV	☐ 504 ☐ IEP
------	------	-----------	-------	--------	--------	--	--	--

Student's Legal Last Name/ Apellido Legal del Estudiante	First Name/ Primer Nombre	Middle Name/ Segundo Nombre
---	------------------------------	--------------------------------

Gender/ Género	☐ Male/Masculina ☐ Female/Femenino ☐ Identifies As/Identifica Como:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____/____/____
-------------------	--	---

Birthplace/Lugar de Nacimiento:	BC/AF	Passport	Other: _____
---------------------------------	-------	----------	--------------

City/ Ciudad:	State/Zip Code Estado/Código Postal:	Country/ País:
------------------	---	-------------------

Student lives with/ El estudiante vive con

☐ Both Parents/ Ambos Padres	☐ Mother/Madre ☐ Father/Padre	☐ Guardian/ Guardián	☐ Two Households/ Dos Hogares	☐ Other Relation/Otro Relación: _____
--	--	--	---	---

If one or both parents are not in the home, is there a restraining order or court document against the non-custodial parent(s)? / Si uno o ambos padres no están en el hogar, ¿existe una orden de restricción o un documento judicial contra el padre o los padres que no tienen la custodia?	☐ Yes/si ☐ No
--	--

Non-Custodial Parent(s)/ Padre(s) sin Custodia:	☐ Restraining Order/ Orden de restricción ☐ Notarized Letter/ Carta notariada ☐ Caregiver Affidavit/ Declaración jurada del cuidador	☐ Court Order/ Mandato judicial ☐ HEP Passport/ Pasaporte (HEP)
--	---	--

School Entry Information (for enrollment purposes only): Sibling/Hermano:

US Entry Date _____ US School Entry Date _____	Name/Nombre: _____
CA School Entry Date _____ HLS Req/Sent _____	DOB/FDN: _____ SC/ESC: _____

Parent/Guardian – Padre/Tutor	
Legal Name/ Nombre Legal	
Relationship to Child/ Relación al Estudiante	
Street Address/ Domicilio	
City/ Ciudad	Zip/ Código Postal
Home #/ # Hogar	Birthplace/ Lugar de Nacimiento:
Work #/ # Trabajo	Occupation/ Ocupación
Cell #/ # Celular	Email/ Correo Electrónico
MUST CHECK ONE/DEBE DE MARCAR UNO: Parent Education Level/Nivel de Educación del Padre: ☐ Not a high school graduate/No es graduado de la secundaria ☐ High school graduate/Graduado de la secundaria ☐ Some College/Algo de Colegio ☐ University Graduate/Graduado Universitario ☐ Graduate school or Postgraduate Training/Escuela de posgrado ☐ Decline to state or unknown/se niega a declarar o desconocido	

Parent/Guardian – Padre/Tutor	
Legal Name/ Nombre Legal	
Relationship to Child/ Relación al Estudiante	
Street Address/ Domicilio	
City/ Ciudad	Zip/ Código Postal
Home #/ # Hogar	Birthplace/ Lugar de Nacimiento:
Work #/ # Trabajo	Occupation/ Ocupación
Cell #/ # Celular	Email/ Correo Electrónico
MUST CHECK ONE/DEBE DE MARCAR UNO: Parent Education Level/Nivel de Educación del Padre: ☐ Not a high school graduate/No es graduado de la secundaria ☐ High school graduate/Graduado de la secundaria ☐ Some College/Algo de Colegio ☐ University Graduate/Graduado Universitario ☐ Graduate school or Postgraduate Training/Escuela de posgrado ☐ Decline to state or unknown/se niega a declarar o desconocido	

Delano Union School District/Distrito Escolar de Delano

2025-2026

Registration Form/Forma de Inscripción

Student Name: _____ Grade: _____ ID# _____

Preferred language for school correspondence/ Idioma preferido para la correspondencia escolar?

☐

English/Inglés

☐

Spanish/Español

☐

Other/Otro

Has your child ever been enrolled in a California public or charter school?

☐ Yes/si

¿Ha estado su hijo alguna vez inscrito en una escuela pública o chárter de California?

☐ No

Last school attended & contact information-Última escuela que asistió e información de contacto:

Grade/Grado: _____

Primary Residential Category/Residencia Principal del Estudiante:

☐ Permanent Housing/Vivienda Permanente

☐ Hotels, Motels, Temporary Shelter/Hoteles, Motel, Refugio Temporal

☐ Temporarily Doubled-Up/Viviendo temporalmente con otra familia

☐ Foster Family Home or Kinship Placement/Hogar con familia de recursos o colocación con parientes

Previous Educational Placement (check all that apply)/ Colocación educativa anterior (marque todas las que correspondan):

☐

Individual Education Plan (IEP) Plan de Educación Individual (IEP)

☐

Hearing Impairment/Discapacidad Auditiva

☐

Speech Language/Habla or Lenguaje

☐

Dual Immersion Program/Programa de Inmersión Dual

☐

Emotionally Disturbed/Emocionalmente Perturbado

☐

Gifted and Talented Education (GATE)/Educación para Dotados y Talentosos (GATE)

☐

Adaptive PE/Educación Física Adaptativa

☐

Under Expulsion/Bajo Expulsión?

☐

504 Plan/Plan 504

☐

Was child retained? El niño fue retenido Grade/Grado: _____

☐

Visual Impairment/Discapacidad Visual

☐

Please Answer both Part A and Part B/ Favor de Responder a la Parte A y la Parte B

Part A, Ethnicity/Parte A, Origen Étnico

Is this student Hispanic or Latino? Meaning a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

☐ Yes/si

¿Este estudiante es Hispano o Latino? Es decir, una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano o Centroamericano u otra cultura u origen Español, independientemente de su raza.

☐ No

Part B, Race/Parte B, Raza

Mark one or more boxes to indicate what you consider your child's race to be. Marque uno o más casillas para indicar cuál considera que es la raza de su hijo.

☐

Black or African American/Negro o Africano Americano

☐

Asian Indian/Indio Asiático

☐

Hawaiian/Hawaiano

☐

American Indian or Alaskan Native/Indio Americano o Nativo de Alaska

☐

Laotian/Laosiano

☐

Guamanian/Guameño

☐

White/Blanco

☐

Cambodian/Camboyano

☐

Samoan/Samoano

☐

Japanese/Japonés

☐

Filipino

☐

Tahitian/Tahitiano

☐

Other Pacific Islander/Otro Isleño del pacifico

☐

Hmong

☐

Korean/Coreano

☐

Vietnamese/Vietnamita

☐

Other Asian/Otro Asiático

☐

Chinese/Chino

Delano Union School District/Distrito Escolar de Delano**2025-2026**

Registration Form/Forma de Inscripción

Student Name: _____ Grade: _____ ID# _____

Any health, physical or medical problems?
¿Algún problema de salud, físico o médico?☐ Yes/si
☐ No

Specify/ Especificar:

Any allergies to food, medications, or other?
¿Alguna alergia a comida, medicamentos u otros?☐ Yes/si
☐ No

Specify/ Especificar:

Medications/Medicamentos

Health Insurance Coverage/Cobertura de Seguro Medico

Health Plan or Insurance Company/Plan de salud o compañía de seguros:

☐ Mcal ☐ Healthy Families ☐ No Insurance ☐ Private Insurance Carrier: _____**Please list Two emergency contacts/Enumere dos contactos de emergencia**

Name/Nombre:

Relationship/Relación:

Phone #/Teléfono:

I declare under penalty of perjury under the laws of the state of California, that the information I have given is true and that my supporting documents are correct.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que la información que he proporcionado es verdadera y que mis documentos de respaldo son correctos.

Parent/Guardian Signature/Firma de Padre/Guardián

Date/Fecha

Notes:

OFFICE USE ONLY/SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Registered by:

Registration Date:

Birth Certificate

Proof of Address

Notarized Letter

Medical Issue Email

Immunizations

Note

Caregiver Affidavit

Food/Medication Email

TB Test

Parent ID

Interdistrict Agreement

Special Ed. Email

Physical

Custody Documents

Waiting List

Transportation Email

Dental

Restraining Order

Dual Immersion

Intentionally left blank

HEALTH REQUIREMENTS FOR KINDERGARTEN/FIRST GRADE SCHOOL ENTRY

Children beginning school for the first time must show proof that they have received a health examination and immunizations, before they can attend school.

Each school will ask that the attached, ‘**REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY**’ be brought to school, completed and signed by a doctor.

THE HEALTH EXAMINATION:

Must be obtained no earlier than six months before entering kindergarten or eighteen months before entering first grade.

MUST INCLUDE the following services:

- health and development history
- complete physical history
- examination of teeth and gums
- vision screen
- hearing screening
- blood screening test for anemia and lead
- tuberculosis risk assessment

THE IMMUNIZATIONS:

Must include immunizations against measles, mumps and rubella, given four days before or after the first birthday; against diphtheria, tetanus and whooping cough (DPT/DTaP/DT/Td); against polio (IPV); against Hepatitis B (HepB), and against chickenpox (varicella) or health care provider documented varicella disease.

Students entering the 7th grade are required to have a pertussis-containing vaccine (Tdap). For more information, visit the “Shots for School” website at www.shotsforschools.org

ORAL HEALTH ASSESSMENT:

Must be completed by a licensed dental professional.

HOW AND WHERE TO GET SERVICES:

If your child is on Medi-Cal or your family income is lower than 266% of the Federal Poverty Level, your child may be eligible for a **FREE EXAMINATION AND IMMUNIZATIONS**.

The child must go to one of the CHDP PROGRAM CERTIFIED PHYSICIANS OR CLINICS to get a free exam. If you have Medi-Cal, call your Primary Care Physician for an appointment.

If your child is not eligible for a free examination, call your family doctor, pediatrician or USUAL SOURCE OF MEDICAL CARE.

If your child is not eligible for a free examination, but still needs more immunizations and you cannot afford them, call the KERN COUNTY PUBLIC HEALTH SERVICES DEPARTMENT at (661) 321-3000 to ask about immunization clinics.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT SCHOOL ENTRY REQUIREMENTS:

Call your school district office for more information about your district’s requirements. Call the Health Department, CHDP Program if you need more information about health examinations or are unable to obtain an examination for your child: (661) 321-3000 or toll free (877) 818-4787.

REQUISITOS DE SALUD PARA LA ENTRADA A LA ESCUELA DEL KINDER/PRIMER GRADO

Los niños(a)s que empiezan el kinder por primera vez, deben mostrar comprobante de haber recibido un examen de salud y vacunas, antes de asistir a la escuela.

Cada escuela pedirá que lleven la forma adjunta “**REPORTE DE UN EXÁMEN DE SALUD PARA ENTRAR A LA ESCUELA**” completa, y firmada por un médico.

EL EXÁMEN DE SALUD:

Debe ser obtenido no más de seis meses antes de entrar al kinder (infantil) o dieciocho meses antes de empezar el primer grado.

Deben de incluir los siguientes servicios:

- historial de salud y desarrollo
- examen físico completo
- examen dental y de las encías
- examen de vista
- examen de audición
- prueba de detección de sangre para anemia y plomo
- evaluación del riesgo de la tuberculosis

LAS VACUNAS:

Deben de incluir vacunas contra sarampión, paperas y rubiola, haber sido dado cuarto días antes de su primer cumpleaños o cuatro días después de su primer cumpleaños o contra la difteria, tétano, tos ferina (DTP/DYaP/DT/Td); contra polio, (PV; contra Hepatitis B (Hep B), contra la varicela o enfermedad de varicela documentada por un proveedor de servicios de salud. **Los estudiantes que van a entrar el séptimo grado requieren haber recibido la vacuna contra la tos ferina (Tdap).** Para más información (vea la hoja adjunta), visite “Shots for School” al sitio web www.shotsforschools.org.

EVALUACIÓN DE LA SALUD ORAL:

Debe ser completado por un profesional dental con licencia.

COMO Y DONDE OBTENER SERVICIOS:

Si su niño(a) está recibiendo Medi-Cal o si los ingresos de su familia son menos de 266% del nivel de Pobreza Federal, su niño (a) puede ser elegible para un **EXÁMEN Y VACUNAS GRATIS.**

El niño(a) debe ir con **MEDICOS CERTIFICADOS O CLINICAS REGISTRADOS CON EL PROGRAMA CHDP** para obtener un examen gratuito. Si tiene Medi-Cal, llame a su Médico Primario de Cuidado de su familia para una cita.

Si su niño(a) no es elegible para un examen gratis llame a su médico familiar, pediatra, o su fuente de atención médico.

Si su niño(a) no es elegible para un examen gratis pero todavía necesita más vacunas y no puede pagar los gastos, llame a cualquier número del **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PUBLICOS DEL CONDADO DE KERN** al 321-3000 y pregunte por las clínicas de vacunas.

SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS REQUISITOS PARA ENTAR A LA ESCUELA:

Llame a la oficina del distrito de su escuela para más información sobre los requisitos de su distrito.

Llame el Programa CHDP si necesita más información sobre exámenes de salud o no puede obtener un examen para su niño(a): (661) 321-3000 o línea gratis (877)818-4787.

REQUIRED IMMUNIZATIONS FOR SCHOOL ENTRY

Please bring your child's immunization records with you at the time of registration. You may view and print a digital copy of your child's California vaccine record at: [MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov](https://myvaccinerecord.cdph.ca.gov)

Students Entering Transitional Kindergarten or Kindergarten Need Records of:

- ☐ **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap or Td) — 5 doses**
4 doses OK if one was given on or after 4th birthday;
3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- ☐ **Polio (IPV or OPV) — 4 doses**
3 doses OK if one was given on or after 4th birthday. Oral polio vaccine (OPV) doses given on or after April 1, 2016, do not count.
- ☐ **Hepatitis B — 3 doses**
- ☐ **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
Both doses must be given on or after 1st birthday.
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

New and Transfer Students Entering TK/K-12th Grade Need Records of:

- ☐ **All immunizations listed above**
For 7th-12th graders: at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday. Hepatitis B vaccine is required for any grade, except for entry into 7th grade.

Students Starting 7th Grade Need Records of:

- ☐ **Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap) —1 dose**
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

What other immunizations should I ask my health care provider about?

When you visit your health care provider for back-to-school immunizations, make sure to also ask about other vaccines that help keep your child healthy, including **hepatitis A, COVID-19, and the annual flu vaccine**. Preteens and teens should also get the **human papillomavirus (HPV) vaccine** to protect against certain cancers and **meningococcal vaccines**.

Learn more about [vaccines your child needs according to their age](https://bit.ly/CDCVaccinesByAge) (bit.ly/CDCVaccinesByAge) and [where you can get your child immunized](https://bit.ly/Where2BVaxed) (bit.ly/Where2BVaxed).

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA



Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**

Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después

☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**

Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después

☐ **Hepatitis B—3 dosis**

☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**

Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después

☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**

Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

☐ **Varicela —2 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y las vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles [sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad \(https://bit.ly/VacunasPorEdad\)](https://bit.ly/VacunasPorEdad) y [dónde puede vacunar a su hijo \(https://bit.ly/wheretogoCA\)](https://bit.ly/wheretogoCA). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

Why do I need to know about the CHDP Program?

The CHDP Program helps prevent or find health problems through regular, no cost, health check-ups.

Where can I get CHDP services for my child?

Look for your doctor or clinic inside this pamphlet, or if you don't have one, choose one from this list. All providers may not be accepting Medi-Cal at all times. **Please contact the provider for their current status.**



¿Por qué debo saber sobre el programa de CHDP?

Su hijo puede ser elegible para recibir un examen de salud sin costo alguno.

¿Dónde puedo ir para recibir servicios?

Busque un doctor o clínica en este folleto. Si no tiene uno, escoja uno de esta lista. No todos los proveedores aceptan Medi-Cal. **Por favor llame al proveedor para saber de su estado actual.**

KERN COUNTY PUBLIC HEALTH

Child Health and Disability Prevention Program

1800 Mt. Vernon Avenue
Bakersfield, CA 93306
(661) 321-3000
kernpublichealth.com

Branch Clinics (By City)

Call (661) 321-3000

to schedule appointments (recommended)

Llame al (661) 321-3000

para programar citas (recomendado)

Bakersfield (Northeast) - Health Department

1800 Mt. Vernon Ave., Bakersfield, CA 93306
Clinic: Monday – Friday (Lunes – Viernes)

Delano Office - Northwest Regional Center

455 Lexington St., Delano, CA 93215
(661) 721-3820
Clinic: Wednesday ONLY (solo los Miércoles)
9:00 am – 12:00 pm & 1:00 pm – 4:00 pm

Shafter Office - Health Department

329 Central Valley Hwy., Shafter, CA 93263
(661) 746-7562
Clinic: Tuesday ONLY (solo los Martes)
1:00 pm – 3:30 pm

Child Health & Disability Prevention



Gateway to Health Coverage

Provider Guide Kern County Outlying Areas



Guía de Proveedores Condado de Kern Áreas Remotas

Arvin

Clinica Sierra Vista
Arvin CHC
1305 Bear Mt. Blvd.
Arvin, CA 93203
(833) 678-2781

Buttonwillow

Omni Family Health
Buttonwillow Health Ctr.
277 East Front Street
Buttonwillow, CA 93206
(866) 707-6664

California City

Adventist Health Community
Care Center – California City
9350 North Loop Blvd.
California City, CA 93505
(760) 373-1785

Delano

Alvaro T. Caceres, M.D.
1205 Garces Hwy., Ste.201
Delano, CA 93215
(661) 725-6461

Clinica Sierra Vista
Delano CHC
1508 Garces Hwy., Ste.1
Delano, CA 93215
(833) 678-2781

Adventist Health
Delano Urgent Care
1201 Jefferson Street
Delano, CA 93215
(661) 725-2579

Don Victor Zapanta MD
1619 Cecil Ave., Ste., B
Delano, CA 93215
(661) 721-9001

Delano

Gloria Nelson
Center for Women
& Children
1500 6th Street
Delano, CA 93215
(661) 725-1010

Nilesh H. Shah, M.D.
1519 Garces Hwy #105
Delano, CA 93215
(661) 725-8585

Omni Family Health
Pediatric Center
912 Fremont Street
Delano, CA 93215
(866) 707-6664

Omni Family Health
1215 Jefferson St.
Delano, CA 93215
(866) 707-6664

Omni Family Health
Pediatric Center
1001 Main Street
Delano, CA 93215
(866) 707-6664

Frazier Park/Lebec

Clinica Sierra Vista
Frazier Mt. CHC
704 Lebec Road
Lebec, CA 93243
(833) 678-2781

Lake Isabella

Kern Valley
Rural Health Clinic
4300 Birch St.
Lake Isabella, CA 93240
(760) 379-1791

Lamont

Clinica Sierra Vista
8787 Hall Road
Lamont, CA 93241
(833) 678-2781

Lost Hills

Omni Family Health
Lost Hills CHC
21138 Paso Robles Hwy
Lost Hills, CA 93249
(866) 707-6664

McFarland

Clinica Sierra Vista
McFarland CHC
217 Kern Street
McFarland, Ca 93250
(833) 678-2781

Mojave

Adventist Health
Community Care
2041 Belshaw Street
Mojave, CA 93501
(661) 824-4511

Ridgecrest

Omni Family Health
Ridgecrest Community
Medical & Dental Center
1133 N. Chelsea St.
Ridgecrest, CA 93555
(866) 707-6664

Ridgecrest Regional Hospital
Rural Health Clinic
1111 N China Lake
Blvd., Ste., #190
Ridgecrest CA 93555
(760) 499-3855

Shafter

Shafter Pediatrics
501 Munzer St., Ste. C
Shafter, CA 93263
(661) 630-5274

Adventist Health
Community Care
406 James Street
Shafter, CA 93263
(661) 746-5788

Vanguard Medical Corp.
565 Kern Street
Shafter, CA 93263
(661) 746-4937

Omni Family Health
Shafter Community
Medical & Dental Center
655 S. Central Valley Hwy
Shafter, CA 93263
(866) 707-6664

Taft

Omni Family Health
Taft Community Medical
1100 4th Street
Taft, CA 93268
(866) 707-6664

Adventist Health
Community Care
501 6th Street
Taft, CA 93268
(661) 763-5131

West Side
Family Health Care
100 E. North St.
Taft, CA 93268
(661) 765-1935

Tehachapi

Adventist Health
Community Care
105 W. E Street
Tehachapi, CA 93561
(661) 823-7071

Omni Family Health
161 N. Mill Street
Tehachapi, CA 93561
(866) 707-6664

Wasco

Adventist Health
Community Care
1040 7th Street
Wasco, CA 93280
(661) 758-7801

Omni Family Health
Wasco Medical Center
2101 7th Street
Wasco, CA 93280
(866) 707-6664

Adventist Health
Wasco Medical Plaza
2300 7th Street
Wasco, CA 93280
(661) 758-4184

Vanguard Medical Corp.
845 7th Street
Wasco, CA 93263
(661) 459-1000

Wofford Heights

Clinica Sierra Vista
Kern River CHC
67 Evans Road
Wofford, Heights, 93285
(833) 678-2781

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional) and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN**RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

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 entregelo 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
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

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

*de ser indicado

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

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

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

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ es ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
_____ Licensed Dental Professional Signature		_____ CA License Number	_____ Date

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- ☐ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Other _____ ☐ None
- ☐ I cannot afford a dental check-up for my child.
- ☐ I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian **Date**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental el primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: ☐ Masculino ☐ Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Indio nativo americano ☐ Multirracial ☐ Otro _____ ☐ Nativo de Hawai/islas del Pacífico ☐ Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California [Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: [Assessment Date:]	Incidencia de caries [Caries Experience] (Caries visibles y/o empastes presentes) (Visible decay and/or fillings present) ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:] ☐ Sí [Yes] ☐ No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:] ☐ Ningún problema obvio [No obvious problem found] ☐ Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) [Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)] ☐ Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Firma del profesional de salud dental matriculado Licensed Dental Professional Signature</td> <td style="width: 25%;">Número de matrícula de CA CA License Number</td> <td style="width: 25%;">Fecha</td> </tr> </table>				Firma del profesional de salud dental matriculado Licensed Dental Professional Signature	Número de matrícula de CA CA License Number	Fecha
Firma del profesional de salud dental matriculado Licensed Dental Professional Signature	Número de matrícula de CA CA License Number	Fecha				

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

- ☐ No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.
El plan de seguro dental de mi hijo es:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otro _____ ☐ Ninguno
- ☐ No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- ☐ No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.
- Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor Fecha

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.