

PENDLETON SCHOOL DISTRICT REGISTRATION FORM

Last Name (Legal) First Name Middle Name

Last Name (Preferred) First Name Middle Name

Grade: ____ Gender: M F X DOB: ____ / ____ / ____ Student Cell #: _____ Email: _____

Services or Programs (Check all that may apply): ☐ Military Connected ☐ Medical or Medication Supports ☐ Title I Services ☐ 504 Accommodations ☐ IEP/IFSP/Special Education ☐ English Learner Services ☐ Homeless Youth Services ☐ Behavior Services ☐ Counseling ☐ Migrant ☐ Other: _____

Last School Attended: _____

Phone _____ Fax _____

Household Information:

Residence Address: _____ City/State _____ Zip Code _____

Mailing Address: if different from residence _____

Do you live on Trust Land? ☐ YES ☐ NO

Are you living with friends or relatives due to financial hardship? ☐ YES ☐ NO

Are you in a temporary living situation (hotel, campground, vehicle, etc.) due to loss of housing or financial hardship? ☐ YES ☐ NO

Parent/Guardian Information and Emergency Contact Information:

	Name	Relation	L/W	Phone			Employer
1			Y N	Home	Cell	Work	
	Email:						
2			Y N	Home	Cell	Work	
	Email:						

Emergency Contacts: Allowed to pick up student from school

	Name	Relationship	Phone
3			
4			

Other Children Living in Household

Child's Legal Name (Last, First, Middle)	Gender	Birthdate	School	Grade

The Federal Family Education Rights and Privacy Act of 1974 permits the school district to release certain information known as “directory information”. If you do not wish us to release “directory information” and/or have your child appear in a photograph, videotape, film or slide, please let your school know IN WRITING within two weeks of receiving this notice. Otherwise it is not necessary to take any action. If you have any questions on this notification, please call the Pendleton School District at (541)276-6711.

Parent/Guardian Signature _____ Relationship _____ Date _____

OFFICIAL USE ONLY:

Enrolling School:		Enrollment Code:		Enrollment Date:		Records Req:		Records Rcvd:	
-------------------	--	------------------	--	------------------	--	--------------	--	---------------	--

It is the responsibility of the parent/guardian to provide the school with any legal documentation or court orders that apply to the student and are relevant to the child’s educational experience.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR DE PENDLETON

Apellido (Legal)

Nombre

Segundo Nombre

Apellido (Preferido)

Nombre

Segundo Nombre

Grado: _____ Género: M F Fecha de nacimiento: _____ Número de celular del estudiante: _____ Correo electrónico: _____

Servicios o programas (marque todos los que correspondan): ☐ Conectado con militares ☐ Apoyo médico o de medicamentos ☐ Servicios del Título I ☐ Adaptaciones 504 ☐ IEP/IFSP/Educación especial ☐ Servicios para estudiantes de inglés ☐ Servicios para jóvenes sin hogar ☐ Servicios de comportamiento ☐ Asesoramiento ☐ Migrante ☐ Otro: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Teléfono

Fax

Información del hogar:

Dirección de residencia:

Ciudad/Estado

Código postal

Dirección postal: si es diferente de la residencia

¿Vive usted en una propiedad de fideicomiso? ☐ Sí ☐ NO

¿Vive usted con amigos o familiares debido a dificultades económicas? ☐ Sí ☐ NO

¿Se encuentra en una situación de vivienda temporal (hotel, camping, vehículo, etc.) debido a la pérdida de su vivienda o dificultades económicas? ☐ Sí ☐ NO

Información para padres/tutores e información de contacto de emergencia:

	Nombre	Relación		Teléfono			Empleador
1			Si No	Hogar	Celular	Trabajo	
	Correo electrónico:						
2			Si No	Hogar	Celular	Trabajo	
	Correo electrónico:						

Contactos de emergencia: Permitido a recoger al estudiante de la escuela.

	Nombre	Relación	Teléfono
3			
4			

Otros niños que viven en el hogar

Nombre legal del niño (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Género	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

La Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 permite al distrito escolar divulgar cierta información conocida como "información de directorio". Si no desea que divulguemos esta información ni que su hijo/a aparezca en una fotografía, video, película o diapositiva, por favor, infórmele a su escuela POR ESCRITO dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de esta notificación. De lo contrario, no es necesario tomar ninguna medida. Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, llame al Distrito Escolar de Pendleton al (541) 276-6711.

Firma del padre/tutor

Relación

Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL:

Escuela de inscripción:		Código de inscripción:		Fecha de inscripción:		Requisitos de registros:		Registros recibidos:	
-------------------------	--	------------------------	--	-----------------------	--	--------------------------	--	----------------------	--

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

Age and Legal Guardian Verification Form

Date: _____

Staff Member Verifying Information: _____

Type of Documentation: (check all that apply)

- ☐ Birth Certificate
- ☐ Hospital or Physician's Certificate
- ☐ Adoption Record
- ☐ Legal Affidavit from Parent
- ☐ Previously verified school records
- ☐ Foster Care Guardianship documentation
- ☐ Court Guardianship or Custody documents
- ☐ Other Legal Documentation: _____

Student Date of Birth: _____

Student:

_____	_____	_____
Last Name (Legal)	First Name	Middle Name

Mother:

_____	_____	_____
Last Name (Legal)	First Name	Middle Name

Father:

_____	_____	_____
Last Name (Legal)	First Name	Middle Name

Formulario de verificación de edad y tutor legal

Fecha: _____

Miembro del personal que verifica la información: _____

Tipo de documentación: (marque todas las que correspondan)

- ☐ Certificado de nacimiento
- ☐ Certificado de hospital o médico
- ☐ Registro de adopción
- ☐ Declaración jurada o acta notarial de los padres
- ☐ Expedientes escolares previamente verificados
- ☐ Documentación de tutela temporal
- ☐ Documentos de tutela o custodia judicial
- ☐ Otra documentación legal: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Alumno:

_____	_____	_____
Apellido (Legal)	Nombre	Segundo Nombre

Madre:

_____	_____	_____
Apellido (Legal)	Nombre	Segundo Nombre

Padre:

_____	_____	_____
Apellido (Legal)	Nombre	Segundo Nombre



Oregon Certificate of Immunization Status *Certificado de estado de vacunación*

Oregon law requires proof of immunization or exemption signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority.

La ley de Oregon requiere que se entregue un comprobante de vacunación o de exención firmado antes de que un(a) menor asista a la escuela, al preescolar, a un centro de cuidado infantil o a una guardería. Esta información se recopila en nombre de la Autoridad de Salud de Oregon y la escuela o el centro infantil, y puede divulgarse a la Autoridad o al departamento local de salud pública, si la Autoridad la solicita.

Child's last name <i>Apellido del/de la menor</i>	First name <i>Primer Nombre</i>	Middle name <i>Segundo Nombre</i>	Birth date <i>Fecha de Nacimiento</i>
Parents' or Guardians' names <i>Nombre de los padres o tutores</i>		Phone number <i>Número de Teléfono</i>	

Write the dates the child received the vaccines

Indique las fechas en las que el/la menor recibió las vacunas

Vaccines / Vacunas	Dose 1 <i>Dosis 1</i>	Dose 2 <i>Dosis 2</i>	Dose 3 <i>Dosis 3</i>	Dose 4 <i>Dosis 4</i>	Dose 5 <i>Dosis 5</i>
Diphtheria/Tetanus/Pertussis <i>Difteria/tétanos/tos ferina</i> (DTaP)					
(Tdap)					
Polio (IPV or OPV)					
Varicella (Chickenpox) <i>Varicela</i>					
Measles/Mumps/Rubella (MMR) <i>Sarampión/paperas/rubéola</i>					
Hepatitis B (Hep B)					
Hepatitis A (Hep A)					
Haemophilus Influenzae Type B <i>Tipo B (Hib)</i>					

I certify that the information on the form is an accurate record of this child's immunizations.

Certifico que la información en el formulario es un registro exacto de las vacunas de este(a) menor.

Signature*

Firma X*

Date

Fecha

Update Signature

Actualizar la firma

Date

Fecha

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

**El padre, la madre, el tutor, un estudiante de por lo menos 15 años de edad, un proveedor médico o un miembro del personal del departamento de salud del condado puede firmar para verificar las vacunas.*

Instructions for Completing the Certificate of Immunization Status

Contact information:

Complete information for your child including full name, birthdate, current mailing address, parents' or guardians' names and phone number. This information will be used to contact you if there are questions about your child's immunization history.

Required vaccines (First page):

Fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine. Doses must be listed in the order received. Check with your child's school or daycare to find out which vaccines are required for your child's age or grade.

Signature:

The parent or guardian signature is a sworn statement that the child's record is accurate. The signature of a physician or local health department is not required but it is acceptable. People 15 years and older can sign their own records. **Every time you add on to your child's information you need to resign the form.**

Other vaccines received (Second page):

For any vaccine not listed on the front, fill in the month/day/year that your child received each dose of vaccine.

Exemptions:

Oregon allows medical and nonmedical exemptions.

For a nonmedical exemption, check the appropriate box and submit one of the following required documents:

1. A certificate signed by a health care practitioner verifying discussion of the benefits and risks of immunization, or
2. A certificate of completion of the vaccine educational module about the benefits and risks of immunization.

Indicate which vaccines you are exempting your child from by checking the boxes. Sign and date on the indicated line.

For a medical exemption, submit the Oregon Medical Exemption Form signed by your child's physician to the school or child care.

Immunity documentation requires a proof of disease from a blood test or documentation from a health care practitioner or local health department. Submit this documentation to the school or child care.

Instrucciones para llenar el Certificado de Estado de Vacunación

Información de contacto:

Dé la siguiente información sobre su hijo(a): nombre completo, fecha de nacimiento, nombres de los padres o tutores. Usaremos esta información para comunicarnos con usted si hay preguntas sobre los datos de vacunación de su hijo(a).

Vacunas requeridas (primera página):

Escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna. Las dosis se deben enumerar en el orden en que fueron recibidas. Averiguar con la escuela o guardería cuales son las vacunas requeridas para la edad y grado escolar de su niño(a).

Firma:

La firma del padre, madre o tutor, es una declaración jurada de que la historia de vacunas del niño esta correcta. La firma del médico o del departamento de salud local no son requeridas, pero son aceptadas.

Cada vez que agregue datos a la información sobre su hijo(a) debe volver a firmar el formulario.

Otras vacunas recibidas (segunda página):

Por vacunas que no están mencionadas en la primera página nómbruelas en la segunda página, escriba el mes/día/año en que su hijo(a) recibió cada dosis de vacuna.

Exenciones:

Oregón permite exenciones médicas y no médicas.

Para una exención no médica, marque la casilla adecuada y presente uno de los siguientes documentos requeridos:

1. Un certificado firmado por un proveedor de atención de salud verificando la discusión de los beneficios y riesgos de la vacunación, o
2. Un certificado de terminación del módulo educativo de la vacuna sobre los beneficios y riesgos de la vacunación.

Para una exención médica presente el formulario de Exención Médica de Oregon firmado por el doctor de su hijo(a) o el departamento de salud local a la escuela o cuidado infantil.

La documentación de inmunidad requiere un comprobante de enfermedad por análisis de sangre o documentación de un médico u del departamento de salud local. Entregue la documentación a la escuela o guardería.



State of Oregon - Language Use Survey

This document is given when a student enters a school district for the first time.

The State of Oregon honors the languages and cultures of its people and respects all languages in our schools. We encourage the revitalization and preservation of indigenous languages and multilingualism.

This document will allow the school to determine if your student qualifies for screening to receive additional instruction to learn the English language.

Student Name: _____ **Grade:** _____ **Date:** _____

Parent/guardian name: _____

Parent/guardian signature: _____

Information	Questions
This section will allow the school to know if your student qualifies for screening to receive additional instruction to learn the English language.	1. What language(s) are primarily used in the home? _____ 2. What was the first language(s) that your student learned? _____ 3. What language(s) does your student use most frequently at home? _____
This question will let the school know if you, the parent/guardian, need an interpreter or documents translated. This has no cost. <i>This section is for informational purposes only and is not used to identify if your student needs supports to learn the English language.</i>	In what language(s) would you prefer to receive communication from the school? _____



State of Oregon - Language Use Survey

Estado de Oregón - Encuesta De Idiomas En Casa

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

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

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

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

Nombre de padre, madre, o guardián: _____

Firma de padre, madre, o guardián: _____

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

Ultima revision – 4 de noviembre, 2022

Last Update November 4, 2022

Race & Ethnicity Information Form

Beginning in 2010, new federal regulations require that all U.S. schools gather statistical data on students' race and ethnicity using new categories. In order for the data to best reflect the identities of our communities, it is important that parents and guardians be thoughtful about their families' ethnic and racial identity when choosing the appropriate categories for their children. Both questions below **must** be answered to complete all student records.

Please complete one form for each of your students, answering both Question #1 and #2, and return the form(s) to the school office. Thank you.

Student Information

School: _____

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Question #1 (required): ETHNICITY — Are you Hispanic or Latino? ☐ Yes ☐ No

All persons of Latino, Hispanic or Spanish origin (descended from a Central or South American, Mexican, Cuban, Puerto Rican, Dominican, or other Spanish-speaking country of origin, regardless of race or original language) should answer "Yes." All persons answering "Yes" to this first question will be recorded as Hispanic/Latino. Continue to Question #2.

Question #2 (required): RACE — Please mark all that apply.

You must mark at least one category. Those who choose more than one category will be reported as multiracial.

☐ **American Indian or Alaskan Native:**

☐ **U.S.** A person having origins in any of the indigenous peoples of the continental U.S. or Alaska. **Tribal affiliation, if known:**

☐ **Latin America and Canada** A person having origins in any of the indigenous peoples of Canada, Mexico, Central America, South America, or the Caribbean.

☐ **Asian** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent.

☐ **Black or African American** A person having origins in any of the original peoples of the Black racial groups of Africa.

☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa or other Pacific Islands.

☐ **White** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa.

Signature of Parent or Guardian

Date

*If an individual or the parent on behalf of the student does not complete the two-part question, then the educational institution will take steps to collect and document information allowing the reporting of the individual in one of the Federal reporting categories. The US Department of Education will continue its existing policy of **using observer identification in these cases.***

Formulario de información de raza y etnia

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

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

Información del estudiante

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma del padre o tutor

Fecha

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

Pendleton School District – Electronic Communications System Agreement

Your student needs your permission to use the district's electronic communications system. Your student will be able to communicate with other schools, colleges, organizations and individuals around the world through the Internet and other electronic information systems/networks.

With this educational opportunity also comes responsibility. Inappropriate system use may result in discipline, up to and including expulsion from school, suspension or revocation of your student's access to the district's electronic communications system, and/or referral to law enforcement officials.

Although the district is committed to practices that ensure the safety and welfare of system users, including the use of technology protection measures such as Internet filtering, please be aware that there may still be material or communications on the Internet that district staff, parents and students may find objectionable. While the district neither encourages nor condones access to such material, it is not possible for us to eliminate that access completely.

Attached to this letter is an agreement for your student and you to read and sign stating agreement to follow the district's electronic communications system policy and administrative regulation. The district's policy IIBGA – Electronic Communications System and administrative regulation are accessible from the district's website or upon request and include provisions on, but are not limited to, student use under General Use Prohibitions and Guidelines/Etiquette and student-related rules under Violations and Consequences.

Please review the district's Electronic Communications policy and administrative regulation, and the provision therein, carefully with your student and return the attached agreement form to the school office indicating your permission for your student to use the district's electronic communications system.

Policy IIBGA: Electronic Communications System

https://policy.osba.org/pendletn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&_charset_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendletn&query=electronic+

Student Agreement for an Electronic Communications System Account

*Student agreement must be renewed each academic year.

Student Name: _____

Grade: _____

School: _____

I have received notice of and read the district's Electronic Communications System policy and administrative regulation. I give my permission to the district to issue an account for my student and certify that the information contained in this form is correct. I will monitor my student's use of the system and the access to the Internet and will accept responsibility for supervision in that regard if and when my student's use is not in a school setting. In consideration for the privilege of using the district's electronic communications system and in consideration for having access to the public networks, I hereby release the district, its operators and any institutions with which they are affiliated from any and all claims and damages of any nature arising from my, or my student's use, or inability to use, the system including, without limitation, the type of damages identified in the district's policy and administrative regulation.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name: (please print) _____

Distrito Escolar de Pendleton – Acuerdo del Sistema de Comunicaciones Electrónicas

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

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

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

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

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

Política IIBGA: Sistema de Comunicaciones Electrónicas

https://policy.osba.org/pendlethn/search.asp?si=75853865&pid=r&nsb=1&n=0&_charset_=windows-1252&bcd=%F7&s=pendlethn&query=electronic+

Acuerdo de Estudiante para una Cuenta del Sistema de Comunicaciones Electrónicas

*El acuerdo de estudiante debe renovarse cada año académico.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____

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

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre de los padres/guardián: _____

Health, Developmental, and Social History

CONFIDENTIAL

For Educational Purposes Only

Student's Name: _____

Parents are: _____ Married _____ Divorced _____ Other (Please Explain) _____

Is there any custodial concerns/parent plan that we should be aware of? _____

DEVELOPMENTAL or EARLY HISTORY:

Did your child meet developmental milestones? _____ walk? _____ talk? _____ toilet trained?

MEDICAL HISTORY and ILLNESS OF STUDENT: (Check those that are true for this child; Star (*) those that are a present concern)

_____ Allergy Known _____ Asthma _____ Color Blindness _____ Concussion _____ Diabetes _____ Heart Condition

_____ Seizure Disorder _____ Ear Infections (Tubes in Ears? _____) _____ Eye Problems? (Wears Glasses? _____)

_____ Hearing Loss (Hearing Aids? _____)

Does the child have any physical limitation/health problems? _____ No _____ Yes If yes, please describe:

Does this child need special or continuing medical care? _____ No _____ Yes If yes, please describe:

CURRENT GENERAL HEALTH STATUS:

Is child taking any medications? _____ No _____ Yes, for _____

Name of medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Is medication needed at school? _____ No _____ Yes

SOCIAL BEHAVIORS:

Favorite Activities: _____ Home Responsibilities _____

Child behavior/response to anger: _____

Fear/Conflicts: _____

Circle all behaviors that apply to your child: *affectionate; shy, friendly, withdrawn, inactive, curious, hyperactive, impulsive or explosive behavior, cries easily, aggressive, prefers to be alone, easily frustrated.*

Additional comments: _____

Attended Preschool? _____ No _____ Yes If yes, how long? _____ Where?

Has child been seen by a: _____ Psychologist _____ Psychiatrist _____ Counselor

Dates?

Comments:

ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCING EDUCATION PROCESS:

How many times has this child moved in the last two years? _____

Has this child experienced death/divorce within the immediate family? _____

Agencies working with the family: _____

What are your educational concerns for this child? _____

Are there other concerns? _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Historial de salud y desarrollo social

CONFIDENCIAL

Sólo para fines educativos

Nombre del estudiante: _____

Los padres son: _____ Casados _____ Divorciados _____ Otro (Por favor, explique) _____

¿Existe alguna inquietud sobre la custodia o algún plan de los padres que debamos conocer? _____

HISTORIAL DE DESARROLLO INFANTIL:

¿Su hijo cumplió las distintas habilidades de desarrollo? _____ Caminar? _____ Hablar? _____ ¿Sabe ir al baño?

HISTORIAL MÉDICO Y ENFERMEDADES DEL ESTUDIANTE: (Marque las que sean verdaderas para este niño; marque con una estrella (*) las que sean una preocupación actual)

____ Alergia conocida ____ Asma ____ Daltonismo (deficiencia de color al ver) ____ Convulsión cerebral ____ Diabetes

____ Enfermedad cardíaca ____ Trastorno convulsivo ____ Infecciones de oído (¿Tubos en los oídos?

____ Problemas oculares? ¿Usa anteojos? _____ Pérdida auditiva ¿Usa audífonos? _____

¿Tiene el niño alguna limitación física o problema de salud? _____ No _____ Sí Si es así, descríballo:

¿Este niño necesita atención médica especial o continua? _____ No _____ Sí Si es así, descríballo:

ESTADO GENERAL DE SALUD ACTUAL:

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

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

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

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

Actividades favoritas: _____ Responsabilidades en el hogar _____

Comportamiento del niño/respuesta a la ira: _____

Miedo/Conflictos: _____

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

Comentarios adicionales: _____

¿Asistió a preescolar? _____ No _____ Sí Si es así, ¿cuánto tiempo? _____
¿Dónde? _____

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

¿Fechas? _____

Comentarios: _____

FACTORES AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO EDUCATIVO:

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

¿Este niño ha experimentado la muerte o el divorcio dentro de su familia inmediata? _____

Agencias que trabajan con la familia: _____

¿Cuáles son sus preocupaciones educativas para este niño? _____

¿Existen otras preocupaciones? _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____



CONSENT FOR DENTAL HYGIENE SERVICES

Advantage Dental wants to help keep your community cavity-free and healthy. Dental hygienists from Advantage Dental will be available on site during the year to provide dental services. These services do not replace regular dental care from a dentist.

Community Location: _____ **PLEASE COMPLETE THIS FORM IN INK.**

Please return by: _____

PATIENT INFORMATION			
Patient's Name: _____ Last Name First Name Middle Initial Date of Birth			
Best phone number to reach you during the day: _____ Friend or family member's phone number to reach you in case you change your phone number: _____			
Address / City / State / ZIP: _____			
Grade / Teacher: _____	List medications currently taking: _____ _____ _____		
Gender: ☐ M ☐ F ☐ Other ☐ Choose Not to Disclose	☐ Iodine Allergy ☐ Other Allergies (please list): _____ _____		
The following services may be offered to the patient on an as-needed basis. Please mark YES or NO to indicate whether you consent to these services being provided on the patient listed above.			
Screening (Teeth Check-up)	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Fluoride Coating	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Sealant	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Silver Fluoride	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Antiseptic for the Teeth (Iodine)	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Protective Restoration	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Teledentistry	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
Petroleum Jelly	<table border="1"><tr><td>YES</td><td>NO</td></tr></table>	YES	NO
YES	NO		
History of: ☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Tobacco Use ☐ Behavioral Considerations (please describe): _____ Other (please describe): _____ _____			

If you have questions or would like more information about the services provided, please call 1-866-268-9631 or see attached fact sheet.

Your signature indicates that you have been informed of the risks and benefits of treatment, your questions have been answered, and that you consent to the treatment indicated above.

As the parent/legal guardian, I agree to all of these statements:

- I give consent for dental services initialed/indicated above from Advantage Dental Group, PC (Advantage Dental), and/or one of its representatives.
- The results of the oral hygiene services, including personal health information and scheduling information, may be shared between Advantage Dental, the dental provider (hygienist or patient's dentist), the community site, any listed insurance carriers, the dentist of record, any applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record for purpose of treatment, payment or healthcare operations.
- I have been given a copy of the "Notice of Privacy Practices" and HIE (Health Information Exchange) Notification.
- This consent will remain active for 24 months unless revoked in writing or by calling an Advantage Dental representative.
- This consent is valid at all sites where Advantage Dental provides services.
- If you have insurance through a Coordinated Care Organization, the hygienist will notify the plan of the services received

Print Parent/Legal Guardian Name: _____ Relationship: _____

 Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL



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

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

Favor de devolver para _____.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

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

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Grado/Maestro:

Género: ☐ M ☐ F ☐ Otro ☐ Elijo No Divulgar

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

Examen (Revision de Dientes)	☐ SI	☐ NO
Capa de Fluoruro	☐ SI	☐ NO
Selladores	☐ SI	☐ NO
Fluoruro de Plata	☐ SI	☐ NO
Antiséptico para los Dientes (Yodo	☐ SI	☐ NO
Restauración Protectora	☐ SI	☐ NO
Atención dental por telecomunicación	☐ SI	☐ NO
Vaselina	☐ SI	☐ NO

Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

☐ Alergia al Yodo
☐ Otras alergias (por favor enumere): _____

Historial de:

☐ Diabetes
☐ Asma
☐ Uso de Tabaco
☐ Consideraciones de Comportamiento (por favor describa): _____

Otro (por favor describa): _____

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

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

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

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

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

 Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

FACT SHEET

Not all patients may qualify for all services; provider will determine which services are clinically appropriate based on the patient's individual needs.

Screening (Teeth Checkup)

A dental care professional will look in the mouth to check for changes in teeth that may indicate cavities or other oral health problems.

Risk(s): Decay or other problems could exist and get worse if not discovered.

Alternative(s): No checkup.

Fluoride Coating

A temporary thin coating (also called varnish) put on the teeth to help protect from cavities. The coating is safe even if it is swallowed. It does not hurt or stain the teeth.

Risk(s): Allergy is not common.

Alternative(s): Daily or weekly fluoride rinses, fluoride foam, or fluoride gels applied at your dentist's office.

Sealant

A dental sealant is a white coating put on the chewing surfaces of back teeth where cavities occur most often. Sealants make barriers on teeth that keep bacteria out and prevent cavities. They do not interfere with biting or chewing.

Risk(s): Sealants only protect the chewing surfaces. They can last for several years, but sometimes need to be replaced.

Alternative(s): Silver Fluoride. No sealants. Choosing not to use sealants could increase the chances you will develop decay in the chewing surfaces of the teeth.



Before Sealants



After Sealants

Silver Fluoride

Fluoride with silver looks like water. It is painted on the teeth with a tiny brush and can heal early tooth decay. It goes on quickly, and does not hurt. If there are cavities in the mouth, silver fluoride can stop them from growing, and sometimes even heal them. Cavities that are stopped or healed with Silver Fluoride will turn dark brown or black. Teeth without cavities will not change color. If the color shows a lot, a dental professional can cover it with white filling material. Fillings may not be needed for cavities that are stopped with Silver Fluoride.

Risk(s): If Silver Fluoride comes in contact with skin it will cause a small dark spot that will go away on its own in 1-2 weeks. If it comes into contact with existing white fillings it might stain.

Alternative(s): No Silver Fluoride applied. This could leave harmful bacteria on your teeth and increase the chance of tooth decay. Use fluoride toothpaste regularly and have fluoride varnish and sealants applied at your dental office.

How Silver Fluoride looks on a tooth with a cavity



How Silver Fluoride looks on a tooth with no cavity



Before

After

Antiseptic For The Teeth (Iodine)

The antiseptic kills bacteria that cause cavities. When applied before the fluoride coating, it prevents many more cavities than the fluoride coating alone. Iodine is a normal part of our diet from food and is safe. It does not hurt or stain the teeth.

Risk(s): Allergic reactions are not common, but you should not have this treatment if you are allergic to shellfish.

Alternative(s): No iodine applied. This could leave harmful bacteria on your teeth and increase the chance of tooth decay.

Protective Restoration

This is a simple tooth colored filling placed in a cavity to protect the tooth until a permanent filling can be done. It relieves pain and helps healing inside of the tooth. No shots are needed. It does not hurt.

Risk(s): Protective fillings may partially fall out, but what is left still protects the tooth.

Alternative(s): A regular filling or cap. Without care, the cavity may get bigger or become painful.

Petroleum Jelly

Petroleum Jelly may be utilized for dry-chapped lips during treatment, as well as during the placement of sealants.

HOJA INFORMATIVA

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

Evaluación

(Chequeo de dientes)

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

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

Alternativa(s): No hacer el chequeo.

Capa de Fluoruro

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

Riesgo(s): Una alergia no es común.

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

Sellador

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

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

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



Antes de selladores



Después de selladores

Fluoruro de Plata

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

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

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

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



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



Antes

Después

Antiséptico para los dientes (Yodo)

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

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

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

Restauración Protectora

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

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

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

Vaselina

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

SUMMARY NOTICE OF PRIVACY POLICY

Our Responsibilities: We are required by law to make sure that your protected health information is kept private and follow the privacy practices that are described in our full Notice of Privacy Practices. We may change our privacy policies any time and notify you. You can also request copy of our full Notice of Privacy Practices at any time. For more information about our privacy policies, contact us at 1-866-268-9631.

Our Uses and Disclosures: We use your health information to treat you, manage the health care treatment you receive, run our organization and to pay or bill for your health services. For example, we can use your health information and share it with other providers who are treating you.

There are other ways we are allowed to share your information. These other reasons are so that we can help the public, like public health and research. We have to follow the law before we can share your information for these reasons. We will not use or share your information other than what the law allows us to do; unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time.

Your Rights: When it comes to your health information, you have rights.

- You can ask to see or get a copy of your health information;
- You can ask us to correct your information;
- You can ask for confidential communications;
- You may ask us to limit what we use or share;
- You can get a list of those with whom we've shared information; and
- You can ask us for a copy of the full Notice of Privacy Practices at any time.

Your Choices: For certain health information, you can tell us your choices about what we share. In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends or others involved in payment for your care.
- Share information in a disaster relief situation.
- If you can't tell us what you want us to do, for example if you are not conscious, we may share your information if we think it is what is best for you. We may also share your information when needed to lessen a serious threat to health or safety.

Privacy Complaints: If you are concerned that we have violated your privacy rights, our privacy policies, or if you disagree with a decision we made about your health information, you may contact us at 1-866-268-9631 or TTY 711. You also contact the US Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775 or TTY 1-866-788-4089.

Summary of Privacy Practices: This is a summary of our Notice of Privacy Practices. You can ask us for the full Notice of Privacy Practices at any time

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

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

RESUMEN DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

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

338FOP_05032023

NON-DISCRIMINATION DISCLOSURE NOTICE

Advantage Dental from DentaQuest and our providers comply with all applicable state and federal civil rights laws. We cannot treat people unfairly in any of our services or programs because of a person's:

- Age
- Color
- Disability
- Gender Identity
- Marital Status
- National Origin
- Race
- Religion
- Sex
- Sexual orientation

To report your concern or get more information please contact our Compliance Department one of these ways:

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

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can file a complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

If you would like to request this information in another language or an alternate format such as large print, audio disk, braille, etc. please contact Customer Service at 866-268-9631 or TTY 711.

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

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

DIVULGACIÓN DE PÓLIZA ANTIDISCRIMINATORIA

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

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

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

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

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

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

Comuníquese con esta oficina mediante una de las siguientes maneras:

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

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

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDental.com

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

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

Blue Mountain Early Learning Hub
Early Education Questionnaire



For School District Use Only:

School District: Pendleton

School: _____

School Year: 2025-2026

In an effort to compile information on early education of students entering kindergarten, we are asking families to answer a few questions.

1. What early learning experience did your child have? Check all that apply.

- ☐ Preschool 2 to 3 days per week: ____ Years ____ Months
- ☐ Preschool 4 to 5 days per week: ____ Years ____ Months
- ☐ Child care in a center or home: ____ Years ____ Months
- ☐ Child care by a friend or family member: ____ Years ____ Months
- ☐ Home Visiting Program: ____ Years ____ Months
- ☐ Preschool at home: ____ Years ____ Months

2. If your child DID NOT attend preschool, please indicate the reason. Check all that apply.

- ☐ Transportation
- ☐ Cost of preschool
- ☐ No preschool available
- ☐ Preschool options didn't meet my standard of quality
- ☐ I prefer to have my child at home
- ☐ Hours of operation didn't meet my needs
- ☐ On a waitlist
- ☐ Other: _____

3. Have you participated in any of the following? Check all that apply.

- ☐ WIC (Women/Infants/Children)
- ☐ Home Visiting programs- Prenatal through 5 years. (Healthy Families, Family First, CaCoon, etc.)
- ☐ Early Intervention/Early Childhood Special Education (EI/ECSE), IMESD program
- ☐ Relief Nursery
- ☐ SNAP/Food Stamps/TANF

4. Do you think your child is socially ready for school (can share, can wait his/her turn, can follow directions)?

- ☐ Very ready ☐ Somewhat ready ☐ Not ready ☐ Don't know

If you have younger children at home, you can find information regarding early learning options at:

www.BlueMountainKids.org

Blue Mountain Early Learning Hub
**Cuestionario de Educación a
Temprana Edad**



For Office Use Only:

School District: Pendleton

School: _____

School Year: 2025-2026

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Pendleton School District 16R
107 NW 10th Street
Pendleton, OR 97801
Ph: 541-276-6711
Fax: 541-278-3208
www.pendleton.k12.or.us
Dr. Michelle Jensen, Superintendent

SPECIAL EDUCATION CHILD FIND

Pendleton School District actively identifies individuals with disabilities under the age of twenty-one (21). For children under the age of five (5) screening, evaluation, diagnosis and programming is available through the InterMountain Education Service District (541-276-6616).

Pendleton School District provides for evaluation, diagnosis, and specialized educational programming for school age children (ages 5-21). The following special education services are provided:

1. Special education and related services appropriate to their needs for students who are eligible for services under the following disability categories: Specific Learning Disability, Speech and Language Impairment, Developmental Delay (ages 3-9), Deafblindness, Visual Impairment, Deaf or Hard of Hearing, Orthopedic Impairment, Autism, Other Health Impairment, Emotional Behavior Disability, Intellectual Disability, or Traumatic Brain Injury.
2. Evaluations and planning for eligible students under Section 504 of the Rehabilitative Act of 1973.

For more information contact:

Julie Smith
Special Programs Director
Pendleton School District
107 NW 10th St.
Pendleton, OR 97801
541-966-3262

"The Pendleton School District is a place where I belong, where I can succeed!"



Pendleton School District 16R
107 NW 10th Street
Pendleton, OR 97801
Ph: 541-276-6711
Fax: 541-278-3208
www.pendleton.k12.or.us
Dr. Michelle Jensen, Superintendent

DETECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARA NIÑOS

El Distrito Escolar de Pendleton identifica activamente a personas con discapacidad menores de veintiún (21) años. Para niños menores de cinco (5) años, se ofrece detección, evaluación, diagnóstico y servicios de programas a través del Distrito de Servicios Educativos InterMountain (541-276-6616).

El Distrito Escolar de Pendleton ofrece evaluación, diagnóstico y programas educativos especializados para niños en edad escolar (de 5 a 21 años). Se ofrecen los siguientes servicios de educación especial:

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

Para más información contacte a:
Julie Smith
Director de Programas Especiales
Distrito Escolar de Pendleton
107 NW 10th St.
Pendleton, OR 97801
541-966-3262

“¡El Distrito Escolar de Pendleton es un lugar al que pertenezco y donde puedo tener éxito!”

Notification of Rights under FERPA

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) affords parents and students who are 18 years of age or older ("eligible students") certain rights with respect to the student's education records. These rights are:

1. The right to inspect and review the student's education records within 45 days after the day the School receives a request for access.

Parents or eligible students who wish to inspect their child's or their education records should submit to the school principal a written request that identifies the records they wish to inspect. The school official will make arrangements for access and notify the parent or eligible student of the time and place where the records may be inspected.

2. The right to request the amendment of the student's education records that the parent or eligible student believes are inaccurate, misleading, or otherwise in violation of the student's privacy rights under FERPA.

Parents or eligible students who wish to ask the School to amend their child's or their education record should write the school principal, clearly identify the part of the record they want changed, and specify why it should be changed. If the school decides not to amend the record as requested by the parent or eligible student, the school will notify the parent or eligible student of the decision and of their right to a hearing regarding the request for amendment. Additional information regarding the hearing procedures will be provided to the parent or eligible student when notified of the right to a hearing.

3. The right to provide written consent before the school discloses personally identifiable information (PII) from the student's education records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent.

One exception, which permits disclosure without consent, is disclosure to school officials with legitimate educational interests. The criteria for determining who constitutes a school official and what constitutes a legitimate educational interest must be set forth in the school's or school district's annual notification for FERPA rights. A school official typically includes a person employed by the school or school district as an administrator, supervisor, instructor, or support staff member (including health or medical staff and law enforcement unit personnel) or a person serving on the school board. A school official also may include a volunteer, contractor, or consultant who, while not employed by the school, performs an institutional service or function for which the school would otherwise use its own employees and who is under the direct control of the school with respect to the use and maintenance of PII from education records, such as an attorney, auditor, medical consultant, or therapist; a parent or student volunteering to serve on an official committee, such as a disciplinary or grievance committee; or a parent, student, or other volunteer assisting another school official in performing his or her tasks. A school official typically has a legitimate educational interest if the official needs to review an education record in order to fulfill his or her professional responsibility.

Upon request, the school discloses education records without consent to officials of another school or school district in which a student seeks or intends to enroll, or is already enrolled if the disclosure is for purposes of the student's enrollment or transfer.

4. The right to file a complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures by the School to comply with the requirements of FERPA. The name and address of the Office that administers FERPA are:

Student Privacy Policy Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202

Schools may disclose appropriately designated "directory information" without written consent, unless you have advised the school to the contrary. This notice serves as your annual notice of Rights under FERPA and District determined "directory information". If you would like to request the district to not disclose directory information for your child, you must request in writing to the school principal which information you do not want disclosed within 15 days of this notice. The primary purpose of directory information is to allow the school to include information from your child's education records in certain school publications.

Directory information may include information such as a student's name, photograph, field of study, athletics and activities participation, weight and height of athletic team members, degrees, honors, awards, and dates of attendance.

Notificación de Derechos bajo FERPA

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) otorga a los padres y estudiantes mayores de 18 años ("estudiantes elegibles") ciertos derechos con respecto a los registros educativos del estudiante. Estos derechos son:

El derecho a inspeccionar y revisar los registros educativos del estudiante dentro de los 45 días posteriores al día en que la Escuela recibe una solicitud de acceso.

Los padres o los estudiantes elegibles que deseen inspeccionar los registros educativos o de sus hijos deben enviar al director de la escuela una solicitud por escrito que identifique los registros que desean inspeccionar. El oficial de la escuela hará los arreglos para el acceso y notificará al padre o estudiante elegible de la hora y el lugar donde se pueden inspeccionar los registros.

El derecho a solicitar la modificación de los registros educativos del estudiante que el padre o el estudiante elegible crea que son inexactos, engañosos o que violan los derechos de privacidad del estudiante bajo FERPA.

Los padres o los estudiantes elegibles que deseen solicitar a la escuela que modifique el registro educativo o de su hijo deben escribir al director de la escuela, identificar claramente la parte del registro que desean modificar y especificar por qué debe modificarse. Si la escuela decide no enmendar el registro según lo solicitado por el padre o estudiante elegible, la escuela notificará al padre o estudiante elegible sobre la decisión y su derecho a una audiencia con respecto a la solicitud de enmienda. Se proporcionará información adicional sobre los procedimientos de la audiencia al padre o estudiante elegible cuando se le notifique el derecho a una audiencia.

El derecho a proporcionar consentimiento por escrito antes de que la escuela divulgue información de identificación personal (PII) de los registros educativos del estudiante, excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento.

Una excepción, que permite la divulgación sin consentimiento, es la divulgación a funcionarios escolares con intereses educativos legítimos. Los criterios para determinar quién constituye un funcionario escolar y qué constituye un interés educativo legítimo deben establecerse en la notificación anual de la escuela o distrito escolar para los derechos de FERPA. Un funcionario escolar generalmente incluye a una persona empleada por la escuela o el distrito escolar como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluido el personal médico o de salud y el personal de la unidad policial) o una persona que forma parte de la junta escolar. Un funcionario escolar también puede incluir a un voluntario, contratista o consultor que, aunque no sea empleado de la escuela, realice un servicio o función institucional para el cual la escuela usaría a sus propios empleados y que esté bajo el control directo de la escuela con respecto a al uso y mantenimiento de PII de registros educativos, como un abogado, auditor, consultor médico o terapeuta; un padre o estudiante que se ofrece como voluntario para servir en un comité oficial, como un comité disciplinario o de quejas; o un padre, estudiante u otro voluntario que ayuda a otro funcionario escolar a realizar sus tareas. Un funcionario escolar generalmente tiene un interés educativo legítimo si el funcionario necesita revisar un registro educativo para cumplir con su responsabilidad profesional.

Previo solicitud, la escuela divulga registros educativos sin consentimiento a los funcionarios de otra escuela o distrito escolar en el que un estudiante busca o tiene la intención de inscribirse, o ya está inscrito si la divulgación es para fines de inscripción o transferencia del estudiante.

El derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los EE. UU. sobre supuestos incumplimientos por parte de la Escuela de cumplir con los requisitos de FERPA. El nombre y dirección de la Oficina que administra FERPA son:

Oficina de Política de Privacidad del Estudiante
Departamento de Educación de EE. UU.
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202

Las escuelas pueden divulgar "información de directorio" apropiadamente designada sin consentimiento por escrito, a menos que usted haya informado a la escuela de lo contrario. Este aviso sirve como su aviso anual de Derechos bajo FERPA y la "información de directorio" determinada por el Distrito. Si desea solicitar al distrito que no divulgue la información del directorio de su hijo, debe solicitar por escrito al director de la escuela qué información no desea que se divulgue dentro de los 15 días posteriores a este aviso. El objetivo principal de la información del directorio es permitir que la escuela incluya información de los registros educativos de su hijo en ciertas publicaciones escolares.

La información del directorio puede incluir información como el nombre del estudiante, fotografía, campo de estudio, participación en actividades y deportes, peso y altura de los miembros del equipo deportivo, títulos, honores, premios y fechas de asistencia.