



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO ESTUDIANTIL DE INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Español

Información para Padres: Favor de llenar este formulario por completo y firmar en la sección indicada. En caso de una emergencia grave las normas del distrito escolar requieren mantener a los alumnos en la escuela por su seguridad. El personal escolar usará este formulario cuando los alumnos sean permitidos volver a casa. Favor de llenar electrónicamente o con letra de molde clara y entregar el formulario completo en la escuela.

APELLIDO DEL ALUMNO		NOMBRE			INICIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femen.		GRADO		IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA	
DOMICILIO DEL ALUMNO - Número		CALLE			APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO POSTAL -- Número (SI DIFIERE AL DE ARRIBA)		CALLE			APT #	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
Números telefónicos de contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*:			CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE			PARENTEZCO AL ALUMNO		VIVE CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DOMICILIO - número		CALLE			CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
Números Telefónicos de Contacto		Indicar a qué número llamar para cada tipo de mensaje*:			CORREO ELECTRÓNICO:		
HOGAR		EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
CELULAR		ASISTENCIA	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
TRABAJO		INFORMACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo		
<i>Al director: En caso de no localizarme durante una emergencia, le autorizo a contactar y, de ser necesario, entregarle a mi niño a cualquiera de las siguientes personas:</i>							
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
NOMBRE		PARENTEZCO		TEL. DEL HOGAR		TEL. DE CELULAR	TEL. DEL TRABAJO
<i>Incluir cualquier otro miembro de la familia que asista a esta escuela:</i>							
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
APELLIDO		NOMBRE			SALÓN PRINCIPAL	GRADO ESCOLAR	PARENTEZCO
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA							
El abajo firmante, como padre/tutor legal de: _____ menor de edad,							
<small>(Escribir el nombre del alumno con letra de molde)</small>							
por medio del presente autoriza al director o persona designada, habiéndosele encomendado el cuidado del alumno, a acceder a cualquier análisis con radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y/o atención en hospital para el alumno, según lo especifique un médico acreditado y/o dentista. Estoy al tanto de que esta autorización se extiende antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención en hospital con un médico acreditado o dentista conforme se determine necesario. Esta autorización se extiende de acuerdo con el Artículo 49407 del Código de Educación de California, y seguirá en vigencia hasta que se revoque por escrito y dicha revocación se entregue al Distrito. Entiendo que el Distrito, sus funcionarios y empleados no asumen responsabilidad de cualquier índole en relación con el transporte del alumno. También estoy al tanto de que el costo de transporte de paramédicos, hospitalización, análisis, radiografías, o tratamiento que se proporcione en relación con esta autorización será responsabilidad exclusivamente mía, como padre/tutor del alumno.							
ALERTA DE SALUD - <i>Incluir cualquier condición médica del alumno que limite actividad física o requiera atención especial. Incluir condiciones tales como asma y alergias (por ejemplo: a la crema de mani, o picaduras de abeja). Si el alumno no presenta ninguna condición indicar "ninguna".</i>							
INDICAR SI EL ALUMNO TIENE SEGURO MÉDICO (Marcar uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* Si respondió "Sí" Indique: <input type="checkbox"/> Seguro médico Particular <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families							
# de miembro MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES: _____							
1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #		1. SEGURO MÉDICO PARTICULAR		GRUPO #	
NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA				NOMBRE DEL DOCTOR/ CLÍNICA			
*Si el alumno actualmente no tiene seguro médico, para información sobre programas gratuitos o a precios módicos, llame sin costo alguno a la LINEA DE ASISTENCIA del Distrito al : 1(866)742-2273.							
MI HIJO ES ALÉRGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____							
MI HIJO ACTUALMENTE TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: _____							
HAGO CONSTAR QUE LEÍ Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y OTORGO MI AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, Y QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE EN ESTE FORMULARIO ES VERDICA Y CORRECTA.							
X						FECHA	
FIRMA DE: _____ (MARCAR UNO) <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL							

* El número telefónico seleccionado debe ser línea de marcado directo (no extensiones)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE

S.N.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
2011-2012

FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Conforme a las leyes estatales y federales, los distritos escolares pueden divulgar información del directorio estudiantil a ciertos individuos, organizaciones o funcionarios autorizados. Conforme a lo establecido en el artículo 49073 del Código de Educación de California, el LAUSD ha clasificado las siguientes categorías de información como datos del directorio aptos para su divulgación a los funcionarios y las organizaciones enumerados a continuación. Los padres de los alumnos de 17 años de edad o menores y los alumnos adultos de 18 años de edad o mayores pueden solicitar que el director de la escuela limite la divulgación de la información del directorio o que no divulgue su información en absoluto. La solicitud para impedir la divulgación de la información incluida en el directorio tiene vigencia solo durante el año lectivo en curso.

POR FAVOR LEA Y LLENE EL FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN -INCLUIDO A CONTINUACIÓN- Y ENTRÉGUESELO AL DIRECTOR DE LA ESCUELA. LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PODRÍA DIVULGARSE TAL COMO SE INDICÓ, SALVO A LA ENTREGA DE ESTE FORMULARIO.

LLENE, FIRME Y ENTREGUE ESTE SECCION EN LA ESCUELA DE SU HIJO

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES – MANUAL PARA PADRES Y ALUMNOS 2011-2012
FORMULARIO QUE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (Favor de escribir con letra de molde)	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número telefónico:	Salón de registro:	

INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL DIRECTORIO ESTUDIANTIL

1. Deseo que **no** se divulgue en lo absoluto a **ningún** individuo u organización.
- o
2. Deseo que no se divulgue la información del directorio estudiantil correspondiente a las casillas a continuación:

	NO DIVULGAR
PTA	
SECRETARÍA DE SALUD	
FUNCIONARIOS ELECTOS	
DCFS	
DEPTO. DE SALUD MENTAL	
DEPTO. DE LIBERTAD VIGILADA	

	NO DIVULGAR
1. Nombre	
2. Domicilio	
3. Número telefónico	
4. Fecha de nacimiento	
5. Fechas de asistencia	
6. Escuela(s) Anterior(es)	

3. Solamente para alumnos del 11º y 12º Grado escolar: Deseo que no se divulgue a la entidad o entidades indicadas a continuación, el nombre y apellido, dirección y número telefónico del alumno nombrado anteriormente.

____ Fuerzas Armadas de los Estados Unidos

____ Centros preuniversitarios, universidades, otros

____ Agencias de Reclutamiento (Militar)

____ Centros de Estudios Superiores

INFORMACIÓN QUE SE PODRÁ DIVULGAR A LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN

- Autorizo que el personal de los medios de difusión entreviste, fotografíe o filme a mi hijo.
- No autorizo que el personal de los medios de difusión entreviste, fotografíe o filme a mi hijo.

Firma del Padre/Tutor (si el alumno es menor de 18 años de edad)

Firma del alumno (si el alumno tiene por lo menos 18 años de edad)



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
2011-2012

IDENTIFICACIÓN RACIAL/ÉTNICA DE LOS ALUMNOS

A partir del año escolar 2009-10, el Distrito tendrá la obligación de reunir datos sobre el origen racial y étnico de todos los alumnos de nuevo ingreso, utilizando una pregunta de dos partes. La primera parte de la pregunta solicita que se indique si el alumno es hispano o latino. La segunda parte de la pregunta solicita a la persona que esté llenando el formulario que seleccione una o más razas.

Si usted desea hacer cambios a la categoría étnica o racial correspondiente, favor de llenar el siguiente formulario y entregarlo a la escuela de su hijo.

LLENE, FIRME Y ENTREGUE ESTA SECCION EN LA ESCUELA DE SU HIJO



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES – MANUAL PARA PADRES Y ALUMNOS 2011-2012
FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN ÉTNICA/RACIAL DE LOS ALUMNOS

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: (Favor de escribir con letra de molde)	Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Número telefónico:	Salón de registro:	

PASO 1

Indicar si el alumno es de origen Hispano/Latino Sí No

Si marcó "sí", continúe con el paso 3 si corresponde; si marcó "no" continúe con el paso 2 y después el 3 si corresponde.

PASO 2

Marcar la raza principal del alumno (seleccionar una)

- Afroamericano o Negro
- Amerindio o Nativo de Alaska

Asiático

- Indio Asiático
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Miao
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Vietnamita
- Otra originaria de Asia

Originario de Hawai o Isleño del Pacífico

- Guameño
- Hawaiano
- Samoano
- Tahitiano
- Otro origen de Isleño del Pacífico
- Blanco

PASO 3

Marcar la raza principal del alumno (seleccionar una)

- Afroamericano o Negro
- Amerindio o Nativo de Alaska

Asiático

- Indio Asiático
- Camboyano
- Chino
- Filipino
- Miao
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Vietnamita
- Otra originaria de Asia

Originario de Hawai o Isleño del Pacífico

- Guameño
- Hawaiano
- Samoano
- Tahitiano
- Otro origen de Isleño del Pacífico
- Blanco

Firma del Padre/Tutor (si el alumno es menor de 18)

Firma del Alumno (si el alumno tiene por lo menos 18 años de edad)



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

2011-2012

NOTIFICACIÓN ANUAL SOBRE EL USO DE PESTICIDAS

El Distrito ha adoptado normas sobre el programa integrado para el control de las plagas (IPM, por sus siglas en inglés). Estas normas establecen que es necesario notificarle a los padres de familia, a los tutores de los alumnos y al personal de la escuela si se usará un pesticida. Durante el año escolar, posiblemente sea necesario usar un pesticida en la escuela de su hijo para evitar los problemas de salud graves que acarrearán las plagas y/o para asegurar la integridad de estructuras. Sin embargo, si usted considera que la salud o el comportamiento de su hijo (o la salud del personal escolar) podría verse afectado por estar expuestos a un pesticida, se le notifica lo siguiente:

- Posiblemente se apliquen productos de la Lista de Productos Aprobados durante el año escolar (ver la lista adjunta de pesticidas de uso aprobado para los planteles educativos del Distrito Escolar).
- Si es necesario usar un producto que no se encuentra en la lista de productos aprobados, se le notificará al respecto con 72 horas de anticipación (excepción: casos de urgencia que requieren respuesta inmediata).
- Para información adicional en línea sobre los productos pesticidas, que incluye a los de la Lista de Productos Aprobados, visite: <http://www.cdpr.ca.gov>

Por favor llene y despegue el formulario a continuación y entréguelo en la oficina de la escuela, indique si desea que se le notifique con anticipación cada vez que se use un pesticida en la escuela.



Corte esta sección y entréguela si corresponde

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

2011-2012

SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN

Deseo que se me notifique cada vez que se use un pesticida en la escuela (por ejemplo, además de la notificación anual sobre los productos aprobados). Comprendo que la notificación se enviará a mi hogar con mi hijo por lo menos 72 antes de su aplicación. (Excepción: Circunstancias que requieran una respuesta inmediata.)

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

FECHA: _____

Nombre del alumno: (Escriba con letra de molde)	Salón
Nombre del padre/tutor: (Escriba con letra de molde)	
Firma del Padre/Tutor	

NOTE TO PRINCIPAL (nota para el Director)

Please forward a copy of this notice via school mail to:

Pest Management Department
Maintenance and Operations Central 3 and Special Services
Attention: Adrian Saldivar

**Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
Lista de Pesticidas Aprobados**

NOMBRE DEL PESTICIDA	(1) INGREDIENTE ACTIVO	FORMA	MÉTODO DE APLICACIÓN	PLAGA QUE ELIMINA	CATEGORÍA DE TOXICIDAD USEPA	(2) INDICACIÓN DE LA ETIQUETA	COMENTARIOS	Núm. de regulación de EPA
Advance Granular Ant Bait	abamectina B1 0.011%	Granular	Grietas en interiores, huecos exteriores de acuerdo con la etiqueta.	Hormigas	3	Caution (precaución)	Cebo de atracción Para su aplicación consultar sección de equipo de protección personal (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-370
Avert Cockroach Gel Bait (Formula 3)	abamectina B1 0.05%	Gel (Fórmula 3)	Cebo en polvo para grietas y huecos	Cucarachas	3	Caution (precaución)	Cebo de atracción Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-410
Avert Dry Flowable Cockroach Bait (Formula 1)	abamectina B1 0.05%	Polvo	Cebo en polvo para grietas y huecos	Cucarachas	3	Caution (precaución)	Cebo de atracción Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-294
Avitrol Whole Corn	4-aminopiridina 0.5%	Cebo granular	Esparcir mezcla con maíz entero para las palomas.	Palomas	3	Caution (precaución)	Producto de uso restringido. Utilícese únicamente cuando el personal y estudiantes no se encuentren en el área. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	11649-7
Bora-Care Termiticide, Insecticide and Fungicide Concentrate	disodium octaborate tetrahydrate 40%	Suspensión líquida	Aerosol para insectos que perforan madera	Termitas	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	64405-1
Contrac Blox	bromadiolone 0.005%	Cebo en bloque	Cebo para roedores a utilizarse únicamente en estación de camada	Roedores	3	Caution (precaución)	Uso esporádico en zonas de cebo. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	12455-79
Demize EC	Linalool 37% Piperonyl butoxide 40%	Líquido	Aerosol	Pulgas	1	Danger (peligro)	El supervisor de pesticidas debe aprobar cada aplicación. Usar únicamente en áreas no ocupadas. Avisarle al respecto al equipo IPM en su siguiente reunión. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	4758-181-57076
Distance IGR	Pyriproxyfen 0.5%	Granular	Aplicación local o rociado a voleo	Hormigas rojas	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	1021-1728-59639
Drax Liquidator Ant Bait	Orthoboric Acid 1.0%	Líquido	Usar únicamente en la estación de camada	Hormigas	3	Caution (precaución)	Uso exterior únicamente, previa aprobación del supervisor a cargo. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	9444-206
Drax Ant Kill Gel	orthoboric acid 5%	Gel	Camada dulce diseñada para uso en grietas y huecos – interiores y exteriores	Hormigas	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	9444-131
EcoExempt D	2-Phenethyl propionate 4.5%, Eugenol 1.75%	Polvo	Aplicación a mano	Insectos y cucarachas que producen picadura	3	Caution (precaución)	Para uso en interiores; áreas que no se utilicen. Para su aplicación consultar la sección de PPE indicado en la etiqueta del producto.	Excepción FIFRA

**Districto Escolar Unificado de Los Angeles
Lista de Pesticidas Aprobados**

EcoExempt KO	2-Phenethyl Propionate 5.0%, Eugenol 0.5%	Aerosol	Grietas interiores y exteriores, así como huecos	De acuerdo con la etiqueta	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	Exención de FIFRA
Gas Cartridge (for Burrowing Rodents)	Sodium nitrate 53%, Charcoal 28%	Cartucho	Encender mecha del cartucho y sellar la madriguera	Ardilla de tierra	2	Warning (Advertencia)	Produce monóxido de carbono. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	56228-2
Generation Mini-Block	difethialone 0.0025%	Sólido	Cebo para uso exclusivo en trampas	Roedores	3	Caution (precaución)	Uso exclusivo en trampas de cebo a prueba de manipulación. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	7173-218
Gentrol IGR Concentrate	hydroprene 9%	Líquido	Aerosol para grieta y huecos	Cucaracha, pulgas, plagas en instalaciones para almacenar	2	Caution (precaución)	Para uso exclusivo en estructuras. Regulador de la reproducción de insectos. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	2724-351
M-Pede	potassium salts of fatty acids 49%	Líquido	Rociar directamente a las plagas	Abeja africanizada, tisanóptaro y mosca blanca	2	Warning (Advertencia)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	53219-6
MotherEarth 2% Py	Pyrethrin 2.0% (a botanical insecticide)	Aerosol	Usar de acuerdo con la etiqueta	Pulgas, jejenes, mosquitos, abejas, ácaros de aves	3	Caution (precaución)	Seguir precauciones para manejo de alimentos al usar este producto. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-520
Niban Granular Bait and Niban-FG	Orthoboric Acid-5%	Granular y grano fino	Cebo para uso en interiores y exteriores	Varios insectos	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	64405-2
NiBor-D	Disodium Octaborate Tetrahydrate-98%	Polvo	Aplicación en seco o mojado	Varios insectos	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	64405-8
Nylar IGR	Pyriproxyfen 1.3%	Líquido	Aerosol	Pulgas y cucarachas	3	Caution (precaución)	Usar únicamente en exteriores, desalojar la zona primero. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	11715-307-57076
PT 565 Plus XLO Formula 2	pyrethrins-0.5% piperonyl butoxide -1% n-octyl bicycloheptene dicarboximide 1%	Aerosol	Usar de acuerdo con la etiqueta	Pulgas, jejenes, mosquitos, abejas, ácaros de aves	3	Caution (precaución)	Limitar reingreso a las áreas rociadas 24 horas después de uso. Seguir las precauciones de manejo de alimentos al usar este producto. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-290
PT Wasp Freeze	phenothrin 0.12% d-trans allethrin 0.129%	Aerosol	Aerosol para exteriores y aplicado directamente sobre avispas y abejas	Avispas, avispones y abejas	3	Caution (precaución)	Obtenga la aprobación del supervisor antes de utilizarlo. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	499-362
Recruit IV AG (Sentricon)	Noviflumuron 0.5%	Sólido	Usar únicamente en la estación de camada	Termitas subterráneas	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	62719-454
Recruit IV (Sentricon)	Noviflumuron 0.5%	Sólido	Usar únicamente en la estación de camada	Termitas subterráneas	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	62719-453

**Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
Lista de Pesticidas Aprobados**

Rozol Pocket Gopher Bait	Chlorphacinone.....0.005%	Bolitas de cebo	Poner únicamente en las madrigueras de los topos	Topos	3	Caution (precaución)	Aplicar a los campos y las áreas de jardinería cuando los niños no estén directamente en esos sitios. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	7173-184
Suspend SC	deltamethrin 4.75%	Líquido	Rociar	Pulgas, garrapatas y hormigas rojas	3	Caution (precaución)	Para uso exclusivo en exteriores y aplicado a pulgas, garrapatas y hormigas. Prohibir la entrada durante 24 horas posteriores la aplicación. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	432-763
Tim-Bor Professional	disodium octaborate tetrahydrate 98%	Polvo	Aplicación en seco o mojado	Hongos y organismos destructores de madera	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	64405-8
Victor Poison Free Wasp & Hornet Killer (No. 604)	Mint Oil 8% and Sodium Lauryl Sulfate 1%	Aerosol	Rociar	Avispas, avispones y abejas de franjas amarillas	N/C	N/C	Exento bajo FIRFA Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	Exención FIRFA
Wilco Ground Squirrel Bait	Diphacinone 0.005%	Cebo en grano	Colocar en las trampas de cebo	Ardilla de tierra	3	Caution (precaución)	No usar antes de que lleve. Solicitar aprobación del supervisor para cada uso. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	36029-20
ProFoam Platinum	Sodium Decyl Sulfate, Sodium Lauroampho Acetate, Sodium Lauryl Sulfate.....60%	Espuma	Agente que produce espuma; no es plaguicida	Varios usos	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	Ca. Reg. 1051148-50001-AA
Summit Bti Briquets	Bacillus thuringiensis subspecies israelensis solids, spores and insecticidal toxins-10%	Briquetas sólidas	Larvicida flotante	Larvicida para mosquitos	3	Caution (precaución)	Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	6218.47
Mosquito Larvicide GB 1111	Aliphatic Petroleum Hydrocarbons-98.7%	Líquido	Aplicar a la superficie del agua	Larvicida para mosquitos	3	Caution (precaución)	En aplicación se deberá exhibir cintas o barreras y carteles de precaución en el área; informar al Equipo IPMI sobre cada aplicación en su reunión siguiente. Se implementarán las medidas de administración del inventario. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	8329-72
Altosid Briquets	S-Methoprene- 8.62%	Briquetas	Larvicida flotante	Larvicida para mosquitos	3	Caution (precaución)	Este producto no se debe usar en áreas de flujo de agua, bocas de desagüe, reservas o cualquier área de posible flujo de agua. Para su aplicación consultar sección de (PPE) indicado en la etiqueta del producto.	2724-375

Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
Programas Children's Health Access y Medi-Cal (CHAMP, por sus siglas en ingles)
Gráfica Comparativa de Seguros de Salud en el año 2011-2012 *

Beneficios de Salud	MEDI-CAL	HEALTHY FAMILIES	HEALTHY KIDS	PLAN KAISER PERMANENTE DE CUIDADO MEDICO INFANTIL
¿Quién reúne los requisitos?	Niños de 0-21 años de edad	Niños de 0-19 años de edad.	Niños de 0-18 años de edad (Programa cerrado para inscripciones nuevas para niños de 6-18 años de edad)	Niños de 0-19 años de edad
Prima del plan mensual	Ninguna prima mensual	\$4-\$24 por niño	\$15 por niño, Max. \$45 por familia	\$8 o \$15/niño, máx. \$45/familia
Costo máx. Anual por:	Medi-cal libre de cargo (gratis): <ul style="list-style-type: none"> Niños de 0 a 1: un máx. de 200% FPL Niños de 1 a 6: un máx. de 133% FPL Niños de 6 a 9: un máx. de 100% FPL Si los ingresos son superiores al % permitido se deben compartir los costos. (El costo compartido es similar al deducible. Significa que la persona deberá asumir responsabilidad por cierta cantidad del costo de la atención médica de la familia durante el mes en que la persona desee hacer uso de Medi-Cal).	Costo máximo anual por niño \$48-\$288 (si la familia paga 3 meses por adelantado, el cuarto mes es gratuito) Max. \$1,114 por familia con <u>3 niños o más al año</u> (Incluye un co-pago máximo de \$250 por familia/año)	Max. \$144 por niño por año. Max. Anual de \$790 por familia con <u>3 niños o más</u> (Incluye un co-pago máximo de \$250 por familia/año)	Cantidad máxima anual de gastos ordinarios, \$250 por niño. Para una familia de 3 niños o más, cantidad máxima anual de gastos ordinarios \$500.
• Niño con ingresos máx.				
• Niños en la familia				
Servicios y visitas a especialista en consultorios médicos	100% de cobertura	\$5 - \$10 por visita	\$5 por visita	\$0 - \$5 por visita Consultar Prueba de Cobertura
Cuidado Preventivo	100% de cobertura	Ningún cargo	Ningún cargo	Cargo anual \$5, no se cobran algunos servicios
Hospitalización	100% de cobertura	Ningún Cargo – 100% de cobertura	Ningún Cargo	Ningún Cargo
Cuidado Urgente	100% de cobertura	\$5/visita – 100% de cobertura	\$5 por visita (eximido por hospitalización)	\$5 por visita
Emergencia	100% de cobertura	\$5- \$15 por visita – 100% de cobertura Sin cobro por hospitalización	\$5 por visita – 100% de cobertura	\$35 por visita No se cobra si se requiere hospitalización
Salud Mental	100% de cobertura por medio del plan de salud y/o del Condado	Ningún cargo por servicios al estar internado; \$5/visita a pacientes externos	Ningún cargo por servicios al estar internado; \$5/visita a pacientes externos	\$5 individual/\$2 en grupo / visita
Medicamentos con Receta	100% de cobertura	\$5 - \$15 por medicamento recetado	\$5 por medicamento recetado	\$5 por medicamento recetado \$20 por medi. de marca (para un máximo de 100 días)
Dental	Ningún cargo (Cuidado preventivo, Empastes, barniz dental, servicios diagnósticos)	Ningún cargo (Cuidado preventivo, empastes, barniz dental, servicios diagnósticos); \$5 (servicios a mayor escala)	Ningún cargo (Cuidado preventivo, empastes, barniz dental, servicios diagnósticos); \$5 (servicios a mayor escala)	Prestador: Delta Dental Ningún cargo (revisión básica) \$5-\$25/visita (empastes y servicios de mayor escala)
Visión	100% de cobertura para los exámenes y un par de anteojos cada dos años.	Una vez cada 12 meses. \$5 por examen; \$5 anteojos, armazón o lentes.	Una vez cada 12 meses. \$5 por examen; \$75 para armazón y \$110 para lentes de contacto (incluye examen, ajuste y materiales)	Una vez cada 12 meses. \$5 por examen; \$125 para lentes o anteojos de contacto cada dos años.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES

SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL
Programas de Alianza con la Comunidad y Medi-Cal
333 S. Beaudry Avenue, Piso 29
Los Angeles, CA 90017

Ramon C. Cortines
Superintendente Escolar

Judy Elliott
Directora General de Enseñanza
Dirección de Currículo, Instrucción,
y Apoyo Escolar

Rene Gonzalez
Superintendente Auxiliar
Servicios Humanos y de Salud Estudiantil

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Esta notificación describe la manera en que la información médica de su hijo se puede utilizar y divulgar y lo que usted debe hacer para tener acceso a dicha información. Por favor lea este documento detenidamente.

Las leyes federales y la Ley que Rige la Transferibilidad y la Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA,) requieren que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, sus escuelas y las entidades contratadas por el Distrito se aseguren de respetar la confidencialidad de la información protegida sobre la salud (PHI). La PHI es la información que hemos creado o recibido sobre las afecciones de salud pasadas, presentes o futuras de su hijo que pueden ser utilizadas para identificar a su hijo. A menos que usted lo autorice por escrito, sólo divulgaremos la información en el historial médico a fin de que se dé tratamiento, un pago, administración de la atención médica o cuando la ley lo requiera o lo permita. No hemos enumerado todas las maneras para el uso de la información, sin embargo las maneras en que se la utiliza o divulga, encuadran dentro de una de las siguientes descripciones.

1. **Recordatorios de citas, y prestaciones o servicios de salud:** podremos utilizar la PHI para enviarle un recordatorio sobre una cita. También podemos utilizar la PHI para proporcionarle información sobre otros tratamientos o servicios de atención médica.
2. **Tratamiento:** Podremos usar o divulgarle su PHI a aquellas personas que le ofrecen servicios de atención médica a usted o a su hijo, por ejemplo a los médicos, enfermeras u otros profesionales que ofrecen atención médica. La PHI también se puede utilizar para canalizar casos a hospitales, especialistas u otras alternativas de tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir la PHI con el personal indicado de la escuela para la elaboración del Programa de Educación Individualizado (IEP) con el fin de recomendar servicios de Educación Especial aptos para abordar las necesidades de salud de su hijo cuando se encuentre en la escuela.
3. **Para recibir pago por el tratamiento que su hijo recibió:** podremos usar y divulgar su PHI para facturar y recibir pagos por el tratamiento y servicios que su hijo haya recibido en la escuela o entorno comunitario. Por ejemplo, LAUSD factura a Medicaid por los servicios que se le proporcionan a alumnos que cumplen con los requisitos para recibir Medi-cal.
4. **Administración de Servicios de Atención Médica:** Podremos utilizar o divulgar el PHI para administrar los centros de atención médica en los planteles escolares. Por ejemplo, nuestro equipo de mejoramiento de la calidad puede utilizar la información que se encuentra en el historial médico de su hijo para analizar la atención que recibió el alumno y los resultados con el fin de mejorar la calidad de los servicios.
5. **Para acatar requisitos legales:** Podremos usar y divulgar la PHI a funcionarios gubernamentales o del orden público cuando las leyes federales, estatales o locales lo soliciten. También compartimos la PHI cuando se nos requiere en un tribunal u otros procesos jurídicos. Por ejemplo, si una ley establece que se divulgue información sobre los alumnos que han sido abusados, proporcionaremos dicha información.
6. **Para informar sobre actividades de salud pública:** podemos utilizar y divulgar la PHI a funcionarios gubernamentales a cargo de recopilar cierta información de salud pública. Por ejemplo, compartimos información sobre natalidades, fallecimientos y otros datos estadísticos sobre enfermedades, por ejemplo SARS y varicela.
7. **Para realizar investigación:** no divulgamos la PHI para que se realice investigación médica. Sin embargo sí la divulgamos para recopilar información que es imposible vincular con su hijo.
8. **Para evitar un daño:** para evitar poner en peligro la salud y la seguridad de una persona o del público le podemos proporcionar la PHI a entidades policiales, personal especializado en casos de urgencia y a otras personas que pueden impedir o disminuir un daño.
9. **Recaudación de fondos:** podemos usar y divulgar la PHI para solicitar subvenciones y/o se la podemos divulgar a entidades que ofrecen subvenciones con el fin de obtener fondos para mejoras y la expansión de nuestros servicios. (a pesar de que está autorizado por ley, el LAUSD no acostumbra a usar o divulgar la PHI en una manera que permita que dicha información se vincule con su hijo).

Sus derechos

- Leer u obtener una copia de la información que se tiene sobre su hijo, o corregir la información personal que se tiene sobre su hijo si usted considera que hace falta o que es incorrecta. Si alguna otra persona (por ejemplo su médico) nos proporcionó la información, le informaremos a usted quién nos la proporcionó para que usted les pueda pedir que la corrijan.
- Solicitar que no utilizemos la información sobre la salud de su hijo para recibir pago o realizar actividades para la administración de la atención médica. (No se exige que acordemos con dichas solicitudes)
- Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas de la salud por medio de otros métodos alternativos razonables o que enviemos dicha información a una dirección diferente, si el envío de estas comunicaciones a su domicilio lo pondría en peligro.
- Usted tiene el derecho en cualquier momento de retirar o revocar por escrito su consentimiento. Sin embargo, podemos rehusarnos a continuar ofreciéndole tratamiento médico a un niño si sus padres revocan el consentimiento dado.
- Recibir una lista de los datos que hemos divulgado sobre la salud de su hijo a partir del 14 de abril de 2003, con las siguientes excepciones:
 - o La información se divulgó para tratamiento, pago o administración de servicios de atención médica; o
 - o La ley de alguna otra manera limita la aplicación de contabilidad.

Proceso para Presentar Denuncias

Si usted considera que posiblemente hemos quebrantado sus derechos de confidencialidad, puede enviar su denuncia por escrito a:

Los Angeles Unified School District
Student Health and Human Services
333 South Beaudry Avenue, 29th Floor
Los Angeles, CA 90017
Attn: Rene Gonzalez, Asst. Superintendent

Método alternativo para presentar una denuncia:

Privacy Complaints
P.O. Box
U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare and Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, Maryland
1-800-633-4227