



# Distrito Escolar de Roseland

## Inscripción para NUEVOS Alumnos

**AVISO PARA PADRES:** Colocación del estudiante se basa en el sitio con el espacio disponible en cada nivel de grado. Existe la posibilidad que la escuela usted prefiere o en la cual inscribió a su hijo/a, no será la escuela en donde será colocado.

*Por favor seleccione su sitio de preferencia*

- Roseland Creek Elementary (707) 543-2800    
  Sheppard Accelerated Elementary (707) 546-7050    
  Roseland Elementary: A Leadership Academy (707) 545-0100

**Solicite un paquete de inscripción de Roseland Charter School para el programa de escuela en el hogar Roseland Charter Tk-6.º**

Para las inscripciones de kínder transicional, kínder & 1.º y se necesita lo siguiente:

1.  Acta de nacimiento  
*Kínder: 5 años el 1.º de septiembre o antes*  
*Kínder transicional: 4 el 1.º de septiembre o antes*
2.  Comprobante de domicilio: (Factura reciente de los últimos 30 días: luz, agua, basura, etc.)
3.  Solicitud Para permiso de Asistencia Inter distrital (si pertenece a otro distrito)
4.  Boleta de vacunas: DTP 5, Polio 4, Hepatitis B 3, MMR 2, Varicela 2)
5.  Examen físico (Recomendado)
6.  Examen dental (Tarjeta de cita será aceptada temporalmente)
7.  Formulario de salud del estudiante completado
8.  Información de servicios de educación especial (Copia del IEP)

**Appointment Card**  
**Follow Up Date:**  
 I: \_\_\_\_\_  
 P: \_\_\_\_\_  
 D: \_\_\_\_\_

Inscripciones para 2.º - 6.º grado deben incluir lo siguiente:

1.  Acta de nacimiento
2.  Comprobante de domicilio: (Factura reciente de los últimos 30 días: luz, agua, basura, etc.)
3.  Solicitud Para permiso de Asistencia Inter distrital (si pertenece a otro distrito)
4.  Boleta de vacunas: DTP 5, Polio 4, Hepatitis B 3, MMR 2, Varicela 2
5.  Formulario de salud del estudiante completado
6.  Información de servicios de educación especial (Copia del IEP)

### Office Use Only

Intake Site: \_\_\_\_\_

Intake Person: \_\_\_\_\_

Date and Time Received \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Parent Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Siblings \_\_\_\_\_

In District  Out of District District of Residence \_\_\_\_\_ Approved:  Yes  No

Student receives Special Services:  Yes  No If Yes, what are the services: \_\_\_\_\_

Notes \_\_\_\_\_ Student ID No. \_\_\_\_\_

**This form must remain in the students file**



## LAST ENROLLED & LATE ENROLLMENT

### Dear Roseland District Families

Welcome to our school district! We have been experiencing much growth in our schools. Our goal is to enroll your child in the school of your choice. However, there are times when our classes fill to capacity and changes in initial student placements are necessary.

**Please note that it is possible that your child may be assigned to a different classroom, and potentially a school different than where you initially registered. This is dependent upon the availability of space in grade levels at each of our schools.**

*By signing this notification, you acknowledge that you are aware of the possibility that your student may be placed in a different class or school than where you initially registered.*

\_\_\_\_\_  
Print First, Last Name

\_\_\_\_\_  
Sign

\_\_\_\_\_  
Date

---

## ULTIMAS INSCRIPCIONES E INSCRIPCIONES TARDES

### Estimados Familias del distrito de Roseland

¡Bienvenidos a nuestro distrito! Estamos en un gran crecimiento en nuestras escuelas. Nuestra meta es inscribir a su niño/a en la escuela de su elección. Sin embargo, hay ocasiones en que nuestras clases se llenan a capacidad y los cambios en las asignaciones iniciales de estudiantes son necesarios.

**Por favor tenga en cuenta que es posible que su niño/a pueda ser asignado a una clase diferente y, potencialmente, una escuela diferente a la que se registró inicialmente. Esto es dependiente de la disponibilidad de espacio en los diferentes grados en cada una de nuestras escuelas.**

*Al firmar esta notificación, usted reconoce que usted es consciente de la posibilidad de que el estudiante puede ser colocado en una clase o escuela diferente en la que se registró inicialmente.*

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre, Apellido

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

October 23, 2024



Roseland Public Schools

## Family Information Sheet

Do you have other children/siblings enrolled in the Roseland District? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
*(If yes please provide information below)*

_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade
_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade
_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade
_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade
_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade
_____	_____	_____
Child's Name	School Attending	Grade

## Hoja de información familiar

¿Tiene otros hijo/a(s) que asisten al Distrito Escolar de Roseland? Si \_\_\_ No \_\_\_  
*(Si indico que si, por favor provee la información abajo)*

_____	_____	_____
Nombre	Escuela que asiste	Grado
_____	_____	_____
Nombre	Escuela que asiste	Grado
_____	_____	_____
Nombre	Escuela que asiste	Grado
_____	_____	_____
Nombre	Escuela que asiste	Grado
_____	_____	_____
Nombre	Escuela que asiste	Grado

**Complete esta página si es la primera vez que se inscribe a su hijo en un  
Escuela pública de California (TK-12)**

Encuesta sobre el idioma del hogar

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones para padres y tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales que dirigen a las escuelas a evaluar el dominio del idioma inglés de los estudiantes. El proceso comienza con la determinación de los idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a la encuesta sobre el idioma del hogar ayudarán a determinar si se debe evaluar la competencia del estudiante en inglés. Esta información es esencial para que la escuela proporcione programas y servicios educativos adecuados.

Como padres o tutores, se solicita su cooperación para cumplir con estos requisitos. Responda a cada una de las cuatro preguntas que se enumeran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre (s) del idioma (s) que corresponda en el espacio provisto. Por favor, no deje ninguna pregunta sin respuesta. Si se comete un error al completar esta encuesta sobre el idioma del hogar, puede solicitar una corrección antes de evaluar el dominio del inglés de su estudiante.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué idioma (los padres y tutores con más frecuencia utilizar al hablar con su hijo? \_\_\_\_\_
4. ¿Qué idioma hablan con más frecuencia los adultos en el hogar? \_\_\_\_\_  
(padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)

Por favor firme y feche este formulario en los espacios provistos a continuación, luego devuélvalo al maestro de su hijo. Gracias por su cooperación.

**Firma del padre o tutor**

**Fecha**

<b>► ¿Alguna vez ha asistido su hijo o hija a las escuelas de Roseland?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
USE LETRA DE MOLDE – NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE								
Primer nombre legal		Segundo nombre legal		Apellido legal		Otro nombre legal (si aplica)		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> No binario				<b>Fecha de nacimiento:</b>		Mes	Día	Año
				(   )		(   )		
Nombre del padre 1 o tutor		Apellido		Teléfono en casa		Tel. en el trabajo		
				(   )		(   )		
Nombre del padre 2 o tutor		Apellido		Teléfono en casa		Tel. en el trabajo		
Correo Electrónico del padre 1 o tutor				Correo Electrónico del padre 2 o tutor				
Dirección postal				Apt#	Ciudad	Estado	Zip	
Dirección (# de casa y nombre de la calle) (si es diferente a la otra) <small>(P.O Box o # de casa y nombre de la calle)</small>				Apt #	Ciudad	Estado	Zip	

**EDUCACIÓN DE LOS PADRES** – Marque la respuesta que describa el nivel del padre 1.

Con licenciatura o con postgrado (10)  
 Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)  
 Algo de *colegio* (incluye AA título) (12)  
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)  
 No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)

**EDUCACIÓN DE LOS PADRES** – Marque la respuesta que describa el nivel del padre 2.

Con licenciatura o con postgrado (10)  
 Se graduó del *colegio* (Universidad) (11)  
 Algo de *colegio* (incluye AA título) (12)  
 Se graduó de *high school* (sec. y preparatoria) (13)  
 No se graduó de *high school* (secundaria y preparatoria) (14)

**¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO O HIJA?** (marque una)    **Hispano o Latino** (Una persona cuya cultura u origen es de Cuba, México, Puerto Rico, Centro o Sudamérica, sin importar su raza)    **No Hispano o Latino**

**¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA?** (Por favor no marque más de cinco opciones)

*Independientemente de la opción que elija arriba sobre etnicidad de su hijo/a, favor de continuar respondiendo lo que sigue, marcando uno o más de los cuadrillos, para indicar la que considera que es la raza de su hijo/a.*

<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska (100) <small>(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Norte, Sur o Centroamérica)</small> <input type="checkbox"/> Chino (201) <input type="checkbox"/> Japonés (202) <input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) <input type="checkbox"/> Indio de Asia (205)	<input type="checkbox"/> Laos (206) <input type="checkbox"/> Camboyano (207) <input type="checkbox"/> Hmong (208) <input type="checkbox"/> Otro asiático (299) <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) <input type="checkbox"/> Guamés (302)	<input type="checkbox"/> Samoa (303) <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) <input type="checkbox"/> Otro grupo de las Islas del Pacífico (399) <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) <input type="checkbox"/> Afroestadunidense o negro (600) <input type="checkbox"/> Blanco (700) <small>(Personas cuyo origen es de los pueblos nativos de Europa, Norte de África o el Medio Oriente)</small>
--	---	--

**Comunicación Escolar:**

¿En qué idioma desea usted recibir comunicación escrita de la escuela?  Inglés  Español

**Información del padre o tutor con el/la que vive el/la estudiante – (marque todas las que apliquen)**

Padre 1  Padre 2  Ambos  Padrastro  Madrastra  Encargado  Casa grupal/de cuidado temporal  Otro \_\_\_\_\_

¿Es la persona/s marcada arriba el tutor LEGAL del/la estudiante?  Sí  No Si no, por favor llene una declaración jurada de la persona encargada (*Caregiver Affidavit*)

Si hay un acuerdo de custodia legal respecto a este/a estudiante, por favor marque si es:  Custodia conjunta

Custodia individual  Encargado

**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ABAJO PARA EL/LOS PADRE/S O TUTOR CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE:**

1.  Padre 1  Padrastro/Tutor (maque uno) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( \_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

2.  Padre 2  Madrastra/Tutora (marque una) **Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ciudad :** \_\_\_\_\_ **Tel. de día # ( \_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

**CORREO DUPLICADO** – Si está divorciado/a o separado/a y tiene la custodia conjunta que le permite duplicar y compartir la información que se le dé con su esposo/a, por favor, incluya el nombre, dirección y número de teléfono del otro padre:

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Tel. #:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

**ESCUELA/S DONDE ASISTIÓ ANTES:**

Escuela (la más reciente)	Dirección/Ciudad/Estado/Zip	Grado/s	Fecha/s

¿Existe algún reporte psicológico o confidencial disponible de la escuela anterior de su hijo/a?  Sí  No

¿Ha sido suspendido/a su hijo o hija?  Sí  No **¿Alguna vez fue expulsado/a?  Sí  No**

¿Qué servicios especiales ha recibido su hijo/a? (por favor marque las que apliquen)

**Educación especial:**  Recursos didácticos (RSP)  Clase especial en el día (SDC)  Habla y lenguaje  504

**Otra:**  Dotado  Remedio para matemáticas  Remedio para lectura  Consejería  Desarrollo del lenguaje inglés

Ayuda para mejorar su asistencia / su comportamiento  Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**BELOW FOR SCHOOL USE ONLY**

Proof of Birth: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Residence: Type: _____ Verified by: _____	Proof of Immunization: Type: _____ Verified by: _____	Enroll Date:	Assigned Grade:	Permanent ID:	Blank ET RC
--	--	---	--------------	-----------------	---------------	-------------------

### Cuestionario de Vivienda

Apellido del Estudiante	Primer nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre de la escuela			Grado

La información proporcionada a continuación ayudará a las Escuelas públicas de Roseland determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo/a. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la ley federal McKinney-Vento de Asistencia. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el distrito escolar apropiado y el personal del sitio.

*La Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar define a los niño/as sin hogar como "individuos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada". Estos ejemplos de preguntas se pueden usar como guía para determinar si su familia califica bajo esta ley federal.*

Actualmente, ¿usted y/o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones?

- Vivir en una residencia de un solo hogar que es permanente (casa, apartamento, etc.)
- Quedándose en un albergue (refugio familiar, albergue para violencia doméstica, albergue para jóvenes) o Remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)
- Viviendo temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Compartiendo vivienda con otro (s). **Por favor seleccione uno de las siguiente opciones:**
- Compartiendo vivienda con otro (s) es por elección familiar. **NO ES DEBIDO** a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar.
  - Compartiendo vivienda con otro (s) **ES DEBIDO** debido a la pérdida de vivienda dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar.

Numero de telefono	Direccion	Ciudad	Estado	Codigo postal

Su hijo(a) o hijos(as) pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se hospeda actualmente, incluso si no tiene todos los documentos normalmente requeridos en el momento de la inscripción
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y es en el mejor interés.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir todas las protecciones y servicios proporcionados por todas las leyes federales y estatales, tal como se relaciona con los niños, jóvenes y sus familias sin hogar.

Registre todos los niños (as) que actualmente viven con usted.

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela

*El padre/tutor que suscribe certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.*

Nombre del padre/tutor legal	Firma	Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con la escuela de su hijo/a o con la oficina del distrito escolar/chárter de Roseland:

Punto de contacto de la oficina del distrito:  
 Nombre: Haley Piazza  
 Teléfono: (707) 545-0102 x4243  
 Correo electrónico: hpiazza@roselandsd.org



**Distrito escolar de Roseland**  
**Oficina del Distrito**  
1691 Burbank Ave.  
Santa Rosa, CA. 95407  
707-545-0102

---

**DECLARACIÓN JURADA DE LA FAMILIA DEL ESTUDIANTE  
QUE VIVIÓ CON UN AMIGO O PARIENTE**

Yo \_\_\_\_\_ estoy verificando que  
*el Propietario*

---

*Nombre(s) del(de los) Estudiante(s)*

y su familia \_\_\_\_\_  
*Nombre(s) de los Padre(s)*

que viven conmigo en la siguiente dirección:

---

*Número y calle*

---

*Ciudad*

---

*Código postal*

Mi número de teléfono es: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Se debe adjuntar una copia de la factura de servicios públicos o del contrato de alquiler.**

Entiendo que todas las comunicaciones entre la escuela y los estudiantes que viven conmigo se realizarán a través del arriba dirección y número de teléfono.

**ADVERTENCIA:** No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta, o estará cometiendo un delito punible con una multa, prisión o ambas.

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.**

---

Firma

---

Fecha

# ACUERDO DE TRANSFERENCIA INTERDISTRITAL DEL CONDADO DE SONOMA

## PASO 1: Para ser completado por los padres/tutor (letra imprenta)



Transferencia solicitada para: <input type="checkbox"/> Estudiante nuevo <input type="checkbox"/> Año escolar actual <input type="checkbox"/> Año escolar actual <input type="checkbox"/> Próximo año escolar		Grado actual: _____ Próximo grado: _____	Fecha de solicitud 20____ - 20____
Nombre del estudiante (apellido, nombre)		Fecha de nac	
Actual o última escuela de asistencia		Actual o último distrito de asistencia	
Escuela de residencia		Distrito de residencia	
Escuela solicitada		Distrito solicitado	
Nombre del padre/tutor		Número de contacto <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de correo electrónico		Número de contacto <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección		Ciudad/Cód. postal	
¿Está el estudiante actualmente pendiente de acción disciplinaria o bajo una orden de expulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Recibe este estudiante actualmente educación especial u otros servicios especiales, como la sección 504? (Adjunte el IEP actual o el plan 504)			
<input type="checkbox"/> Sí, Sección 504 <input type="checkbox"/> Sí, educación especial <input type="checkbox"/> Sí, habla/RSP <input type="checkbox"/> No, no corresponde <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Cuáles son los motivos de la solicitud? Proporcione documentación/evidencia por escrito. (Marque todos los que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Acoso (prioridad dada) <input type="checkbox"/> Completar el último año en la escuela actual <input type="checkbox"/> Salud y seguridad <input type="checkbox"/> Programa especializado <input type="checkbox"/> Inscripción continua <input type="checkbox"/> Recomendado por SARB <input type="checkbox"/> Propuesta de cambio de residencia <input type="checkbox"/> Cambio en el entorno social <input type="checkbox"/> Cuidado infantil: (dirección/teléfono del proveedor de cuidado infantil) _____ <input type="checkbox"/> Hermanos: (nombres/grados de los hermanos) _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Declaro bajo pena de juramento falso de acuerdo con la legislación de California que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Entiendo que esta información puede ser verificada y que la información incorrecta o falsa puede hacer que mi solicitud sea denegada o revocada. Entiendo que soy responsable del transporte de mi estudiante. Además, entiendo que, para mantener este permiso, mi estudiante debe cumplir con los términos y condiciones del acuerdo de asistencia del distrito, si corresponde, que incluye, entre otros, los términos y condiciones establecidos a continuación y el comportamiento académico y requisitos de la política de asistencia del distrito de asistencia deseada. **Entiendo que el permiso de asistencia entre distritos debe renovarse anualmente**, si los distritos mencionados anteriormente tienen un acuerdo de asistencia que lo estipule. Además, entiendo que ninguno de los distritos puede rescindir un permiso existente para un estudiante que ingresa a los grados 11 o 12 en el siguiente año escolar.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### PASO 2: Distrito de residencia

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Decisión:  Aprobado  Rechazado

Comentarios: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_

### PASO 3: Distrito de asistencia propuesto

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Decisión:  Aprobado  Rechazado

Comentarios: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Las solicitudes se considerarán según las políticas locales de la junta. El Distrito de Residencia enviará la solicitud aprobada al Distrito Solicitado. El Distrito Solicitado enviará por correo al padre/tutor el formulario aprobado.

Todas las solicitudes deben incluir una copia del analítico/libreta de calificaciones más reciente. Las solicitudes se considerarán según las políticas locales de la junta.

---

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES

### Como padres o tutor legal, tienen derecho a:

- Solicitar un acuerdo de asistencia entre distritos desde su distrito de residencia. Si uno o ambos padres o tutores legales están empleados dentro de los límites de un distrito escolar que no es su distrito de residencia, pueden ser elegibles para la residencia en el distrito en el que se encuentra su lugar de trabajo, de conformidad con la "Ley Allen", en el Código de Educación, sección 48204 (b). Este formulario no debe usarse para cumplir con los requisitos de residencia bajo la Ley Allen. Además, este formulario no debe usarse para inscribirse en una escuela autónoma.
- Recibir una copia escrita de la política de la junta escolar local relacionada con las solicitudes de acuerdo de asistencia entre distritos tanto del distrito de residencia como del distrito al que desea asistir. Estas políticas estipulan las políticas de los consejos escolares con respecto a la concesión, denegación y revocación de permisos de asistencia entre distritos.
- Recibir una copia por escrito del Acuerdo de Asistencia de los Distritos, si corresponde, que estipule el acuerdo escrito entre los distritos con respecto a los permisos de asistencia entre distritos.
- Hablar sobre su situación con el superintendente del distrito local o la persona designada.
- Si corresponde, apelar una decisión adversa ante la junta escolar denegando la solicitud de permiso, de conformidad con las políticas de esa junta escolar, y recibir un aviso por escrito de la acción de la junta local dentro de un período de tiempo especificado por la política de la junta
- Apelar la decisión de un distrito escolar con respecto a una solicitud de transferencia entre distritos ante la Junta de Educación del Condado de Sonoma. Dicha apelación debe presentarse dentro de los 30 días calendario de la fecha de la denegación final del distrito escolar. Consulte la política de la junta directiva para obtener más información.
- Los estudiantes con discapacidades no pueden ser discriminados en el proceso de transferencia entre distritos. La información recopilada relacionada con la discapacidad de un estudiante debe usarse solo para determinar la capacidad en programas de educación especial o si un distrito escolar necesitaría crear un nuevo programa para servir a un estudiante.

***Le recomendamos que revise las políticas de la junta directiva de los distritos escolares pertinentes para obtener más información y cualquier derecho adicional.***

---

### TÉRMINOS Y CONDICIONES

- Este permiso de asistencia entre distritos es válido solo para el año escolar otorgado. Este permiso vence al final de la duración otorgada por ambos distritos y debe renovarse antes de su vencimiento. Un distrito no puede requerir renovación para un estudiante que ingresa a los grados 11 y 12.
- Este permiso puede ser revocado en cualquier momento por el distrito de asistencia de conformidad con sus políticas y regulaciones.
- Si el estudiante participa en algún programa deportivo regido por la Federación Interscholástica de California (CIF), es posible que no sea elegible para participar en la nueva escuela. Los padres/tutor deben conocer las reglas CIF antes de presentar este acuerdo.
- Los padres/tutor son responsables de proporcionar transporte hacia y desde la escuela de asistencia.

**Cada distrito escolar en el condado de Sonoma tiene una política y criterios locales para aceptar o denegar solicitudes de permisos de asistencia entre distritos, que pueden o no incluir los motivos mencionados en la página anterior. Después de revisar las políticas de su distrito de residencia y el distrito de asistencia deseada, complete el permiso de asistencia interdistrital en su totalidad.**



## **USO DE TECNOLOGÍA DEL ESTUDIANTE ACUERDO DE USO ACEPTABLE Y LIBERACIÓN DE DISTRITO/CHARTER SOBRE RESPONSABILIDAD (ESTUDIANTES)**

El Distrito Escolar Roseland / Escuela Charter de Roseland autoriza a los estudiantes a utilizar tecnología propia o proporcionada por el distrito/charter como sea necesario para fines instruccionales. El uso de la tecnología del distrito/charter es un privilegio permitido a discreción del distrito/charter y está sujeto a las condiciones y restricciones establecidas en las normas de la mesa directiva, los reglamentos administrativos, y este Acuerdo de Uso Aceptable. El distrito/charter reserva el derecho de suspender el acceso en cualquier momento y sin previo aviso, por cualquier razón.

El distrito/charter espera que todos los estudiantes utilicen la tecnología de forma responsable con el fin de evitar posibles problemas y la responsabilidad. El distrito/charter puede imponer restricciones razonables en los páginas, material y / o información que los estudiantes pueden acceder a través del sistema.

Cada estudiante que está autorizado a utilizar la tecnología del distrito/charter y su padre / madre / tutor deberá firmar este Acuerdo de Uso Aceptable como una indicación de que han leído y entendido el acuerdo.

### **Definiciones**

*La tecnología del distrito/charter* incluye, pero no se limita a, las computadoras, la red informática del distrito/charter, incluyendo servidores y la tecnología de red inalámbrica (Wi-Fi), Internet, correo electrónico, unidades USB, puntos de acceso inalámbricos (routers), las Tabletas PC, teléfonos y dispositivos inteligentes, celulares, asistentes digitales personales, buscapersonas, reproductores de MP3, tecnología portátil, cualquier dispositivo de comunicación inalámbrica que incluye radios de emergencia, y / o innovaciones tecnológicas o futuras, tanto si se acceden dentro o fuera de sitio o por medio del distrito/charter u objetos tecnológicos personales.

### **Las obligaciones y responsabilidades de los estudiantes**

Se espera que los estudiantes utilicen la tecnología del distrito/charter de manera segura, responsable, y sólo con fines educativos. El estudiante en cuyo nombre ha sido asignado con tecnología del distrito/charter, es responsable de su uso apropiado en todo momento. Los estudiantes no deben compartir su cuenta asignada en línea, contraseñas u otra información que se utiliza con fines de identificación y autorización, y deberán usar el sistema sólo bajo la cuenta a la que han sido asignados.

Los estudiantes tienen prohibido el uso de tecnología del distrito/charter para fines impropios, incluyendo, pero no limitado a, el uso de la tecnología del distrito/charter a:

1. Acceso, publicación, muestra o de otra manera utilizar material que es discriminatorio, difamatorio, obsceno, sexualmente explícito, o perjudicial
2. Acosar, intimidar o amenazar a otros estudiantes, personal u otros individuos ("cyberbullying")
3. Divulgar, usar o divulgar información de identificación personal (como nombre, dirección, número de teléfono, número de la Seguridad Social, u otra información personal) de otro estudiante, miembro del personal, u otra persona con la intención de amenazar, intimidar, acosar, o ridiculizar esa persona
4. Infringir los derechos de autor, licencias, marcas, patentes, u otros derechos de propiedad intelectual

5. Intencionalmente interrumpir o quebrantar el equipo del u otras operaciones del distrito/charter (como la colocación de un virus en las computadoras del distrito/charter, adición o eliminación de un programa sin el permiso de un maestro u otro personal del distrito/charter, cambiar la configuración de los equipos compartidos)
6. Instalación de software no autorizado
7. Piratear "hack" el sistema para manipular los datos del distrito/charter o de otros usuarios
8. Participar en la promoción o cualquier práctica que no es ético o que viole cualquier ley o política de la Junta, regulación administrativa, o la práctica de distrito/charter

## **Privacidad**

Dado que el uso de la tecnología del distrito/charter está destinado a fines educativos, los estudiantes no tendrán ninguna expectativa de privacidad en cualquier uso de la tecnología del distrito/charter.

El distrito/charter reserva el derecho de supervisar y registrar todo el uso de la tecnología del distrito/charter, incluyendo, pero no limitado a, acceso a Internet o las redes sociales, las comunicaciones enviadas o recibidas de la tecnología del distrito/charter, u otros usos. Dicho monitoreo / grabación podría ocurrir en cualquier momento y sin previo aviso para fines legales, incluyendo, pero no limitado a, el mantenimiento de registros y la distribución y / o investigación de la actividad impropia, ilegal o prohibido. Los estudiantes deben ser conscientes de que, en la mayoría de los casos, en el uso de la tecnología del distrito/charter (por ejemplo, búsquedas en la web y correos electrónicos) no se pueden borrar ni eliminar.

Todas las contraseñas creadas o utilizados en cualquier tecnología del distrito/charter son propiedad exclusiva del distrito/charter. La creación o el uso de una contraseña de un estudiante en la tecnología del distrito/charter no crean una expectativa de privacidad.

## **Dispositivos de propiedad personal**

Si un estudiante usa un dispositivo personal para acceder la tecnología del distrito/charter, él / ella deberá cumplir con todas las reglas aplicables de la mesa directiva, los reglamentos administrativos, y este Acuerdo de Uso Aceptable. Cualquier uso de un dispositivo personal podrá someter a los contenidos del dispositivo y en cualquier comunicación enviada o recibida en el dispositivo para la divulgación en virtud de una solicitud de citación legal o registros públicos.

Si un estudiante se da cuenta de cualquier problema de seguridad (por ejemplo, cualquier compromiso de la confidencialidad de cualquier contraseña o información de cuenta) o mal uso de la tecnología del distrito/charter, él / ella deberá informar inmediatamente dicha información al maestro u otro personal del distrito/charter.

## **Consecuencias de una violación**

Violaciones de la ley, las reglas del Comité, o de este acuerdo pueden resultar en la revocación del acceso del estudiante a la tecnología del distrito/charter y / o disciplina, hasta e incluyendo la suspensión o expulsión. Además, violaciones de la ley, las reglas del Comité, o de este acuerdo pueden ser reportados a las agencias de aplicación de la ley, según corresponda.

Como padre o guardián legal del estudiante firmando arriba, yo he leído este Acuerdo Para el Uso del Internet y le doy permiso a mi hijo o hija para que accese Internet. Yo entiendo que los recursos computacionales del distrito/charter están diseñados para propósitos educativos. Yo también entiendo que es imposible para el Distrito Escolar Roseland y Escuela Charter de Roseland restringir el acceso a todos los materiales controversiales y yo no los haré responsables por material adquirido en la red de computadores. Yo entiendo que individuos y familias podrían ser responsables por violaciones. Aún más, yo acepto responsabilidad por la supervisión si alguno de mis niños no está en la escuela cuando esté usando el internet.

### Reconocimiento de Estudiantes

He recibido, leído, comprendido y aceptado cumplir con este Acuerdo de Uso Aceptable y otras leyes aplicables y las reglas y regulaciones del distrito/charter que gobierna el uso de la tecnología del distrito/charter. Yo entiendo que no hay ninguna expectativa de privacidad al usar la tecnología del distrito/charter. Además, entiendo que cualquier violación puede resultar en la pérdida de privilegios de usuario, acción disciplinaria y / o acción legal apropiada.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Por favor imprimir)

Escuela: \_\_\_\_\_

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

### Padre o tutor legal Reconocimiento

*Si el estudiante es menor de 18 años de edad, un padre / tutor también debe leer y firmar el acuerdo.*

Como el padre / tutor del estudiante arriba mencionado, he leído, entendido y estoy de acuerdo que mi hijo deberá cumplir con los términos del Acuerdo de Uso Aceptable. Al firmar este Acuerdo, doy permiso para que mi hijo use la tecnología del distrito/charter y / o para que pueda acceder a la red informática de la escuela y la Internet. Entiendo que, a pesar de los esfuerzos del distrito/charter, es imposible que la escuela pueda restringir el acceso a todos los materiales ofensivos y controversiales. Estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad, indemnizar y mantener indemne a la escuela, el distrito/charter y el personal del distrito/charter en todos los reclamos, daños y costos que puedan derivarse del uso causado por mi hijo en la tecnología del distrito/charter o el fracaso de cualquier medida de protección de tecnología utilizada por el distrito/charter. Además, acepto la plena responsabilidad de la supervisión del uso de la cuenta de acceso de mi hijo, siempre y cuando dicho acceso no está en el entorno escolar.

**Si mi hijo es menor de 13 años, he leído los términos del “Consentimiento de los Padres para Cuenta de Correo Electrónico a menores de 13” (mire hacia arriba) y doy mi consentimiento a que mi hijo/a tenga una cuenta de correo electrónico.**

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Por favor imprimir)

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

**Este espacio es reservado para el administrador del Sistema**

Nombre del usuario asignado:

Clave de Acceso Temporal:

**Distrito Escolar de Roseland**  
**Historia de Salud Infantil**

Fecha: ____/____/____		Escuela: _____	
Nombre del Estudiante: _____			
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> No binario	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Padre/Tutor: _____			
Telefono: Casa (____) _____		Celular (____) _____	
Domicilio: _____			
Street	Apt.	City	Zip

**¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes?**

<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Alergia a piquetes de insectos
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído recurrentes	<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos
<input type="checkbox"/> Limitación de movimiento		
<input type="checkbox"/> Enfermedad reciente, hospitalización, cirugía u otras condiciones físicas que limitan la actividad física de su hijo en la escuela.		

Proporcione información adicional para cualquiera de las condiciones anteriores marcadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el recipiente de prescripción con la fecha actual.

¿Su hijo/a necesita medicamentos mientras está en la escuela?  Sí  No

Si usted dijo Sí, complete la forma "Autorización para la administración de medicamentos" (obtenga el formulario en la oficina de la escuela)

Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____
Medicamento: _____	Dosis: _____	Horario: _____

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a usa anteojos?  Sí  No

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica que pueda requerir cuidados mientras está en la escuela o que restrinja su actividad física, como deportes de contacto? (Por favor describa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información obtenida de este historial médico puede incluirse en una lista confidencial de condiciones de salud, si corresponde. Para obtener más información / inquietudes, comuníquese con la enfermera de la escuela.

_____	_____
Firma del padre/tutor	Fecha

### 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 antes del 31 de mayo de su 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 su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. 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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> 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)  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Caries visibles presentes: [Visible Decay Present:]  <input type="checkbox"/> Sí [Yes] <input type="checkbox"/> No [No]	Urgencia de tratamiento: [Treatment Urgency:]  <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio [No obvious problem found] <input type="checkbox"/> 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)] <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) [Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]
<p>_____</p> <p>Firma del profesional de salud dental matriculado [Licensed Dental Professional Signature]</p>			
<p>_____</p> <p>Número de matrícula de CA CA License Number</p>			
<p>_____</p> <p>Fecha Date]</p>			

**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: X \_\_\_\_\_

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.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

*El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.*

**[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]**

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

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

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

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

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

#### EXAMEN DE SALUD

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

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

#### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

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

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

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

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

#### 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

### y 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](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

## Community Immunization Clinics and Clinical Services in Sonoma County *Clínicas de Inmunización de la Comunidad y Servicios Clínicos en el Condado de Sonoma*

The following family clinics offer medical care and immunizations to established patients. Those with a \* offer limited immunization services to the public but encourage establishing care as well.

*Las siguientes clínicas ofrecen cuidado médico e inmunizaciones a pacientes establecidos. Aquellos con una \* ofrecen servicios limitados al público, pero también anima a que se establezca cuidado médico.*

### Healdsburg:

#### **Alliance Medical Center\***

1381 University Ave., Healdsburg

1st Friday (El primer viernes del mes): 8-10am

VFC Eligible children only. Adults call for appointment. (Solamente niños elegibles para VFC.

Adultos llame para una cita)

(707) 433-5494 [www.alliancemed.org](http://www.alliancemed.org)

### Petaluma:

#### **Petaluma Health Center\***

1179 N. McDowell Blvd., Petaluma

Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 559-7500 [www.phealthcenter.org](http://www.phealthcenter.org)

### Rohnert Park:

#### **Concentra Medical Center\* (walk in care M-F 8-5)**

6174 State Farm Dr., Rohnert Park

TB Testing: Monday-Wednesday/Friday Adult immunizations: Monday-Friday (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes

Inmunizaciones para adultos lunes a viernes)

(707) 586-4320

#### **Rohnert Park Health Center\***

5900 State Farm Dr., 2nd Floor, Rohnert Park Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 559-7500 [www.phealthcenter.org](http://www.phealthcenter.org)

### Santa Rosa:

#### **Caritas Campus\***

301 6th St., Ste. 214, Santa Rosa

TB Testing: Monday-Wednesday/Friday 8:30am-5:30pm (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes 8:30am-5:30pm)

Walk-ins with check-in at 8:15am & 1:15pm (Sin cita con registro a las 8:15am y 1:15pm)

(707) 583-8700 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org)

#### **Concentra Medical Center\* (walk in care M-F 8-5)**

1221 North Dutton Ave., Santa Rosa TB Testing: Monday-Wednesday/Friday Adult immunizations: Monday-

Friday (Pruebas de TB: lunes a miércoles/viernes. Inmunizaciones para adultos: lunes a viernes.)

(707) 543-8360

#### **Dutton Campus**

1300 N. Dutton Ave., Santa Rosa

Call for appointment (Llame para una cita)

(707) 396-5151 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org)

#### **Elsie Allen Campus\***

599 Bellevue Ave., G-17, Santa Rosa

For teens 12-19 only. Call for appointment.

(Solamente para adolescentes 12 a 19. Llame para una cita.)

(707) 583-8777 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org)

#### **Jewish Community Free Clinic\***

50 Montgomery Dr., Santa Rosa Appointments available (Citas disponible):

Monday (Lunes) 1-5, Tuesday (Martes) 10-1, Thursday (Jueves) 10-1 & 3-7—call for available vaccines (llame para vacunas disponibles). TB Tests: Monday/Tuesday. Free to anyone without insurance (Pruebas de TB Lunes/Martes. Gratis para cualquier persona sin seguro médico). Also offering Physicals, Mental Health, Acupuncture, and Women's Health by appointment.

(707) 585-7780 [www.jewishfreeclinic.org](http://www.jewishfreeclinic.org)

## **Lombardi Campus**

751 Lombardi Ct., Ste. B, Santa Rosa Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 547-2222 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org)

## **Pediatric Campus\***

711 Stony Point Rd., Ste. 17, Santa Rosa Children 0-18 only (Solamente niños 0 a 18 años) Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 578-2005 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org)

## **Sonoma County Indian Health Project, Inc.**

144 Stony Point Rd., Santa Rosa  
Established patients only (Solamente pacientes establecidos)  
(707) 521-4500 [www.scihp.org](http://www.scihp.org)

## **Vista Campus\***

3569 Round Barn Cir., Santa Rosa  
Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 303-3600 [www.srhealth.org](http://www.srhealth.org) Sonoma:

## **Sonoma Valley Community Health Center\***

19270 Sonoma Highway, Sonoma  
Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 939-6070 [www.svchc.org](http://www.svchc.org) West County:

## **Gravenstein Community Health Center**

652 Petaluma Ave., Ste. H, Sebastopol Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 823-3166 [www.wchealth.org](http://www.wchealth.org)

## **Occidental Area Health Center**

3802 Main St., Occidental  
Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 874-2444 [www.wchealth.org](http://www.wchealth.org)

## **Russian River Health Center**

16387 First St., Guerneville  
Call for appointment (Llame para una cita)  
(707) 869-2849 [www.wchealth.org](http://www.wchealth.org) Windsor:

## **Alliance Medical Center\***

8465 Old Redwood Hwy, Ste. 320, Windsor 1st Friday (el primer viernes del mes): 8-10am VFC eligible children only. Adults call for appt. (Solamente niños elegibles para VFC. Adultos llame para una cita)  
(707) 433-5494 [www.alliancedmed.org](http://www.alliancedmed.org) Various Locations:

## **Providence Mobile Health Clinic\***

Clinics throughout Sonoma County. Call for day/time. (Ofrecen clínicas en varios lugares. Llame para el horario)  
(707) 547-4612 [www.providence.org](http://www.providence.org)

**The following are services available from Sonoma County Public Health:**

***Los siguientes son servicios disponibles a través de Salud Pública del Condado de Sonoma:***

- **Childhood Lead Poisoning Prevention 1-800-427-8982**
- **Laboratory Services (707) 565-4711** 3313 Chanate Rd., Santa Rosa Monday-Friday 8 am – 5 pm  
Testing available to the public. Ticks: (707) 565-4715
- **Maternal, Child & Adolescent Health Toll-free Line 1-800-427-8982**  
For help finding family planning, prenatal care, and affordable health care in Sonoma County.
- **Tobacco Prevention (707) 565-6680**
- **Travel Immunization Information** <https://sonomacounty.ca.gov/immunizations> [www.cdc.gov/travel](http://www.cdc.gov/travel)
- **Tuberculosis (TB) Control Program (707) 565-4567** Examination and treatment for suspect and active TB. By appointment only.
- **TB Skin Testing** available at all community health centers, call clinics for details. TB skin tests are also available at other locations in Sonoma County, visit: <https://sonomacounty.ca.gov/tb>