



Your **Best Choice** for **Academic Success!**

# Formularios de Inscripción de BUSD

**Grados: 4K, TK, K, 1<sup>er</sup>**

Por favor regresarlo a:

Centro De Inscripción Central

551 South Avenue H

Barstow, CA 92311

760-255-8800 / Fax: 760-255-8191

Horas: 7:30 am – 2:30 pm, Lunes - Viernes

## DOCUMENTOS REQUERIDOS:

	<b>Certificado de nacimiento oficial o pasaporte</b>
	<b>Prueba de vacunas (Registros de vacunas – DEBE estar actualizado)</b>
	<b>Informe de examen de salud para ingreso a la escuela (completado por un médico)</b>
	<b>Evaluación de salud oral obligatoria (completada por un profesional dental)</b>
	<b>Prueba de residencia (Ej: Estado Hipotecario, Contrato de arrendamiento, Factura de servicios público, Registro DMV, otro correo emitido por el gobierno)</b>



## Cuestionario/Declaración Jurada de Vivienda

*Según el Proyecto de Ley 27 de la Asamblea de California, todas las familias deben completar este formulario anualmente. Completar el formulario ayudará al distrito a determinar si su hijo es*

551 South Avenue H • Barstow, CA 92311 • Phone: (760) 255-6000 • Fax: (760) 255-8965 • www.barstow.k12.ca.us

La información proporcionada a continuación ayudará a la Agencia de Educación Local a determinar qué servicios usted y/o su hijo pueden ser elegibles. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el personal del distrito escolar y el plantel correspondiente.

<b>Nombre del estudiante (Último, Primer MI):</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>Escuela asignada:</b>		<b>Grado:</b>		
<b>Nombre del padre/tutor:</b>		<b>Número de teléfono:</b>		
<b>Dirección de la calle Código Postal de la Ciudad y el Estado:</b>				
<b><u>Actualmente, ¿usted y / o su familia viven en alguna de las siguientes situaciones? Marque una casilla:</u></b>				
<input type="checkbox"/> En una residencia unifamiliar (casa, apartamento, condominio o casa móvil) que es una residencia nocturna permanente, regular y adecuada que tiene agua corriente, electricidad y calefacción				
<input type="checkbox"/> Vivienda compartida NO debido a dificultades financieras				
<input type="checkbox"/> En un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio para jóvenes)				
<input type="checkbox"/> en un motel/hotel o camping, temporalmente debido a una vivienda inadecuada				
<input type="checkbox"/> En un automóvil, estacionamiento, campamento o edificio abandonado debido a una vivienda inadecuada				
<input type="checkbox"/> Vivienda compartida con otra familia debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas (pérdida de empleo, desalojo, desastre natural)				
<input type="checkbox"/> Joven de acogida				
<input type="checkbox"/> Trabajador Migrante				
<input type="checkbox"/> Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores				
Nombre de otros niños que viven con usted	Género	Fecha de Nac	Grado	Escuela

***Al firmar este formulario, declaro bajo pena de las leyes en el estado de California que lo anterior es verdadero y correcto y de mi propio conocimiento personal. Además, entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Barstow se reserva el derecho de verificar la información de residencia anterior.***

***Firma del padre/tutor legal*** \_\_\_\_\_

***Fecha*** \_\_\_\_\_

***Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro enlace de BUSD Daisy Alvarez 760-255-6026/ daisy\_alvarez@busdk12.com***

Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción. Continuar asistiendo a su escuela u origen, si así lo solicita y le conviene. Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I. Recibir la protección y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**For office use only** (staff initials required)

- \_\_\_\_\_ Proof of Residency
- \_\_\_\_\_ Immunization Records
- \_\_\_\_\_ Birth Certificate
- \_\_\_\_\_ Oral Health Assessment
- \_\_\_\_\_ Report of Health Checkup
- \_\_\_\_\_ Transcripts/Transfer Grades
- \_\_\_\_\_ Transfer Into District
- \_\_\_\_\_ IEP/Psych/504/Speech
- \_\_\_\_\_ Legal/Caregiver Affidavit
- \_\_\_\_\_ MKV/Foster Youth



BARSTOW  
UNIFIED

SCHOOL DISTRICT

Your Best Choice for Academic Success!

School \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Today's Date \_\_\_\_\_

Date of Entry \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

Student ID # \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE)

**NOMBRE LEGAL** (como se muestra en el acta de nacimiento)

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

**NOMBRE PREVIO**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

GÉNERO  MASCULINO  FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Ha sido su estudiante expulsado alguna?  Sí  No En caso afirmativo, Fecha \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha asistido alguna vez a la escuela en el Distrito Escolar Unificado de Barstow?  Sí  No Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE** (información exigida por el gobierno federal) Por favor, marque uno:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

**¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO?** (información exigida por el gobierno federal) Por favor marcar hasta cinco categorías en las siguientes casillas.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (100)<br><input type="checkbox"/> Chino (201)<br><input type="checkbox"/> Japonés (202)<br><input type="checkbox"/> Coreano (203)<br><input type="checkbox"/> Vietnamita (204)<br><input type="checkbox"/> Indio asiático (205) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206)<br><input type="checkbox"/> Camboyano (207)<br><input type="checkbox"/> Hmong (208)<br><input type="checkbox"/> Otros asiáticos (299)<br><input type="checkbox"/> Hawaiano (301)<br><input type="checkbox"/> Guamaní (302) | <input type="checkbox"/> Samoa (303)<br><input type="checkbox"/> Tahitiano (304)<br><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (399)<br><input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400)<br><input type="checkbox"/> Afroamericano o negro (600)<br><input type="checkbox"/> Blanco (700) |
|---|--|--|

## Información de padres/tutores:

**Estudiante vive con:**  Madre  Padre  Ambos  Padrastro  Madrastra  Tutor Legal  Hogar de acogida  Otro:

**Primer Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_ **Tutor Legal**  Sí  No , *llene la Declaración Jurada del Cuidador*

**Domicilio:** (dirección, ciudad, estado, zip) \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Nivel de educación** (información exigida por el gobierno federal) Por favor, marque la casilla a continuación:

No es graduado de la preparatoria  Graduado de la preparatoria  Graduado de la Universidad  Graduado con Maestría  Doctorado

**Segundo Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante:** \_\_\_\_\_ **Tutor Legal**  Sí  No , *llene la Declaración Jurada del Cuidador*

**Domicilio:** (dirección, ciudad, estado, zip) \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido:**  Inglés  Español Otro:  \_\_\_\_\_

**Nivel de educación** (información exigida por el gobierno federal) Por favor, marque la casilla a continuación:

No es graduado de la preparatoria  Graduado de la preparatoria  Graduado de la Universidad  Graduado con Maestría  Doctorado

POR FAVOR, COMPLETAR LA INFORMACIÓN AL OTRO LADO DEL FORMULARIO

## Formulario de Inscripción Cont.

<b>Acuerdos de custodia</b>		
<b>¿Hay algún documento judicial? (Custodia, órdenes de restricción, tutela)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Si hay un acuerdo de custodia legal, verifique el tipo: <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia exclusiva <input type="checkbox"/> Tutela. Si los documentos legales no están presentes en el momento de la inscripción, NO podemos hacer cumplir el acuerdo de custodia.		
<b>¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?</b>		
<i>Marque todo lo que se aplica:</i>		
<input type="checkbox"/> Los Servicios de Educación Especial (IEP) <i>Proporcionar una copia del IEP más reciente.</i>	<input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés	
<input type="checkbox"/> Servicios del habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____	
<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<b>Información de la escuela anterior</b>		
<b>Nombre de la escuela:</b>		<b>Distrito Escolar:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Teléfono de la escuela:</b>		
<b>Última fecha de asistencia del estudiante:</b>		
<b>¿Día en el que el estudiante asistió por primera vez a la escuela en los Estados Unidos?</b>		<b>¿Día en el que el estudiante asistió por primera vez a la escuela en California?</b>
_____	_____	_____
Mes	Día	Año
_____	_____	_____
Mes	Día	Año

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

\_\_\_\_\_  
Relación al estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Encuesta del Idioma en el Hogar

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Segundo nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Edad del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado del estudiante: \_\_\_\_\_

Teachers Name: \_\_\_\_\_

---

### Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?*

\_\_\_\_\_

4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?*

\_\_\_\_\_

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación, muchas gracias por su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# **Distrito Escolar Unificado de Barstow**

## **Acuerdo de Uso de Internet y Red para Estudiantes**

Por favor, lea atentamente lo siguiente antes de firmar este documento

La(s) firma(s) al final de este documento es(son) vinculante(s) e indica(n) que la(s) parte(s) que ha(n) firmado ha(n) leído los términos y condiciones cuidadosamente y entiende(n) su significado.

El uso de Internet y de cualquier recurso de la red es un privilegio, no un derecho. El uso inapropiado resultara en la cancelacion a de esos privilegios. La administración de BUSD, los profesores y/o el personal de BUSD pueden negar, revocar o suspender el acceso a usuarios específicos de aquellos estudiantes que violen los artículos de este acuerdo. (Ver IV abajo)

### **Introducción**

Este documento le dará información sobre los privilegios y responsabilidades del uso de Internet y las redes del distrito come parte de la experiencia educativa del estudiante. Este acuerdo debe ser firmado antes de que el estudiante tenga acceso a internet y otros recursos proporcionados a través de las redes de área local y/o amplia de BUSD. Internet es una red electronica que conecta a millones de personas a través de ordenadores de todo el mundo. Los estudiantes pueden tener acceso a:

- 1) información y noticias de diversas fuentes e instituciones de investigación;
- 2) Software de dominio público y shareware de todo tipo;
- 3) Grupos de discusion sobre una gran variedad de temas;
- 4) Muchas bibliotecas universitarias, la Biblioteca del Congreso, y mucho más.

Sin embargo, en una red pública es imposible controlar todos los materiales, incluido el material nocivo. ("Material nocivo" es aquel que, considerado en su conjunto por una persona media que aplique los estándares estatales contemporáneos, describe de forma manifiestamente ofensiva un material que carece de valor literario, artístico, político o científico serio para los menores. (ref. Codigo Penal, seccion 313).

### **Supervisión, Control y Filtrado**

Se espera que los alumnos utilicen los recursos tecnologicos de forma responsable y adecuada a su edad. Los profesores de BUSD supervisaran y controlaran razonablemente el uso de Internet y de los recursos en línea por parte de los estudiantes. Además, el acceso a Internet proporcionado en los programas de BUSD está regulado por un dispositivo de proteccion que filtra los decágonos visuales obscenos, de pornografía infantil o perjudiciales para los menores. Sin embargo, la Junta de Educación del Condado y el Superintendente de Escuelas del Condado no controlan el contenido de la informacion o los recursos accesibles en Internet y, debido al rápido crecimiento del contenido de Internet, el filtrado puede no ser perfectamente efectivo. Los estudiantes y los padres deben ser conscientes de que algunos de los materiales de la red pueden ser controvertidos e inapropiados para el uso de los estudiantes. Los profesores de BUSD "se esfuerzan por proporcionar recourses a través de Internet que sean apropiados para la instruccion en el aula y/o la investigacion para las necesidades, la madurez y la capacidad de sus estudiantes. BUSD no se hace responsable de la exactitud o la calidad de la informacion procedente de fuentes de Internet. Los estudiantes deben ser conscientes de que los archivos informáticos y las comunicaciones a través de redes electronicas no son privadas. Las comunicaciones electronicas y el material descargado, incluidos los archives eliminados de la cuenta de un usuario bajo condiciones específicas, pueden ser supervisados o leídos por los profesores y otros empleados del programa.

## **I. Uso Aceptable**

El acceso a Internet en la educación sirve de apoyo al aprendizaje. Las instituciones académicas tienen acceso a recursos (mallas y la oportunidad de trabajar en colaboración). El uso de Internet debe ser en apoyo de la educación y ser coherente con los objetivos educativos del BUSD.

## **II. Uso Prohibido**

1. Los estudiantes de BUSD no revelarán, utilizarán o difundirán información personal sobre ellos mismos o sobre otros cuando utilicen el correo electrónico u otras formas de comunicación electrónica. La información personal incluye nombres de estudiantes, fotografías, direcciones de cuentas personales, direcciones de casa, números de teléfono, números de la Seguridad Social u otra información identificable individualmente.
2. Los estudiantes de BUSD no utilizarán la Red para ningún uso comercial, político o personal. Los estudiantes no utilizarán la Red para propósitos no relacionados con los esfuerzos educativos.
3. Se prohíbe a los estudiantes de BUSD acceder, publicar, transmitir o mostrar material dañino o inapropiado que sea amenazante, obsceno, perturbador o sexualmente explícito, o que pueda ser interpretado como acoso o menosprecio de otros por su raza, condición médica, estado civil, sexo, edad, orientación sexual, creencias políticas o religiosas. Esto incluye la percepción de que una persona tiene cualquiera de estas características o que una persona está asociada con alguien que tiene, o se percibe que tiene, cualquiera de estas características.
4. Los estudiantes de BUSD no utilizarán los recursos tecnológicos para fomentar el consumo de alcohol, o tabaco, o para promover prácticas no éticas o realizar cualquier actividad prohibida por la ley, la política o la regulación administrativa.
5. Los estudiantes de BUSD no deben violar las leyes de derechos de autor. Todas las comunicaciones e informaciones accesibles a través de la red deben ser asumidas como propiedad del autor y no deben ser reutilizadas sin su permiso. Los estudiantes pueden colocar material con derechos de autor, incluyendo multimedia, en el sistema solo con el permiso apropiado.
6. Los estudiantes de BUSD no leerán el correo o los archivos de otros usuarios; no intentarán interferir en la capacidad de otros usuarios para enviar o recibir correo electrónico; ni intentarán borrar, copiar, modificar, falsificar o utilizar fraudulentamente el correo o los archivos de otros usuarios.
7. Los estudiantes de BUSD no cometerán actos de vandalismo utilizando los recursos tecnológicos de BUSD. El vandalismo incluye, pero no se limita a, la piratería, la transferencia intencional, la carga, la descarga, o la creación de virus informáticos y / o cualquier uso malicioso de los recursos tecnológicos. También se incluye cualquier acción que dañe o destruya equipos, materiales o datos, en cualquier forma, de cualquier otro usuario. Los delitos públicos relacionados con la delincuencia informática se definen en la sección 502 del Código Penal IV.

## **Consecuencias**

La violación de los puntos anteriores puede resultar en la cancelación de los privilegios de Internet y de la red. El Director Ejecutivo de BUSD (o su designado) puede cerrar la cuenta de un estudiante en cualquier momento que se considere necesario. Dependiendo de la seriedad de la ofensa, las acciones disciplinarias basadas en cualquier combinación de los siguientes políticos/procedimientos serán aplicadas: Código de Educación, la política del distrito de BUSD, y la política de disciplina del sitio escolar. Cualquier usuario identificado como un riesgo para la seguridad o que tenga un historial de problemas con otros sistemas informáticos puede ser negado el acceso a la red de área local/amplia e Internet.

## **ACUERDO DE USO DE INTERNET Y DE LA RES PARA ESTUDIANTES**

Entiendo y cumpliré con los términos y condiciones del Acuerdo de Uso de Internet y Red para Estudiantes de BUSD para el acceso a Internet y / o redes BUSD. Entiendo que mi firma es vinculante e indico que he leído los términos y condiciones cuidadosamente y entiendo su significado.

Además, entiendo que cualquier violación de estas regulaciones no es ética, y algunas acciones podrán constituir un delito penal. Si cometo alguna violación, mis privilegios de acceso serán revocados, se tomarán medidas disciplinarias escolares contra mí y se considerarán las acciones legales apropiadas.

Nombre del usuario del estudiante (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Firma del usuario estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Acuerdo de responsabilidad de la red de padres o tutores**

(Si el usuario es menor de 18 años, un padre o tutor también debe leer y firmar este acuerdo). Como padre o tutor de este estudiante, he leído los términos y condiciones como se describe en el Acuerdo de uso de Internet y la Red para estudiantes de BUSD.

Entiendo que este acceso este diseñado con fines educativos y que el BUSD ha tornado precauciones para eliminar materiales inapropiados. Sin embargo, también reconozco que es imposible que el BUSD restringir el acceso a todos los materiales inapropiados y no los hare responsables del material al que el estudiante pueda acceder.

Nombre del padre o tutor (por favor imprima): \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

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

\_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante

\_\_\_\_\_

Primer nombre del estudiante

\_\_\_\_\_

Grado

### Porfavor de iniciar:

\_\_\_\_\_ **DISTRITO ESCOLAR/RED:** Permito que el nombre y las fotos del estudiante mencionado arriba se usen en las páginas de la red de la escuela/distrito y en las publicaciones, incluyendo en las producciones de video.

\_\_\_\_\_ **MEDIOS DE COMUNICACIÓN:** Permito que la información del directorio y las fotos para el estudiante mencionado arriba se publiquen en los medios de comunicación/prensa, incluidos los reconocimientos académicos y de atletismo.

\_\_\_\_\_ **PARTES INTERESADAS:** Permito que la información del directorio del estudiante mencionado arriba se divulgue a las partes interesadas, incluyendo las organizaciones de padres/maestros, colegios, universidades, instituciones educativas y posibles empleadores.

\_\_\_\_\_ **EJERCITO (solamente la preparatoria):** Permito que la información del directorio del estudiante mencionado arriba sea entregada al ejército de los EE. UU y las escuelas militares.

\_\_\_\_\_ **PUBLICACION DEL ANUARIO DEL DISTRITO ESCOLAR:** Yo permito que el nombre y las fotos del estudiante mencionado arriba se usen en el anuario de la escuela/distrito/medios impresos, incluidos los periódicos escolares.

\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor

\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

**BARSTOW UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES DE LOS REQUISITOS ESTATALES DE INMUNIZACIÓN**

**Inmunizaciones – CE 49403 y 48216, HSC 120335, 120365, y 120370** - Los estudiantes deben ser inmunizados contra ciertas enfermedades contagiosas. Está prohibido a los estudiantes asistir a la escuela a menos que se cumplan los requisitos de las inmunizaciones para la edad y el grado del estudiante. El distrito escolar deberá cooperar con las autoridades de salud locales en las medidas necesarias para la prevención y control de enfermedades contagiosas en niños de edad escolar. El distrito podría usar cualquier fondo, propiedad, o personal y puede permitir a cualquier persona autorizada como médico o enfermera titulada a administrar un agente de inmunización a cualquier estudiante que los padres hayan consentido por escrito. Empezando el 1 de enero de 2016, a los padres de los estudiantes en cualquier escuela no se les permitirá presentar una exención a una vacuna actualmente exigida. Una creencia personal en el archivo escolar fechada antes del 1 de enero de 2016 continuará siendo válida hasta que el estudiante entre al siguiente periodo de grados en kindergarten (incluyendo kindergarten de transición)

**Grado 7**

Los estudiantes no están obligados a tener las vacunas si asisten a una escuela privada en el hogar, o un programa de estudios independiente y no reciben instrucción en el aula. Sin embargo, los padres deben seguir proporcionando registros de inmunizaciones para estos estudiantes a sus escuelas. Los requisitos de inmunización no prohíben a los estudiantes el acceso a la educación especial y servicios relacionados por sus programas educativos individualizados.

Un estudiante que no tenga todas las vacunas puede ser excluido temporalmente de una escuela u otra institución cuando el niño/a haya sido expuesto a una enfermedad específica y que la documentación de prueba de inmunización no muestre una prueba de inmunización contra una de las enfermedades contagiosas anteriormente descritas.

La Ley estatal requiere las siguientes inmunizaciones antes de que un niño pueda asistir a la escuela:

- a. Todos los nuevos estudiantes, de kínder transicional al grado 12, en el Distrito Escolar de Barstow deben proveer prueba de las inmunizaciones contra la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, paperas, rubéola y varicela.
- b. Todos los estudiantes en el kínder transicional o kínder también deben proveer prueba de las vacunas contra la hepatitis B.
- c. Todos los estudiantes en el séptimo grado también deben proveer prueba de la segunda inmunización, paperas, rubéola y una dosis de refuerzo para la inmunización contra la tos ferina. Se pueden conseguir inmunizaciones gratuitas o económicas para los niños en el departamento de Salud Pública. Por favor llame al 1-800-722-4777 para más información. Información sobre exención de inmunización por motivos médicos o religiosos para su estudiante está disponible 1-800-722-4777.



**Barstow Unified School District  
Información de Salud del Estudiante**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Telé de Casa: \_\_\_\_\_ Telé del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR:** Por favor marque la/s caja/s apropiada/s, si alguna, que mejor describa la condición/es actual/es de salud de su hijo/a y regrese la forma completa a la escuela. Por favor provea información específica de la condición/es del estudiante que quizás afecten el aprendizaje y la participación en las actividades escolares.

**MEDICAMENTOS:** Todos los medicamentos (con receta, sin receta, remedios homeopáticos/caseros, vitaminas, etc.), los cuales tengan que ser administrados durante el día, o durante actividades escolares, requieren una Autorización Médica para Administración que tiene que ser completada y firmada por el doctor y el padre. No se les permite a los estudiantes que tengan el medicamento y/o inhaladores con ellos si no tienen una Autorización Médica para Administración.

<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Médica	Medicamento	Información Específica
<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD		
<input type="checkbox"/>	Alergia- abejas/insectos Peligroso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Alergia- Comida Peligroso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Alergia- Medicamentos Peligroso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Alergia- Otro (animales, látex, etc.) Peligroso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Asma- Leve a <input type="checkbox"/> Moderada o <input type="checkbox"/> Grave (marque una)		
<input type="checkbox"/>	Autismo		
<input type="checkbox"/>	Defectos de Nacimiento/Trastorno Genético		
<input type="checkbox"/>	Problema de Vejiga/Riñón		
<input type="checkbox"/>	Afecciones de la sangre (crónica)		
<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral		
<input type="checkbox"/>	Colitis / enfermedad de Crohn		
<input type="checkbox"/>	Problema Confidencial de salud (llame a la enfermera del Distrito)		
<input type="checkbox"/>	Diabetes ( <b>Requiere reunión con enfermera del distrito</b> )		
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down/Discapacidad intelectual		
<input type="checkbox"/>	Trastorno Emocional/psicológico/de alimentación		
<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos (infecciones, tubos, daño a los nervios, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Sordo/problemas de audición <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo		
<input type="checkbox"/>	Audífonos <input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo		
<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón- <input type="checkbox"/> No hay restricciones o <input type="checkbox"/> con restricciones (marque uno)		
<input type="checkbox"/>	Hemofilia – llame a la Enfermera del Distrito		
<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia, diagnosticada por el médico		
<input type="checkbox"/>	Medicamentos que se toman en el hogar, explique		
<input type="checkbox"/>	Medicamentos que se toman en la escuela ( <b>Requiere nota médica</b> )		
<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales (severos)		
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza/Migraña (diagnosticó médico, lista de medicamentos)		
<input type="checkbox"/>	Hemorragias nasales - Severa		
<input type="checkbox"/>	Condición ortopédica- Descripción:		
<input type="checkbox"/>	Limitación de Actividad Física ( <b>Se requiere nota médica</b> )		
<input type="checkbox"/>	Prótesis		
<input type="checkbox"/>	Escoliosis (diagnostico médico)		
<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo-Tipo:		
<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes (explicar)		
<input type="checkbox"/>	Trastornos de la piel		
<input type="checkbox"/>	Dificultades del habla		
<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática		
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis/o antecedentes de pruebas cutáneas positivas. Prueba cutánea positiva requiere radiografía de tórax. Lista de Medicamentos		
<input type="checkbox"/>	Deterioro visual <input type="checkbox"/> Ojo Derecho <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo		
<input type="checkbox"/>	Gafas/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Distancia <input type="checkbox"/> Lectura		
<input type="checkbox"/>	<b>Otra/s preocupación/es de salud que no se nombren es esta lista-Describa:</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>NO HAY PREOCUPACIONES DE SALUD EN ESTE MOMENTO</b>		

¿Tiene actualmente Seguro Médico/Medi-cal?  Sí  No Seguro Dental  Sí  No Seguro de la Vista  Sí  No  
 Si, sí, escriba el nombre de la empresa de seguros o empresas

**EN CASO DE NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED, VAMOS A LLAMAR AL 911. LOS ESTUDIANTES PUEDEN SER TRANSPORTADOS AL Barstow Community Hospital.**



\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor



\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

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

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

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

### EXAMEN DE SALUD

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

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

### REGISTRO DE INMUNIZACIONES

**Aviso al Examinador:** Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.  
**Aviso a la Escuela:** Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

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

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

### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Liene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

## PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Firma del examinador de salud	
Fecha	

\*de ser indicado

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).*

CHDP website: [www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

## Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del *Código de Educación*) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

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

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

### **Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California.**

**Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional).**

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

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Visible Decay Present: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Treatment Urgency: <input type="checkbox"/> No obvious problem found <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)	
<hr style="width: 30%; display: inline-block; margin-right: 20px;"/> <b>Licensed Dental Professional Signature</b>			<hr style="width: 30%; display: inline-block; margin-right: 20px;"/> <b>CA License Number</b>	<hr style="width: 30%; display: inline-block;"/> <b>Date</b>

### **Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental**

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

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

- No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.  
El plan de seguro dental de mi hijo es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Otro \_\_\_\_\_     Ninguno
- No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.
- No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

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

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

**Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.**

**Distrito Escolar Unificado Barstow**  
**Formulario Estudiantil de Información para Emergencias**



<b>PARA USO DE LA OFICINA</b>	STUDENT # _____
	Teacher _____
	<b>ALERTS</b>
	Medical _____
	Legal _____
	Household Name _____

**Por favor llene completamente y firme donde se indica. En caso de emergencia por la seguridad de los estudiantes, es la política del distrito escolar de retener a los estudiantes en la escuela. Este formulario será utilizado por el personal de la escuela cuando le es permitido al estudiante ir a casa durante una emergencia escolar.**

**APELLIDO DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **PRIMER NOMBRE** \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Gr. \_\_\_\_\_ Idioma usado en el hogar \_\_\_\_\_  
 Domicilio del Alumno \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Cod. Post. \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE ENVIO-Si es diferente \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/Cod. Post. \_\_\_\_\_

**1º HOGAR-En donde el estudiante vive**

Apellido Legal del Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el Estudiante \_\_\_\_\_ Vive aquí  Sí  No  FDN \_\_\_\_\_  
 Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Cod. Post \_\_\_\_\_  
 Números de Teléfonos: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Tutor Legal  Sí  No Militar Activo  Yes  No  
 Rama: \_\_\_\_\_

Apellido Legal del Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el Estudiante \_\_\_\_\_ Vive aquí  Sí  No  FDN \_\_\_\_\_  
 Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Cod. Post \_\_\_\_\_  
 Números de Teléfonos: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Tutor Legal  Sí  No Militar Activo  Yes  No  
 Rama: \_\_\_\_\_

**2º HOGAR**

Apellido Legal del Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Correspondencia adicional solicitada   
 Parentesco con el Estudiante \_\_\_\_\_ Vive aquí  Sí  No  FDN \_\_\_\_\_  
 Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Cod. Post \_\_\_\_\_  
 Números de Teléfonos: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Tutor Legal  Sí  No Militar Activo  Yes  No  
 Rama: \_\_\_\_\_

**Al Director: En caso que usted no pueda comunicarse conmigo en cualquier emergencia, usted tiene la autorización de comunicarse, y si es necesario, dejar salir a mi hijo con las siguientes personas:**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**Por favor complete ambos lados del formulario de Emergencia para estudiantes de BUSD**

**HERMANOS: Nombre completo de los hermanos y hermanas (el mayor primero) que viven en este hogar (indique todos los niños):**

1. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
2. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
3. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
4. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
5. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
6. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
7. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____
8. Nombre _____	FDN _____	Grado _____	Parentesco _____

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

(Código Educativo 49407) (Código de Educación 49407) En caso que su hijo este enfermo o herido durante el horario escolar y tal enfermedad o lesión requiera tratamiento médico, tales como pero no limitado a radiografía, examen, diagnóstico/tratamiento médico o quirúrgico y/u hospitalización según sea sugerido por un médico; al no poder comunicarse con el padre o tutor, el distrito escolar, director escolar, el medico u hospital no se hace responsable por el tratamiento médico razonable. A menos que el padre o tutor haya presentado anteriormente una objeción por escrito al distrito escolar sobre cualquier tratamiento medio que no sea de primeros auxilios

**ALERTA DE SALUD**—Enumere cualquier condición médica que restringe la actividad física o requiere atención especial. Incluya tales condiciones como asma, alergias, alergias a cacahuets y picaduras de abeja. Si no tiene ninguna, indique «ninguna.» \_\_\_\_\_

¿TIENE EL ESTUDIANTE SEGURO DE SALUD? (Marque uno)  Sí  No  
si **SÍ**  Seguro de salud privado  Medi-Cal  Otro

Numero de Identificación de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de Salud Privado \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del médico/oficina medica \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono del Medico/Oficina \_\_\_\_\_

Mi niño es alérgico a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

Mi niño es toma los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entendido este formulario y por medio de la presente doy mi autorización para recibir tratamiento médico de emergencia, y toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
**Firma (Marque uno)**  Padre/madre  Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Por favor complete ambos lados del formulario de Emergencia para estudiantes de BUSD**



**BARSTOW  
UNIFIED**  
SCHOOL DISTRICT

Your **Best Choice** for **Academic Success!**

**Central Enrollment Center**

551 South Avenue H

Barstow, CA 92311

Ph: 760-255-8800 Fax:

760-255-8191

**Solicitud de expediente estudiantil**

The below named student will be enrolling at our district

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante: Grado:
Última Escuela de Asistencia/Ciudad, Estado:	Teléfono: Fax: Correo electrónico:

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

**SOLO USO DE OFICINA**

1<sup>st</sup> Request \_\_\_\_\_  2<sup>nd</sup> Request \_\_\_\_\_  3<sup>rd</sup> Request \_\_\_\_\_

Staff Requesting: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

We are requesting the following documents:

<p><i>Please email <a href="mailto:enroll@busdk12.com">enroll@busdk12.com</a> /Fax 760-255-8191 (pending enrollment):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Birth Certificate</p> <p><input type="checkbox"/> Immunization</p> <p><input type="checkbox"/> Unofficial Transcript</p> <p><input type="checkbox"/> Withdrawal grades</p> <p><input type="checkbox"/> Most recent IEP, Psych Report, and/or Speech</p> <p><input type="checkbox"/> 504 Plan</p> <p><input type="checkbox"/> Discipline/Expulsion Records</p>	<p><i>Please mail to school marked below:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cumulative File</p> <p><input type="checkbox"/> Special Education Records</p> <p><input type="checkbox"/> Official Transcript</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Health File</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: right;">Enrollment Date: _____</p>
---	---

PLEASE MAIL TO:  
**BUSD-ATTN:(School Site)**  
**551 South Avenue H.**  
**Barstow, CA 92311**

School Site	Phone:	Fax:
<input type="checkbox"/> Barstow Fine Arts Academy	760-255-4901	760-255-4906
<input type="checkbox"/> Cameron Elem	760-255-6260	760-255-8179
<input type="checkbox"/> Crestline Elem	760-252-5121	760-252-5152
<input type="checkbox"/> Henderson Elem	760-255-6250	760-255-8162
<input type="checkbox"/> Lenwood Elem	760-253-7713	760-253-7708
<input type="checkbox"/> Montara Elem	760-252-5150	760-252-5185
<input type="checkbox"/> Skyline Elem	760-255-6090	760-255-6095
<input type="checkbox"/> Barstow STEM Academy	760-255-6151	760-255-6104
<input type="checkbox"/> Barstow Jr. High School	760-255-6202	760-255-6203
<input type="checkbox"/> Barstow High School	760-255-6119	760-255-4076
<input type="checkbox"/> Central High School	760-255-6060	760-255-2125
<input type="checkbox"/> Central Enrollment Center	760-255-8800	760-255-8191