



***Enrollment Application***

*Solicitud de Inscripción*

- [Enrollment Form \(Eng\)](#)
- [Enrollment Form \(Span\)](#)
- [Emergency Card \(Eng\)](#)
- [Emergency Card \(Span\)](#)
- [Parent/Guardian Permission Form/Student Use of Technology \(Eng\)](#)
- [Parent/Guardian Permission Form/Student Use of Technology \(Span\)](#)
- [Health/Physical Form \(Eng\)](#)
- [Health/Physical Form \(Span\)](#)
- [Oral Health Assessment/Waiver Information \(Eng\)](#)
- [Oral Health Assessment/Waiver Information \(Span\)](#)
- [Oral Health Assessment Form \(Eng\)](#)
- [Oral Health Assessment Form \(Span\)](#)
- [Consent Form - LEA Medi-Cal \(Eng\)](#)
- [Consent Form - LEA Medi-Cal \(Spa\)](#)
- [Borrego Health Flyer \(Eng\)](#)
- [Borrego Health Flyer \(Span\)](#)



PALM SPRINGS UNIFIED SCHOOL DISTRICT (PSUSD) Enrollment Application

OFFICE USE ONLY
PERM ID:1315
SCHOOL SITE:
DATE:
Conditional:

STUDENT INFORMATION

Students full legal name (As it appears on birth certificate) Last First Middle Suffix (Jr. III. IV) Nickname

Gender: Male Female Birthdate Month/Day/Year CURRENT grade level

Does your student qualify for any special programs: YES NO
Special Education (RSP, SDC, APE, S/L, OT) 504 GATE

If Special Education, Date of LAST IEP: Other:

If currently in high school, in what month & year did student first enter 9th grade (or equivalent)? Month/Year

Federal and State reports require school systems to report ethnicity and race statistics. Please select values about this student for the items below.

1) Ethnicity Not Hispanic or Latino Hispanic or Latino (a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South/Central American or other Spanish culture or origin)

2) Race Please select this students primary race within the chosen ethnicity. (If multiple, please note primary-race with a "1", secondary-race with a "2", etc.)

- American Indian or Alaska Native (with origins in any indigenous tribes of the Americas)
Filipino
Black or African American (with origins in any of the Black racial groups of Africa)
White (with origins in European, Middle Western or North African peoples)
Chinese
Japanese
Korean
Vietnamese
Asian Indian
Laotian
Cambodian
Hmong
Other Asian
Native Hawaiian
Guamanian
Samoan
Tahitian
Other Pacific Islander

HOME LANGUAGE SURVEY

- 1. Which language did your child learn when he/she first began to talk?
2. What language does your child most frequently speak at home?
3. What language do you (the parents or guardians) most frequently use when speaking with your child?
4. Name the language most often spoken by the adults in the home? (parents, guardians, grandparents, or any other adults)

What is your preferred Language for communication at home?

OFFICE USE ONLY
Language of Origin:
STAFF NAME:

DEMOGRAPHICS

Residence Address: (Number & Street) (City) (State) (Zip Code)

Mailing Address: (If different from Residence address) (Number & Street) (City) (State) (Zip Code)

- Which of the following best describes where this child is currently living? (Federally Required)
In a single family permanent residence (house, apartment, condo, mobile home)
Doubled-up (sharing housing belonging to another family/individual for reasons like economic)
In a sheltered or transitional housing program
Foster Home Placement
In a motel/hotel
Unsheltered (car/campsite)
Other

Primary Phone: Type: Home Personal Cell Work Work Cell

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION**

**1st Legal Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

Does this person live with student:  YES  NO Release contact:  YES  NO Deceased:  YES  NO

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
(if different from students) (Number & Street) (City) (State) (Zip Code)

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Personal Cell: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Preferred Language: \_\_\_\_\_

CA's Standardized Testing and Reporting (STAR) program requires that the following information be gathered annually: Please check **one** box that most closely applies:

- Did not graduate from high school       Graduated from a trade school       Graduated from 2-year college       Graduate school/post graduate
- Graduated from high school       Attended college, did not graduate       Graduated from 4-year college

**2nd Legal Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

Does this person live with student:  YES  NO Release contact:  YES  NO Deceased:  YES  NO

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
(if different from students) (Number & Street) (City) (State) (Zip Code)

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Personal Cell: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Preferred Language: \_\_\_\_\_

CA's Standardized Testing and Reporting (STAR) program requires that the following information be gathered annually: Please check **one** box that most closely applies:

- Did not graduate from high school       Graduated from a trade school       Graduated from 2-year college       Graduate school/post graduate
- Graduated from high school       Attended college, did not graduate       Graduated from 4-year college

**Additional Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

Does this person live with student:  YES  NO Release contact:  YES  NO Deceased:  YES  NO

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
(if different from students) (Number & Street) (City) (State) (Zip Code)

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Personal Cell: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Preferred Language: \_\_\_\_\_

CA's Standardized Testing and Reporting (STAR) program requires that the following information be gathered annually: Please check **one** box that most closely applies:

- Did not graduate from high school       Graduated from a trade school       Graduated from 2-year college       Graduate school/post graduate
- Graduated from high school       Attended college, did not graduate       Graduated from 4-year college

**ENROLLMENT**

LAST K-12 SCHOOL ATTENDED: \_\_\_\_\_ LAST DAY ATTENDED: \_\_\_\_\_  
(Name of school) (City) (State)

Has student ever attended a **PSUSD** school (inc Preschool):  YES  NO \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
(If yes, name of most recent **PSUSD** school)

PSUSD ID #: \_\_\_\_\_

Has student ever attended any **California public school**:  YES  NO \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
(If yes, name of most recent **CA** school) (City)

Student's CA State ID #: \_\_\_\_\_

Is student currently under **Foster Home Placement**:  YES  NO

If yes, County of Jurisdiction: \_\_\_\_\_ Service type: \_\_\_\_\_ Client ID #: \_\_\_\_\_

Social workers name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Case ID #: \_\_\_\_\_

Has Student ever **Repeated** a grade level:  YES  NO If yes, Repeated Grade(s): \_\_\_\_\_ School/District: \_\_\_\_\_

Has student ever been expelled from any district:  YES  NO \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_  
(If yes, from what school) (District)

Is student on probation:  YES  NO If yes, name of Officer: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

<b>USO DE OFICINA SOLAMENTE</b>	
PERM ID:1315	_____
SCHOOL SITE:	_____
DATE:	_____
Conditional:	_____

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_  
(Como aparece en el acta de nacimiento) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sufis (Jr. III. IV) Apodo

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nivel del grado actual \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

¿Califica su estudiante para algún programa especial?:  SI  NO  
(si es caso, marque los que apliquen)  Educación Especial (RSP, SDC, APE, S/L, OT)  504  GATE

Si esta en Educación Especial, fecha del ultimo IEP: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Si está actualmente inscrito en preparatoria, ¿en qué mes y año empezó el estudiante al 9º grado? \_\_\_\_\_  
Mes/Año

**Informes federales y estatales requieren que los sistemas escolares reporten estadísticas de etnicidad y raza.** Por favor seleccione los valores de este estudiante para los artículos abajo.

- 1) **Etnicidad**  No de origen Hispano o Latino  Hispano o Latino (una persona de origen cubana, mexicana, puertorriqueña, sur / centroamericana o de otra cultura u origen español)  
2) **Raza** Marque la raza dominante de este estudiante dentro de las etnias enlistadas. (Si hay múltiples, por favor señale la raza dominante con el numero "1", y la raza secundaria con el numero "2", etc.)

- |   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska (con orígenes en cualquier tribus indígenas de las Américas) | <input type="checkbox"/> Japonés         | <input type="checkbox"/> Camboyano       | <input type="checkbox"/> Samoano     |
| <input type="checkbox"/> Filipino   | <input type="checkbox"/> Coreano         | <input type="checkbox"/> Hmong           | <input type="checkbox"/> Tahitiano   |
| <input type="checkbox"/> Africano o Afro Americano (con orígenes que incluya a todo grupo de la raza negra en África)     | <input type="checkbox"/> Vietnamés       | <input type="checkbox"/> Otro Asiático   | <input type="checkbox"/> Otro Isleño |
| <input type="checkbox"/> Blanco (con orígenes dentro de personas Europeas del Medio Este o del Norte de África)           | <input type="checkbox"/> Nativo Asiático | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo |                                      |
| <input type="checkbox"/> Chino  | <input type="checkbox"/> Laosiano        | <input type="checkbox"/> Guameña         |                                      |

**ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR**

- ¿Qué Idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? \_\_\_\_\_
- ¿Qué Idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Qué Idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? \_\_\_\_\_
- ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar?  
(padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto) \_\_\_\_\_

¿Qué Idioma prefiere para las comunicaciones a casa?  
\_\_\_\_\_

<b>USO DE OFICINA SOLAMENTE</b>	
Language of Origin:	_____
STAFF NAME:	_____

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

Domicilio de Residencia: \_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Domicilio de correspondencia: \_\_\_\_\_  
(Si difiere del Domicilio de Residencia) (Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor en donde vive este niño/a actualmente? (**Federalmente Requerido**)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condominio, casa móvil)                   | <input type="checkbox"/> En un motel/hotel               |
| <input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (que pertenece a otra familia/persona, por razones como dificultades económicas) | <input type="checkbox"/> Sin vivienda (carro/campamento) |
| <input type="checkbox"/> En un programa de viviendas o de transición  | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |
| <input type="checkbox"/> Inicio de Cuidado de Crianza   |  |

**Teléfono Principal:** \_\_\_\_\_ **Tipo:**  Casa  Celular Personal  Empleo  Celular de Empleo

## INFORMACION DE LOS PADRES / TUTORES

**1er Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Vive esta persona con el estudiante:  SI  NO Permiso para recoger al estudiante:  SI  NO Fallecido:  YES  NO

Domicilio de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
(si difiere del estudiante) (Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Reportes y Exámenes Estandarizados de CA (STAR) requieren que la siguiente información sea recopilada anualmente: Por favor marque **el** cuadro que más aplique:  
 No se graduó de Preparatoria  Graduado de escuela vocacional  Graduado de 2 años de colegio  Completo su doctorado/maestría  
 Graduado de Preparatoria  Asistió algún colegio: no se graduó  Graduado de 4 años de colegio

**2do Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Vive esta persona con el estudiante:  SI  NO Permiso para recoger al estudiante:  SI  NO Fallecido:  YES  NO

Domicilio de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
(si difiere del estudiante) (Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Reportes y Exámenes Estandarizados de CA (STAR) requieren que la siguiente información sea recopilada anualmente: Por favor marque **el** cuadro que más aplique:  
 No se graduó de Preparatoria  Graduado de escuela vocacional  Graduado de 2 años de colegio  Completo su doctorado/maestría  
 Graduado de Preparatoria  Asistió algún colegio: no se graduó  Graduado de 4 años de colegio

**Padre / Tutor Adicional:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Vive esta persona con el estudiante:  SI  NO Permiso para recoger al estudiante:  SI  NO Fallecido:  YES  NO

Domicilio de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
(si difiere del estudiante) (Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular Personal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Reportes y Exámenes Estandarizados de CA (STAR) requieren que la siguiente información sea recopilada anualmente: Por favor marque **el** cuadro que más aplique:  
 No se graduó de Preparatoria  Graduado de escuela vocacional  Graduado de 2 años de colegio  Completo su doctorado/maestría  
 Graduado de Preparatoria  Asistió algún colegio: no se graduó  Graduado de 4 años de colegio

## INSCRIPCIÓN

ULTIMA ESCUELA K-12 QUE ASISTIO: \_\_\_\_\_ ULTIMO DIA DE ASISTENCIA: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Escuela) (Ciudad) (Estado)

Ha asistido alguna vez una escuela en **PSUSD** el estudiante (inc. Prescolar):  SI  NO Año: \_\_\_\_\_  
(Si es así, nombre de la escuela más reciente de PSUSD)

PSUSD ID #: \_\_\_\_\_

Ha asistido alguna vez una **escuela pública** en **California**:  YES  NO Año: \_\_\_\_\_  
(Si es así, nombre de la escuela más reciente en CA) (Ciudad)

# de ID del estudiante del estado de **CA** : \_\_\_\_\_

Esta el estudiante actualmente bajo **Cuidado de Crianza**:  SI  NO

Si es así, Condado de Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_ # de ID del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # de ID del Caso: \_\_\_\_\_

Ha **Repetido** el estudiante un grado o nivel escolar:  SI  NO Si es así, grado o Nivel Repetido: \_\_\_\_\_ Escuela/Distrito: \_\_\_\_\_

Ha sido alguna vez expulsado el estudiante de cualquier distrito:  SI  NO Año: \_\_\_\_\_  
(Si es así, de cual escuela) (Distrito)

Esta el estudiante bajo libertad condicional:  SI  NO Si es así, nombre del agente de libertad condicional: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_





Students name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

(Please Print)

**Parent/Guardian Permission Form**

**Sharing Student Work and/or Pictures on the Palm Springs Unified School District Web Site and in Video/Multimedia Productions**

- I understand that the reason for publishing and presenting my child's work or picture in a video/multimedia presentation is to recognize exemplary work and involvement in a school activity.
- I understand that the District's page is on the Internet and accessible to all that have access to the Internet. Therefore, no last name, home address or telephone number will appear with any work or picture posted on the web.
- I understand that the presentations may be shown to a variety of groups, such as parents, community and educational organizations, as deemed appropriate by the school district.
- I understand that all presentations will appear with a copyright notice prohibiting the copying of the work without express written permission of the Palm Springs Unified School District.

**YES**, I grant permission for my child's work and/or picture to be shown on the school's closed circuit TV systems, shared with other classes and schools, shared at the community and professional meetings, aired by local cable, entered into student contests, posted on our District web site and used for other purposes deemed appropriate by the school district.

**NO**, I do not grant permission for my child's work and/or picture to be shared on the Palm Springs Unified School District Web Site and in video/multimedia presentations.

Legal Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Student Use of Technology Agreement**

**On-Line/Internet Services: Student Obligations and Responsibilities**

- 1) The student number, in whose name an on-line/Internet services account is issued, is responsible for its proper use at all times. An account will be issued only after the student has signed an Acceptable Use Agreement. Students shall keep personal account numbers, home addresses and telephone numbers private. They shall use the system only under their own account.
- 2) Students shall use the district's system responsibly for educational purposes.
- 3) Students shall not access, post, submit, publish or display harmful or inappropriate matter that is threatening, obscene, disruptive or sexually explicit, or that could be construed as harassment or disparagement of others based on their race/ethnicity, national origin, gender, sexual orientation, age, disability, religion or political beliefs.
- 4) Students shall not disclose, use or disseminate personal identification information about themselves or others when using electronic mail, chat rooms, or other forms of direct electronic communication. Personal information includes the student's name, address, telephone number, Social Security number, or other individually identifiable information.
- 5) Students shall not use the system to encourage the use of drugs, alcohol or tobacco, nor shall they promote unethical practices or any activity prohibited by law or Board policy.
- 6) Copyrighted material shall not be placed on the system without the author's permission. Students may download copyrighted material for their own use only.
- 7) Students shall not intentionally upload, download or create computer viruses and/or maliciously attempt to harm or destroy district equipment or materials or manipulate the data of any other user, including so-called "hacking."
- 8) Students shall not read other users' electronic mail or files. They shall not attempt to interfere with other users' ability to send or receive electronic mail, nor shall they attempt to delete, copy, modify or forge other users' mail.
- 9) Students shall report any security problem or misuse of the services to the teacher or principal.

**Equipment/Software: Student Obligations and Responsibilities**

- 1) Students shall not copy software owned by the District.
- 2) Students shall not download and/or install personal software on District equipment.
- 3) Students shall not connect personally owned peripheral devices to any District equipment without prior authorization by the Superintendent's designee.
- 4) Students shall not vandalize District equipment.
- 5) Students shall follow District procedures for checking-out portable devices for educational purposes.

***Inappropriate use of the Internet Electronic Information Services can result in the immediate termination of access privileges. This action can be taken without warning.***

The Governing Board of Palm Springs Unified School District recognizes the educational value of using Internet Electronic Information Services for communication and information access, and encourages the use of such sources to enhance student learning. The Governing Board also recognizes that access to District Internet electronic information services is a privilege and all users must agree to use the services responsibly.

**Responsibility Contract**

As a parent/guardian of this student, I have read the District's rules and regulations and any specific site guidelines for use of Palm Springs Unified School Districts electronic information services. I understand that these services are designed for educational purposes and Palm Springs Unified School District has taken available precautions to eliminate inappropriate materials and I will not hold them responsible for materials acquired by my child with these services. I also agree to report any misuse of the electronic information services to the school principal or the Districts Director of Instructional Technology.

**YES**, I give permission to issue an account for my child and certify that the information contained on this form is correct.

**NO**, I do not give permission to issue an account for my child and certify that the information on this form is correct.

Legal Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_  
(Utilice letra Molde)

**Formulario de Permiso de los Padres / Tutores**

**Compartiendo el Trabajo o fotografías del estudiante en el sitio Web del Distrito Escolar Unificado de Palm Springs y en Producciones de Video / Multimedia**

- Entiendo que la razón para publicar y presentar el trabajo o su fotografía de mi hijo en una presentación de video / multimedia es para darle reconocimiento a su trabajo ejemplar y participación en actividades escolares.
- Entiendo que la página Web del Distrito está en el Internet y es accesible a todos los que tienen acceso al Internet. Por lo tanto, ningún apellido, dirección de casa o número de teléfono aparecerá en ninguno de sus trabajos o fotografías publicadas en la página Web.
- Entiendo que las presentaciones pueden ser mostradas a una variedad de grupos, tales como padres, comunidad y organizaciones educativas, según lo considere apropiado el distrito escolar.
- Entiendo que todas las presentaciones aparecerán con un aviso de copyright que prohíbe la copia de la obra sin el permiso expreso por escrito del Distrito Escolar Unificado de Palm Springs.

**SI**, doy permiso para que el trabajo y / o fotografía de mi hijo (a) sean mostrados en los sistemas de televisión en circuito cerrado de la escuela, compartidos con otras clases y escuelas, compartidos en reuniones comunitarias y profesionales, emitidos por cable local, puestos en concursos de estudiantes, y que se publiquen en nuestro sitio web del distrito y se usen para otros propósitos que el distrito escolar considere apropiados.

**NO**, doy permiso para que el trabajo y /o la fotografía de mi hijo (a) sean compartidos en el Sitio Web del Distrito Escolar Unificado de Palm Springs y en presentaciones de video / multimedia.

Firma del Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Uso de Tecnología del Estudiante**

**Servicios en Línea / Internet: Obligaciones y Responsabilidades del Estudiante**

- 1) El número de estudiante, al cual se le ha dado una cuenta de servicios en línea / internet en su nombre, es responsable de su uso correcto en todo momento. Una cuenta será emitida solamente después de que el estudiante haya firmado un Acuerdo de Uso Aceptable. Los estudiantes deberán de mantener los números de cuenta personales, direcciones de casa y números de teléfono privados. Solo utilizaran el sistema bajo su propia cuenta.
- 2) Los estudiantes usaran el sistema del distrito responsablemente para propósitos educativos.
- 3) Los estudiantes no tendrán acceso a, publicar, presentar, publicar o exhibir material dañino o inapropiado que sea amenazador, obsceno, perturbador o sexualmente explícito o que pueda interpretarse como hostigamiento o menosprecio de otros basado en su raza / origen étnico, genero, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o creencias políticas.
- 4) Los estudiantes no revelaran, usaran ni difundirán información de identificación personal sobre si misma u otros cuando usen correo electrónico, salas de chat u otras formas de comunicación electrónica directa. La información personal incluye el nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social u otra información identificable individualmente.
- 5) Los estudiantes no usaran el sistema para animar el uso de drogas, alcohol o tabaco, ni promoverán practicas no éticas o cualquier actividad prohibida por la ley o póliza de la Mesa Directiva.
- 6) El material protegido por derechos de autor no se colocara en el sistema sin el permiso del autor. Los estudiantes pueden descargar material protegido por derechos de autor para su propio uso solamente.
- 7) Los estudiantes no deben subir, descargar o crear intencionalmente virus informáticos y / o maliciosamente dañar o destruir equipo o materiales del distrito o manipular los datos de cualquier otro usuario, incluyendo el llamado "hacking".
- 8) Los estudiantes no deben leer el correo electrónico ni los archivos de otros usuarios. No intentaran de interferir con la habilidad de otros usuarios para enviar o recibir correo electrónico ni intentaran de borrar, copiar, modificar o forjar el correo de otros usuarios.
- 9) Los estudiantes deben reportar cualquier problema de seguridad o mal uso de servicios al maestro o director.

**Equipo / Software: Obligaciones y Responsabilidades del Estudiante**

- 1) Los estudiantes no deben copiar software que sea propiedad del Distrito.
- 2) Los estudiantes no deben descargar ni instalar software personal en el equipo del Distrito.
- 3) Los estudiantes no deben conectar aparatos personales a ningún equipo del Distrito sin la autorización previa del designado del Superintendente.
- 4) Los estudiantes no deben vandalizar el equipo del Distrito.
- 5) Los estudiantes deben seguir los procedimientos del Distrito para poder que se les preste aparatos portables con fines educativos.

***El uso inapropiado de los Servicios de Información Electrónicos de Internet puede resultar en la terminación inmediata de los privilegios de acceso. Esta acción se puede tomar sin previo aviso***

La Mesa Directiva del Distrito Escolar Unificado de Palm Springs reconoce el valor educativo del uso de los Servicios de Información y alienta el uso de tales fuentes para mejorar el aprendizaje de los estudiantes. La Mesa Directiva también reconoce que el acceso a los servicios de información electrónica de Internet del Distrito es un privilegio y todos los usuarios deben estar de acuerdo de usar los servicios con responsabilidad.

**Contrato de Responsabilidad**

Como padre/ tutor de este estudiante, he leído las reglas y reglamentos del Distrito, así como las guías de escuelas específicas para el uso de servicios electrónicos del Distrito Escolar Unificado de Palm Springs. Comprendo que estos servicios están diseñados con propósitos educativos, y el Distrito Unificado de Palm Springs ha tomado precauciones disponibles para eliminar materiales inapropiados y no los juzgare responsables por materiales que mi hijo haya adquirido con estos servicios. Igualmente me comprometo a reportar el mal uso de los servicios electrónicos de información al director de la escuela o al Director de Tecnología de Instrucción de los Distritos.

**SI**, doy permiso para que se le dé un código a mi hijo (a) y certifico que la información proporcionada en este formulario es correcto.

**NO**, doy permiso para que se le dé un código para mi hijo (a), y certifico que la información proporcionada en este formulario es correcto.

Firma del Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_







**ORAL HEALTH ASSESSMENT/WAIVER REQUEST FORM**

Ö^æÁÚæ^} ó!ÁÖ^ æáææ KÁ

V[ Á æ^Á^!^Á[~!&@á/Á^æ^ {!Á&@ [ÉÖæf!} æææ ÉEducation Code Ú^&@ }  
|J|Í GÈ È[ Á^~ á^Á@æÁ[~!&@á/Á^æ^ Á!æ@æ@æ^••{ ^} ó!Á^} æ&@& È  
~] Dá Á æ^ÁF/Á^æ@!Áá^!^æ^ } [!Á^ó!æ^È[ @ç!/Á^æ^ Á!@!Á^ó!æ^æ^ Á  
]~à!Á&@[ÉÖ^•••{ ^} •Á@æÁ@æ^Á@æ^ ]^!áÁ æ@ Á@ÁFG{ [ ] @Á^!^Á[~!Á  
&@á/Á^} ç!^Á&@[!æ^ [ Á^!^ó!Á^~ á^{ ^} dEV@Áæ Á^&á^Á@æ@Áæ^•••{ ^} ó!  
{ ~•ó!á^ } ^ à^Á^Á^} •á^á^} ç^ó!Á^@!Á^Á^} •á^Á^!Á^\* á^!^á^Á^} æ^@æ@  
]!| ^••á } æÈ

Væ^Á@Áææ@áÚ!æP^æ@Ö^•••{ ^} dY ææ^!ÁÚ^~^•ó! { ç Á@Á^} æÁ ~æÈ  
æÁ/Á^] Á^Á^!^á^!^!Á[~!&@á/Á^æ^ ÈÁ[~!&@] [ óæ^Á[~!&@á/Á^æ^ Á  
!^~ á^Á^•••{ ^} dÈ ]^æ^Á^ áææ^Á@Áæ [ ] {!Á@Á^Á^&@} HÁ ~@ {!| ÈY[~

Öæf!} æÖ^} æç ^} ó! ÁÖ^ &ææ } çÁ^!á^æ^Á@ç KÖ , Èá^ÈæÈ [ çP È@ È@ ÈÈ  
Öæf!} æææ Á^~ á^Á&@[!^Á { æææ Á@Á!ææ^ Á^Á^ç^á^} •ó!æ@ç } {!| ææ } È  
ÿ[~!&@á/Á^} ç^Á^] Á[ ó!á^ æ^ [ &æ^á^ á@ç^ Á^] [!ó!| á^&á^ æ^Á^~ |ó! Á@Á^  
!^~ á^{ ^} dÈ

V@ {||. á^\*Á^ [~!&^Á^] Á[~!á^æ^á^} ç^ó!á^ { ]|^Á@Á^~ á^{ ^} ó! Á^  
~[~!&@á/Á^

FÈ Ó!||^\* [ P^æ@Ö^} æÁ^!çæ^Á^] [ çæ^á^æ^Á[~!&@á/Á^æ^ [!Á^æ^ æ^Á]  
&@^\*ÁÈ

GÈ T^ááÖæf!} çÖæç Á^ ||È^!^ { à!Á!Á^!á^æ^Á@ç Á@] Á[~!Á^ á^á^æ^á^} ç^ç  
, @Áæ^•Á^} çÖæçÁÈ ÈÈHGGÈ H| LÁ@ç KÖ , Èá^] çæÈÈæÈ [ çÈ@ [!@]]  
^} ||]á^\*Á[~!&@á/Á^!á^ááÖæf!} çÖæçÈ[ } çæó! [~!Á^] æ^Á [ &æ^Á^!çæ^  
æ^} & Á@çÁ/Á^] ||]!æ^Á [ &æ^Á^] çæó! {!| ææ } Èææææ^!Áæ  
@ç KÖ , Èá@ÈæÈ [ çP & P^ááÖæç { ^È ]^} ç Sá ç^\*FÈ@ È

HÈ P^æ@Á@æ^] á^•ó! ||È^!^ { à! [!Á^!á^æ^Á@ç @] Á[~!ç^ á^á^æ^á^} ç^ó! @  
çæ^•P^æ@Á@æ^] á^•Á^•!æ^ &Á!Á^] á^á^~ ó!Á[~!&@á/Á^æ^ Á^] ||]Á^@  
]!|\*!æ^ KÈ ÈÈÈÈÈÈ [!Á@ç KÖ , È { æÈæÈ [ çP ]^] æPÖÈ@ ÈÈ

I È Ç! æááææ } æÁ^ [~!&^Á^] æ^Á^!á^@] ~|È& } çæó!@Á^] æ^Á^~ à!Á@æ@  
á^} æç^ } ó!Á^Á/Á^] ||]!æ^Á [ &æ^Á^] çæó! {!| ææ } Èææææ^!Áæ  
@ç KÖ , Èá@ÈæÈ [ çP & P^ááÖæç { ^È ]^} ç Sá ç^\*FÈ@ D

Ü{ ^{ à!È[~!&@á/Á^] ó!æ@ç^] á^Á^æ^ Á^!Á&@[!Á@Á^!Á@Á@Á^] [!Á^} ç^Á  
@æ@çP^!Á^] [!çæ^ ó!á^çæ^ Á^@] Á[~!&@á/Á^æ^ Á@æ@ç@KÁ

- Væ^Á[~|&@áÁ Á@Á^} cã cã, æ^Á^æÉ
- Ó@[·^Á@æ@Á[á·Á|Á@Á} cã^Áæ ã ÈÖ^·@Á[á·Á^· æ|Á@æ@·Á[á·É
- Óí·@Á^c@æ^æ cã, æ^Á^æÁ ã@Á[ c@æ c^Á@æ} cã·Á[|ã^É
- Šã æ^Áæ á^Áæ áÁ, ^^óá|ã\·É^ &@æ Á^} &@Á|Á[ áæÜ, ^^óá|ã\·Áæ á^Áæ á & } cã Á^| c^ Á^ \* æÉ @ææ·^·Áææã·Áæ áÁ^|æ·Á } [|cæ c^ dã} c ã Á[~|&@áÁ á dÜ, ^^óá|ã\·Áæ á^Áæ á^Áæ [Á] dã c^Á Á^ã @ ]|à^··É @æ æ^Áæ Á^@|Á^æ·É^ &@æ Á^æ c·ÉV@Á·· ææ á^Áæ áÁ, ^^óá|ã\·É@Á^c^Á

Óæ Á^c@æ^Á^ Á } [|cæ dV@^Áæ^Á[ cã·c^c@æ áÁæ|Á^ dÖ@á|^} Á^áÁ c@áÁ^c@Á Áæ| ]|^| Èæ È { ã Èæ áÁ^|Á[| áÁæ[~c@{·^|ç^·ÈÖ@á|^} Á^æ@ææã·Á æ^Áæ^Áæ-æ|c^Áææ \* È d] Á { ãæ \* Èæ áÁæ^Á| à^··Á æ ã \* Áææ} c} Á æ áÁæ} ã \* Áæ &@ [|ÈV[| c@Á^ææ Á^Áæ Á^ &@} Á^æ|·Á[ c@æ áÁæ áÁæ Á^Á ] æ~|Á^c^ æ@ c^æ^ } ÈÖææã·Áæ^Á[ c^ææ áÈ&@á|^} Áæ Á^ & { ^Áæ Á^ }|^ \* @Á Á^ æ^Á{ ^|^} & Á[|{ Á^æ^ } dæ áÁ@áÁæ|c^c@æ æ Á^Á ]|^{ æ^} d^Áæ æ^áÈÁ

T æ^Áæ·Á^|^} &Áæ&@áÁ|·|^··Áæ áÁ^ &Á··Á Á&@ [|Èæ &| áæ \* Á@æ@È Ö@á|^} Á^·c^Á@æ@Á|Á^æ} Èæ áÁ&@á|^} Á^æ@ææã·Áæ^Á[ c@æ@ÈÖææã·Á æ^Á|^ç^} cã|Èæ c@^Áæ-æ c^ [|^Á&@á|^} Á^æ Áæ^Á c@|Á&@} æ^Áæ^É

QÁ[~Áæ^Á^·c}·Áæ[~c@Á^, Á|æ@æ@æ·^·{ } c^~á{ } d] |æ^Á & } cæc^|~|&@áÁ &@ [|Áæ Á|ã æÉ

V@é \ Á|^É















PARENT CONSENT LETTER

Consent Form for the District’s Participation in the LEA Medi-Cal Billing Program

The District, in cooperation with the California Departments of Health Care Services and Education, participates in a program that allows the district to be reimbursed with federal Medicaid dollars for select health services provided to Medi-Cal eligible students at school. This program greatly benefits our district and our families—all reimbursements the school receives are required to be incorporated back into the health and social services programs for our students; they also help to offset the costs the district incurs providing these services.

In order for the district to receive reimbursement for these services, we must obtain your consent to release select education records to the Department of Health Care Services (DHCS) and, we must obtain your consent to access public benefits if your child is enrolled in Medi-Cal.<sup>1</sup>

Regardless of your response, students will not be denied services they require to attend school and the district will never bill you for services provided as a result of your consent or nonconsent. Further, while Medi-Cal is reimbursing the district for select health services, your Medi-Cal benefits should not be impacted. We participate in this program in an effort to obtain federal funding for the Medi-Cal reimbursable health services already being performed at school, and then use this funding to expand services for all students.

We discuss parental consent with all of our families so that if your child is, or may ever become eligible for Medi-Cal, your consent allows the district, in a confidential manner, to submit eligible services for reimbursement. This means that even if your student is not enrolled in Medi-Cal, your consent (or nonconsent) is still needed. **Please complete the below form and return it to your school.**

Child’s Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

By signing below, I acknowledge the following:

- I have a right to request that this form be provided in any native language, or through another mode of communication.
The education records that may be shared include: child’s name and date of birth; health-related evaluation, intervention, and referral information (for services received at school); practitioners’ notes related to these health services; and, select data from child’s IEP/IFSP (if applicable)
I understand that consent is voluntary, and the consent may be revoked at any time.
If my child is enrolled in Medi-Cal and is also covered by a third party insurer, DHCS may attempt to recover third party liability if they pay a school-based claim submitted by the district. This occurs due to the assignment of third-party liability rights that was provided when your application to Medi-Cal was approved.
I have been notified that my refusal to allow access to public benefits does not relieve the district of its responsibility to ensure that all services required by FAPE are provided at no cost to me.
Consent hereafter is satisfied by an annual notification provided by the district, acknowledging participation in the LEA Medi-Cal Billing Program and related parent rights.

Please mark your choice:

- I consent to the release of my child’s related health records, and access to my child’s Medi-Cal benefits
I do not consent to the release of my child’s related health records, or access to my child’s Medi-Cal benefits

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1 The requirements for parental consent are outlined in the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) 34 CFR 300.154, and Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) 34 CFR Part 99.

## **FAQs – Medicaid Billing for School-Based Services**

### **1. Will I ever be billed for school-based services that my child receives?**

*No. You will never receive a bill from the district, and there is no cost to you or to your child for school-based health services, regardless of your child's Medicaid eligibility. Bills for eligible school-based services provided to children who are Medicaid eligible are submitted to Medicaid for reimbursement.*

### **2. Do I have to be involved in the billing process in any way?**

*You will only be asked to provide the district with your consent for Medicaid billing. Parents have no other responsibilities in this process.*

### **3. Does this program (and my consent) impact my child's Medicaid benefits in any way?**

*Whether or not you give consent, Medi-Cal will continue to pay for medically necessary health-related services your child receives outside of school. Further, the district's participation in this program and your consent should not impact your child's benefits in any way.*

### **4. How does the district use the funds received from Medicaid billing?**

*The district uses Medicaid funds to supplement the cost of the services being performed at school sites every day. In addition, these funds are used to support additional family outreach efforts, school health offices, updating testing equipment and materials, purchasing supplies, etc., in an effort to support all children in the district.*

### **5. Will the district stop providing services for my child if I do not provide my consent to bill Medicaid?**

*No. Without your consent for billing, your child will continue to receive care but the district will not receive Medicaid funds for the eligible services that your child may be provided. Other district funds will be used to support the full cost of these necessary services.*

### **6. What if I change my mind after I have already provided you with my consent?**

*You have the right to withdraw your consent at any time (a withdrawal will not be retroactive). See the front desk at your child's school if you'd like to make a change.*

### **7. What information is shared, with whom, and what guarantees exist to ensure confidentiality of these records?**

*The education records that may be shared include: child's name and date of birth; health-related evaluation, intervention, and referral information (for services received at school); practitioners' notes related to these health services; and, select data from child's IEP/IFSP (if applicable). The district's reimbursement recovery vendor is bound by a contract that contains specific provisions to keep student records confidential and secure, ensuring information is not used or disclosed inappropriately; further, our vendor is HIPAA compliant. In addition, the district and DHCS are bound by agreements that include specific provisions about the use of the information shared in this program, and explicit security protocols to keep your child's information confidential and secure.*

**Formulario de consentimiento para participación del Distrito en el Programa de Facturación LEA Medi-Cal**

El Distrito, en cooperación con los Departamentos de Servicios y Educación para el Cuidado de la Salud de California, participa en un programa que permite que el distrito reciba un reembolso de dólares federales de Medicaid por servicios de salud selectos brindados a estudiantes elegibles de Medi-Cal en la escuela. Este programa beneficia enormemente a nuestro distrito y a nuestras familias: todos los reembolsos que recibe la escuela deben incorporarse nuevamente a los programas de servicios sociales y de salud para nuestros estudiantes; también ayudan a compensar los costos en que incurre el distrito al proporcionar estos servicios.

Para que el distrito reciba un reembolso por estos servicios, debemos obtener su consentimiento para divulgar registros educativos seleccionados al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) y debemos obtener su consentimiento para acceder a los beneficios públicos si su hijo/a está inscrito en Medi-California.

Independientemente de su respuesta, a los estudiantes no se les negarán los servicios que requieren para asistir a la escuela y el distrito nunca le facturará por los servicios prestados como resultado de su consentimiento o no consentimiento. Además, mientras Medi-Cal reembolsa al distrito por servicios de salud seleccionados, sus beneficios de Medi-Cal no deberían verse afectados. Participamos en este programa en un esfuerzo por obtener fondos federales para los servicios de salud reembolsables de Medi-Cal que ya se realizan en la escuela, y luego usamos estos fondos para ampliar los servicios para todos los estudiantes.

Hablamos sobre el consentimiento de los padres con todas nuestras familias para que, si su hijo/a es, o puede ser elegible para Medi-Cal, su consentimiento le permite al distrito, de manera confidencial, enviar servicios elegibles para reembolso. Esto significa que incluso si su estudiante no está inscrito en Medi-Cal, aún se necesita su consentimiento (o no consentimiento). **Complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.**

**Nombre de Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:*

- *Tengo derecho a solicitar que este formulario se proporcione en cualquier idioma nativo, o a través de otro modo de comunicación.*
- *Los registros educativos que se pueden compartir incluyen: nombre y fecha de nacimiento del niño/a; evaluación relacionada con la salud, intervención e información de referencia (para servicios recibidos en la escuela); notas de los profesionales relacionadas con estos servicios de salud; y, seleccione datos del IEP / IFSP del niño/a (si corresponde)*
- *Entiendo que el consentimiento es voluntario, y el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.*
- *Si mi hijo/a está inscrito en Medi-Cal y también está cubierto por un asegurador externo, DHCS puede intentar recuperar la responsabilidad de un tercero si paga un reclamo basado en la escuela presentado por el distrito. Esto ocurre debido a la asignación de derechos de responsabilidad de terceros que se proporcionaron cuando se aprobó su solicitud a Medi-Cal.*
- *Me han notificado que mi negativa a permitir el acceso a beneficios públicos no exime al distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos por FAPE se brinden sin costo para mí.*
- *El consentimiento de aquí en adelante se cumple con una notificación anual proporcionada por el distrito, que reconoce la participación en el Programa de facturación de Medi-Cal de LEA y los derechos relacionados de los padres.*

Por favor marque su elección:

- Doy mi consentimiento para la divulgación de los registros de salud relacionados con mi hijo/a y el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo/a**
- No doy mi consentimiento para la divulgación de los registros de salud relacionados con mi hijo/a ni para el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo/a**

**Nombre del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Preguntas frecuentes- Facturación de Medicaid por servicios escolares**

### **1. ¿Alguna vez se me cobrarán los servicios escolares que reciba mi hijo/a?**

*No. Nunca recibirá una factura del distrito y no hay ningún costo para usted o su hijo/a por los servicios de salud basados en la escuela, independientemente de la elegibilidad de Medicaid de su hijo/a. Las facturas por servicios elegibles basados en la escuela proporcionados a niños que son elegibles para Medicaid se envían a Medicaid para su reembolso.*

### **2. ¿Debo participar de alguna manera en el proceso de facturación?**

*Solo se le pedirá que proporcione al distrito su consentimiento para la facturación de Medicaid. Los padres no tienen otras responsabilidades en este proceso.*

### **3. ¿Este programa (y mi consentimiento) afecta de alguna manera los beneficios de Medicaid de mi hijo/a?**

*Su usted da o no su consentimiento, Medi-Cal continuará pagando por los servicios de salud médicamente necesarios que su hijo/a recibe fuera de la escuela. Además, la participación del distrito en este programa y su consentimiento no deben afectar los beneficios de su hijo/a de ninguna manera.*

### **4. ¿Cómo utiliza el distrito los fondos recibidos de la facturación de Medicaid?**

*El distrito usa fondos de Medicaid para complementar el costo de los servicios que se realizan en las escuelas todos los días. Además, estos fondos se utilizan para apoyar esfuerzos adicionales de extensión familiar, oficinas de salud escolar, actualización de equipos y materiales de prueba, compra de suministros, etc., en un esfuerzo por apoyar a todos los niños en el distrito.*

### **5. ¿El distrito dejará de proporcionar servicios para mi hijo/a si no doy mi consentimiento para facturar a Medicaid?**

*No. Sin su consentimiento para la facturación, su hijo/a continuará recibiendo atención, pero el distrito no recibirá los fondos de Medicaid para los servicios elegibles que su hijo/a pueda recibir. Se usarán otros fondos del distrito para cubrir el costo total de estos servicios necesarios.*

### **6. ¿Qué sucede si cambio de opinión después de que ya le haya dado mi consentimiento?**

*Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento (un retiro no será retroactivo). Vea la recepción en la escuela de su hijo/a si desea hacer un cambio.*

### **7. ¿Qué información se comparte, con quién y qué garantías existen para garantizar la confidencialidad de estos registros.**

*Los registros educativos que se pueden compartir incluyen: nombre y fecha de nacimiento de niño/a; evaluación relacionada con la salud, intervención e información de referencia (para servicios recibidos en la escuela); notas de los profesionales relacionadas con estos servicios de salud; y, seleccione datos del IEP / IFSP de niño/a (si corresponde). El proveedor de recuperación de reembolso del distrito está sujeto a un contrato que contiene disposiciones específicas para mantener los registros de los estudiantes de manera confidencial y segura, asegurando que la información no se use o divulgue de manera inapropiada; Además, nuestro proveedor cumple con HIPAA. Además, el distrito y el DHCS están sujetos a acuerdos que incluyen disposiciones específicas sobre el uso de la información compartida en este programa y protocolos de seguridad explícitos para mantener la información de su hijo/a confidencial y segura.*



*Federally Qualified Health Centers*

[www.borregomedical.org](http://www.borregomedical.org)

**DO YOU & YOUR  
FAMILY HAVE  
HEALTH INSURANCE?**

**If not, we can help you!**



*Borrego Health has certified enrollment counselors at three locations in your community, ready to help you enroll in Medi-Cal or Covered California.*

*Contact a certified enroller at any of the sites listed below:*

**CENTRO MEDICO CATHEDRAL CITY**

69175 Ramon Road  
Cathedral City, CA 92234  
Contact: Joanna Ramos  
Direct Line: (760) 844-7824  
Phone: (760) 321-6776 ext. 4124

**DESERT HOT SPRINGS  
COMMUNITY HEALTH CENTER**

66675 Pierson Blvd.  
Desert Hot Springs, CA 92240  
Contact: Argelia Tello  
Phone: (760) 676 -5240 ext. 5651

**DESERT HOT SPRINGS HEALTH  
AND WELLNESS CENTER**

11750 Cholla Drive  
Desert Hot Springs, CA 92240  
Contact: Samantha Prior  
Phone: (760) 251-0044 ext. 5082



**Health Insurance Coverage...**

Changes in California law now require your school district to provide parents of students, the contact information of places where you can get help with health insurance enrollment.

**We're here for you!**

*Borrego Health provides comprehensive and quality health care that is informative and supportive of your needs.*

*The medical team and support staff are dedicated to helping you feel better and staying healthy!*





*Federally Qualified Health Centers*

[www.borregomedical.org](http://www.borregomedical.org)

## ¿TIENEN USTED Y SU FAMILIA SEGURO MÉDICO?

¡Le podemos proveer asistencia!



*Borrego Health cuenta con consejeros(as) certificados(as) en el proceso de enrolamiento y están disponibles para asistir con sus aplicaciones para Covered California o Medi-Cal.*

*Puede recibir asistencia en una de las siguientes localidades:*

### CENTRO MEDICO CATHEDRAL CITY

69175 Ramon Road  
Cathedral City, CA 92234  
Persona de contacto: Joanna Ramos  
Línea directa: (760) 844-7824  
Teléfono: (760) 321-6776 ext. 4124

### DESERT HOT SPRINGS COMMUNITY HEALTH CENTER

66675 Pierson Blvd.  
Desert Hot Springs, CA 92240  
Persona de contacto: Argelia Tello  
Teléfono: (760) 676 -5240 ext. 5651

### DESERT HOT SPRINGS HEALTH AND WELLNESS CENTER

11750 Cholla Drive  
Desert Hot Springs, CA 92240  
Persona de contacto: Samantha Prior  
Teléfono: (760) 251-0044 ext. 5082



### **Cobertura Médica....**

Los cambios en las leyes de California ahora requieren que su distrito escolar provea información sobre localidades donde puede recibir asistencia con enrolamiento en un seguro médico.

### **¡Estamos disponibles para ayudarlos!**

*Borrego Health provee servicios médicos de calidad y con la atención que usted se merece. .*

Los médicos y personal de apoyo se dedican a ayudarle a ayudarle a que se sienta mejor y a mantenerse sano(a).

