



REGISTRO DE ESTUDIANTES DEL DISTRITO LIBERTY UNION HIGH SCHOOL

GRADO

Liberty HS Freedom HS Heritage HS La Paloma HS Independence HS Gateway

- POR FAVOR ESCRIBA CON LETRAS DE IMPRENTA -

▶ ¿El estudiante ha asistido anteriormente a una escuela del Distrito Liberty Union High School? Si No
Si es Si, a cuál escuela: _____ Fecha(s) en que asistió: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE:

Primer Nombre Legal | Segundo Nombre Legal | Apellido Legal | Otro Nombre Legal (si es aplicable)

Masculino Femenino No-binario | Fecha de Nacimiento: | Apodo(s):
M | Día | Año
es

PADRE(S) O TUTOR(RES) CON QUIENES VIVE EL ESTUDIANTE

¿Es usted el tutor LEGAL del estudiante? Si No Si es No por favor complete la "Declaración Jurada de Cuidador"*.
Si hay un acuerdo legal de CUSTODIA con respecto a este estudiante, marque uno: Compartida Solitaria Tutor

Nombre | Apellido | () | () | ()
Teléfono del Hogar | Teléfono Laboral | Teléfono Celular

Email
Relación: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Cuidador Autorizado Otros

Nombre | Apellido | () | () | ()
Teléfono del Hogar | Teléfono Laboral | Teléfono Celular

Email
Relación: Padre Madre Padrastro Madrastra Tutor Cuidador Autorizado Otros

Dirección de Residencia – Nombre de la calle y número de la casa | Dpto. # | Ciudad | Estado | Código Postal

Dirección de Correo (SI ES DIFERENTE) – Casilla de Correo o Nombre de la calle y número de la casa | Dpto. # | Ciudad | Estado | Código Postal

Situación Actual de Vida (marque todas las casillas que correspondan)

- En una residencia permanente de una sola familia (casa, departamento, condominio, casa rodante)
 - Sin Hogar- "compartiendo" (vive con otra familia) * Sin Hogar-prottegido* Sin Hogar-Sin techo*
 - Sin Hogar-hotel/motel* Joven no Acompañado Casa de Familia Adoptiva Hogar de Grupo Adoptivo
- * Situación temporal debido a dificultades financieras

¿Ha recibido el estudiante servicios de educación especial? (si es así, por favor marque todas las casillas que aplican):

Educación especial: Recurso (RSP) Día Especial de Clase (SDC) Habla/Lenguaje 504

Apellido del Estudiante:

Nombre:

ID Permanente:

Militar (marque si es aplicable): Servicio Activo Departamento de Defensa

De acuerdo con el Departamento de Educación de California y normas Federales, se requiere la recopilación de la siguiente información.

¿CUAL ES LA ETNIA DE SU HIJO? – Por favor marque una:

Hispano o Latino (Personas de Cuba, México, Puerto Rico, América Central, Sudamérica u otra cultura u origen español, independientemente de su raza) No Hispano o Latino

¿CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO? – Por favor, marque hasta cinco categorías raciales:

La parte anterior de la pregunta es sobre la etnicidad, no la raza. No importa lo que haya seleccionado anteriormente, siga respondiendo a lo siguiente marcando uno o más cuadros para indicar la que considera es su raza.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
<small>(Personas cuyo origen es alguno de los pueblos originales de América del Norte, Central, o Sudamérica)</small> | <input type="checkbox"/> Hindú (205) | <input type="checkbox"/> Samoano (303) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Laosiano (206) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino Americano (400) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (204) | <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos (299) | <input type="checkbox"/> Americano Africano o Negro (600) |
| | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Blanco (700) <small>(Personas cuyo origen es alguno de los pueblos originales de Europa, Norte de África, o Medio Oriente)</small> |
| | <input type="checkbox"/> Guamanio (302) | |

LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

EDUCACION PATERNA

Por favor, marque la respuesta que describe el nivel más alto de educación obtenido por el padre/tutor:

- Título de Grado o Superior (10)
 Graduado de College (11)
 Algún Título Asociado (12)
 Graduado de Escuela Superior (13)
 No Graduado de la Escuela Superior (14)

Fecha en que su hijo asistió por primera vez a la escuela en EEUU

_____	_____	_____
Mes	Día	Año

Fecha en que su hijo asistió por primera vez a la escuela en CA

_____	_____	_____
Mes	Día	Año

ULTIMAS ESCUELAS ASISTIDAS:

_____	_____ / _____
Nombre de la Escuela	Grado(s) Fecha en que dejó
_____	_____
Calle Ciudad	Estado Código Postal
_____	_____ / _____
Nombre de la Escuela	Grado(s) Fecha en que dejó
_____	_____
Calle Ciudad	Estado Código Postal

¿Su hijo fue suspendido? Si No Su hijo fue expulsado alguna vez? Si No

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Apellido del Estudiante:

Nombre:

ID Permanente:

LIBERTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
ENCUESTA IDIOMA DEL HOGAR – Versión Español

Nombre del alumno _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Escuela: _____ Edad: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Instrucciones para Padres/Tutores:

El Código de Educación de California contiene requisitos legales por los cuales obliga a las escuelas a determinar qué idioma/s se habla en el hogar de cada alumno. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios educativos adecuados.

Como padres/tutores, se solicita su cooperación en el cumplimiento de este requisito legal. Por favor, responda a cada una de las cuatro preguntas que figuran a continuación con la mayor precisión posible. Para cada pregunta, escriba el nombre/s del idioma/s que corresponda en el espacio proporcionado. Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar. (Si no está seguro del nivel del idioma de su hijo, el Estado de California tiene una base de datos que nos proporcionará el nivel desde el momento en que él/ella ingresó a la escuela.)

1. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo cuando él /ella comenzó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma utilizan más frecuentemente (padres/tutores) cuando hablan con su hijo ? _____
4. ¿Qué idioma hablan más a menudo los adultos de la casa? (padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto) _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Distrito Escolar - Liberty Union High School District

Para asegurar que cada área de asistencia escolar sirva a sus residentes en la zona, el Distrito necesita verificación de domicilio de cada estudiante. El Distrito puede considerar necesaria una visita por funcionarios de la escuela a la residencia del niño para verificar la residencia legal del mismo. Si el niño no reside en la dirección declarada, los padres deberán inscribir al niño inmediatamente en la escuela o el distrito que corresponda con la dirección real del niño.

Liberty Union High School District requiere tres formas de documentación para verificar la residencia en el distrito escolar. Esto también incluye cambios de domicilio, ya que debe verificarse que los nuevos domicilios estén dentro de los límites de asistencia del distrito. Para verificar la prueba de residencia, deberá proveer lo siguiente de cada columna:

<i>Identificación con fotografía (se requiere UNA)</i>	<i>DOS de los siguientes DOCUMENTOS ORIGINALES con el nombre y la DIRECCIÓN ACTUAL de padres o tutores</i>
Licencia de conducir del Estado de California vigente	Recibos de pago de impuesto sobre la propiedad
Tarjeta de identificación vigente de California	Contrato de alquiler/arrendamiento con nombre de padres o tutores, nombre del alumno y domicilio, así como nombre del administrador o del propietario y número de teléfono
Pasaporte válido o Identificación Consular con fotografía	Recibos de pago o contrato de servicio de utilidad
Credencial Para Votar	Talones de cheques de nómina
Identificación militar	Inscripción de votantes
Otra Identificación con fotografía	Otras formas de comunicación de una agencia del Gobierno
	Declaración de residencia ejecutada por padre/tutor su
	Registro de vehículo válido con la dirección actual
	Para los nuevos propietarios de casa el depósito de garantía puede ser prueba de residencia. Sin embargo, dentro de los 30 días siguientes de calendario de inscripción en el distrito 2 de los documentos anteriormente mencionados deben ser proporcionados para continuar la inscripción.

Para situaciones de residencia inusuales el personal del Distrito está preparado para revisar la documentación y para responder cualquier pregunta que se pueda presentar durante el proceso de verificación de domicilio. Los padres o tutores tienen 30 días para presentar prueba de domicilio si no la tienen disponible a la hora de la inscripción.

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Yo entiendo que la ley del estado de California me requiere que envíe a cualquier persona entre las edades de 6 y 18, de quienes yo soy el padre o tutor legal, a la escuela de día entero o escuela de continuación o clases proveídas por el distrito escolar donde yo vivo, a menos que haya alguna exención. (Cod. Ed. 48200)

Entiendo además que bajo la ley del estado de California cada persona tiene sólo una residencia la cual es el sitio donde uno se encuentra cuando no se ha llamado a algún otro sitio para propósitos de trabajo y otros propósitos especiales o temporeros, y a donde uno regresa en tiempos de reposo. (Código Ed. 68062)

En luz de estos hechos, yo declaro que:

Soy el padre o tutor legal de _____.

Soy un residente de _____, CA, y la dirección de mi calle es

_____. He sido informado que mi residencia se encuentra dentro de los límites de

_____ High School dentro del distrito.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que lo declarado aquí es cierto y correcto. Ejecutado este día _____ de

_____ del 20_____.

Firma: _____

**FREEDOM HIGH SCHOOL
EMERGENCY CARD**

POR FAVOR COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO

POR FAVOR DE VUELTA EL FORMULARIO - SE REQUIERE SU FIRMA

Apellido del alumno:		Nombre del alumno:		Inicial de Segundo Nombre:	
Domicilio: ¿Es diferente al domicilio del último año escolar? Si No		Ciudad		Código Postal	Teléfono
Escuela		Año	Grado	Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Padres/Tutores		Domicilio (si es diferente)		Ciudad/Código Postal	Parentesco
Nombre de la Madre/Tutora Domicilio (si es diferente)		Ocupación de la Madre/Tutora	Empleador de la Madre/Tutora		Teléfono Laboral: () Teléfono Celular: ()
Nombre del Padre/Tutor Domicilio (si es diferente)		Ocupación del Padre/Tutor	Empleador del Padre/Tutor		Teléfono Laboral: () Teléfono Celular: ()
Médico/Practicante _____ Teléfono _____ Número de Tarjeta Médica _____ Dirección del Médico: _____ Hospital: _____			Consideraciones especiales de Salud 1. _____ 2. _____ 3. _____		

CONTACTOS

SI NO PUEDE SER CONTACTADO, INDIQUE DOS PERSONAS QUE PUEDAN ESTAR DISPONIBLES EN CASO DE EMERGENCIA O CATÁSTROFE

Nombre	Parentesco	Domicilio/ Ciudad	Teléf. Lab: () Teléf. Cel: ()
1.			
2.			Teléf. Lab: () Teléf. Cel: ()

Dirección de Correo Electrónico de Padre

Dirección de Correo Electrónico de Alumno

EL FORMULARIO CONTINÚA AL DORSO →

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Estimado Padre/Tutor:

La siguiente información será utilizada en el caso que su niño se enferme o se lastime mientras se encuentra en la escuela, o en caso de una inminente catástrofe y usted no pueda ser contactado. En caso de lesiones menores se le darán primeros auxilios. Se entiende que las indicaciones de esta ficha permanecerán en vigencia hasta que alguno de los padres/tutores indique lo contrario.

Indique la acción que usted quiere que la escuela realice en caso de lesión o enfermedad grave:

1. El niño debe ser puesto al cuidado de su médico personal (como se indica al dorso). **Si** **No**
El niño debe ser puesto al cuidado del Practicante de la Ciencia Cristiana (como se indica al dorso). **Si** **No**
2. Si el médico/ayudante no puede ser contactado inmediatamente, ¿Qué acción debería tomarse? _____
3. En el caso de lesión en la boca o en dientes, indique el dentista familiar. Nombre: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

REQUISITOS PARA EDUCACIÓN FÍSICA

El Estado de California (E.C. 51222) establece que todo niño debe tomar clases de Educación Física salvo excepciones legales, bajo E.C. 51241o E.C. 51246. Cuando haya una legítima razón para que un alumno sea exceptuado de sus clases de Educación Física por una semana o menos, por favor enviar una nota por el alumno a la oficina de salud. Cuando la excepción dure más de una semana, un formulario debe ser completado y firmado por el médico.

¿Existe alguna razón por la cual este alumno no deba participar en el programa regular de educación física? **Si** **No**
Si "Si", por favor proporcione el justificativo médico y fundamente las razones: _____

VERIFICACIÓN DE DERECHOS

Las Juntas Directivas de los distritos escolares están obligadas a notificar a los padres o tutores de sus derechos. Por favor firme y devuelva este formulario reconociendo que se le ha notificado de sus derechos como se enumeran en la parte inferior de esta ficha. Su firma no indica consentimiento para participar en cualquier programa en particular.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE PADRES Y ESTUDIANTES

Estimado Padre/Tutor:

La "Ley de Derechos Educativos y Privacidad de 1974" (PL 93-380) requiere que los padres, tutores legales y los estudiantes elegibles de 18 años tienen el derecho de inspeccionar y revisar cualquier y todos los registros, archivos y datos oficiales directamente relacionados con el estudiante. Estos incluyen todo el material que se incorpora en el expediente acumulable de cada estudiante; incluyendo específicamente, pero no necesariamente se limitan a, los datos de identificación, trabajo académico completado, el nivel de logro, datos de asistencia, los puntajes de pruebas estandarizadas y psicológicas, los resultados del inventario de interés, datos de salud, antecedentes familiares, puntuaciones de maestro o consejero y la observación e informes verificados de los patrones de comportamiento graves o recurrentes. Presuntas violaciones de esta ley pueden ser reportadas al Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos.

Mantenimiento de Registros (E.C. 49064)

Se mantendrá un Registro de Archivos de Estudiante para cada estudiante, que enumere todas las personas u organizaciones que solicitan o reciben información de dicho registro. Las solicitudes de acceso al registro deben ser dirigidas al director de la escuela.

Cambio por Registros (E.C. 49065)

El distrito escolar puede hacer un cargo razonable en una cantidad que no exceda el costo real de proporcionar copias de cualquier registro de un alumno.

Calificaciones (E.C. 49066)

La calificación otorgada a cada alumno será determinada por el maestro y, en ausencia de error, fraude, mala fe o incompetencia, será definitiva. La falta de uso de la ropa de educación física estandarizada, por circunstancias fuera del control del alumno, no debe resultar en detrimento de la calificación del alumno.

Progreso del Estudiante (E.C. 49067)

Cada distrito escolar deberá establecer las regulaciones que requieren la evaluación de los logros de cada alumno para cada período y solicitar una conferencia, o un informe escrito a los padres de cada alumno cada vez que se haga evidente al maestro que el alumno está en riesgo de reprobar un curso. La negativa de los padres a asistir a la conferencia, o responder el informe escrito, no impedirá que el estudiante repruebe al final del período de calificación.

Transferencia de Registros (E.C. 49058)

Cualquier distrito escolar solicitando la transferencia de registros de un alumno con el fin de inscripción, debe notificar a los padres de su derecho de recibir una copia del registro y objetar el contenido de este.

Inspección de Registros (E.C. 49059)

Los registros de los alumnos están disponibles para ser revisados durante el horario escolar. Las solicitudes de acceso deben ser dirigidas al director de la escuela y se deben conceder dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la solicitud.

Solicitud Escrita para la Eliminación de Registros (E.C. 49070)

Después de la inspección y la revisión del expediente de un alumno, un padre puede presentar una solicitud por escrito con el superintendente del distrito para corregir o eliminar cualquier información, que el padre alega que es inexacta, engañosa o inapropiada.

Audiencia sobre Solicitud para Eliminar la Información (E.C. 49071)

Se mantendrá un Registro de Archivos para cada alumno, que enumere todas las personas u organizaciones que solicitan o reciben información de dicho registro. Las solicitudes de acceso al registro deben ser dirigidas al director de la escuela.

Declaración de los Padres acerca de una Acción Disciplinaria (E.C. 49072)

Siempre que se incluya información relativa a medidas disciplinarias en el expediente del alumno, el distrito escolar debe permitir que los padres del alumno incluyan una declaración escrita o respuesta relativa a las medidas disciplinarias.

Información de Datos (E.C. 49073)

La información, que incluya uno o más de los siguientes elementos: nombre del estudiante, dirección, teléfono, fecha y lugar de nacimiento, área principal de estudio, participación en actividades oficialmente reconocidas y deportes, peso y estatura de los miembros de los equipos deportivos, fechas de asistencia, títulos y premios recibidos y la más reciente escuela pública o privada a la que asistió el estudiante, pueden ser divulgados de acuerdo con la política local para cualquier alumno o antiguo alumno, siempre que el aviso se dé anualmente de las categorías de información que se haya divulgado y de los destinatarios de dicha información. Ninguna información deberá divulgarse con respecto a cualquier estudiante cuando un padre ha notificado al distrito escolar que dicha información no sea revelada.

Divulgación de Datos Estadísticos (E.C. 49074)

Un distrito escolar puede proporcionar información estadística a ciertos organismos, colegios y universidades cuando tal acción sea para el mejor interés educativo de los alumnos y siempre que ningún estudiante puede ser identificado.

Divulgación de Archivos (E.C. 49075)

Un distrito escolar puede permitir el acceso a los archivos del alumno a cualquier persona para quien el padre del alumno ha expresado el consentimiento por escrito, especificando los registros que pueden ser divulgados e identificando las partes que pueden ser reveladas. El destinatario debe ser notificado de que se prohíbe la transmisión de la información a otros. La notificación de la autorización deberá guardarse permanentemente en el archivo de registro del alumno.

Acceso Sin Consentimiento Escrito (E.C. 49076, 49077, 49078)

Personal de la escuela con legítimo interés educativo, las escuelas de posible inscripción, los administradores educativos específicos federales y estatales y los que proporcionan ayuda financiera son autorizados a acceder a los archivos del estudiante sin consentimiento de los padres. El acceso también puede obtenerse sin consentimiento de los padres en virtud de una orden judicial.

Historial de Salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____ Fecha _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle Ciudad Cód. Postal

- Mi hijo/a no tiene problemas de salud y no trae medicinas a la escuela.**

FAVOR DE COMPLETAR SI SU HIJO/A PADECE DE:

- Alergias:***

Estacionales * Si requieren que tome medicinas en la escuela, favor de ir a ver al personal administrativo de salud y obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela.

Comida /Nueces Mi hijo/a es alérgico a _____.
Su reacción a esto es _____.

Mi hijo/a tiene un antecedente de anafilaxis. Sí No

Mi hijo/a requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí No

Abejas / insectos Mi hijo/a es alérgico a _____.

Esto requiere una "Epi-pen" por orden médica. Sí No

*Si la reacción requiere medicamentos, además de la "Epi-pen", que tiene que traer a la escuela, favor de obtener un formulario para poder tomar medicinas en la escuela del administrativo de salud.

Otro: Favor describir _____.

¿Requiere el uso de una "Epi-pen"? Sí No

- Asma:***

Estacional * Favor de obtener un formulario para tomar medicamentos en la escuela si **cargará** un inhalador.

Crónica Mi hijo/a fue diagnosticado a la edad de _____.

Mi hijo/a requiere y carga consigo medicamentos y/o inhaladores todo el año, y a diario en la escuela. Sí No

- Diabetes:*** Mi hijo/a ha tenido un plan de salud para diabéticos Sí No

* Favor de completar un formulario nuevo anualmente (requerido)

- Epilepsia/*** La última vez que tuvo convulsiones fue a los _____ años.

Convulsiones Sus convulsiones están controladas con medicinas Sí No

Mi hijo/a ha estado en un plan de acción para convulsiones. Sí No

- Pérdida de Oído/Vista Corregida con _____ último examen _____

- Una condición física/herida reciente que le modifica/limita la forma de moverse por el campus.
Favor de explicar _____

- Enfermedades o defectos congénitos del corazón: Favor de explicar _____

- Operaciones: ¿Dónde? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Toma su estudiante cualquier otra medicina en la **escuela**? _____ (razón)

¿Hay alguna otra cosa que nosotros deberíamos saber sobre su salud? _____

¿Tiene su estudiante limitaciones en educación física? Sí No

- Si contesta que sí, favor de proveer una nota del doctor. Debe especificar las actividades en las cuales PUEDE participar.

- Si su hijo/a está enfermo o herido y no puede participar en la educación física por más de una semana, se requiere una nota del doctor.

Firma del padre o tutor legal

fecha

GUÍA PARA PADRES SOBRE LOS REQUISITOS DE VACUNACIÓN PARA ENTRAR A LA ESCUELA



A partir del 1 de julio de 2019 ****Sin excepciones durante el aprendizaje a distancia!!**

Los alumnos ingresando a TK/K-12 necesitan:

- **Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
(4 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después;
3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 7 años de edad o después)
Se requiere al menos una dosis de una vacuna con protección contra pertussis (tos ferina) al cumplir los 7 años de edad o después para los alumnos de 7° a 12° grado.
- **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
(3 dosis cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después)
- **Hepatitis B—3 dosis**
(No se requiere para el paso a 7° grado)
- **Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)—2 dosis**
(Ambas dosis deben haberse administrado al cumplir el 1er año de edad o después)
- **Varicela—2 dosis**

Estos requisitos de vacunación también aplican a nuevos estudiantes y alumnos de transferencia en cualquier grado, incluyendo el kínder de Transición.

Los alumnos ingresando a 7° grado necesitan:

- **Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) —1 dosis**
(El refuerzo de la vacuna contra la tos ferina generalmente se aplica a los 11 años de edad o más.)
- **Vacuna contra la varicela—2 dosis**
(Generalmente se aplica a los 12 meses de edad y entre los 4 y 6 años de edad)

Los requisitos para K-12 también aplican a alumnos de 7° grado que:

- Antes tenían una exención de las vacunas requeridas por creencias personales que fue presentada antes del 2016 al entrar cualquier grado entre kínder de Transición/kínder y 6° grado
- Son nuevos estudiantes

Comprobantes:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los nuevos estudiantes ingresando a kínder de Transición/kínder hasta el 12° grado y de todos los estudiantes pasando a 7° grado de antes ingresar. Los padres deben presentar el Comprobante de Inmunización de su hijo(a) como prueba de que se vacunó.

**CONTRA COSTA COUNTY COMMUNITY PROVIDERS FOR
IMMUNIZATIONS & TB TESTING**

*Please contact these providers directly for additional information.
This list is for informational purposes only and its contents are subject to change.*

CENTRAL COUNTY						
Provider Name & Address	Ph. Number	Child Vaccines	Adult Vaccines	Travel Vaccines	TB Test (PPD)/TB Blood Test	Appointment Needed
Concord Public Health Clinic 2355 Stanwell Cr, Concord http://cchealth.org/immunization/clinics.php#simpleContained2	925-313-6767	Yes	Yes	No	No/No	Walk-in Thursday 1 - 4:30 pm
CCHS Occupational Medicine 10 Douglas Dr, Martinez http://cchealth.org/immunization/travel.php	925-464-8575	No	No	Yes No Yellow Fever	No/No	Yes Accepts CCHP
Planned Parenthood 2185 Pacheco Blvd, Concord	925-676-0300	No	Some	No	Adults Only	Yes
La Clinica – Concord 2000 Sierra Road	925-363-2000	Yes	Yes	No	Yes/Yes	Yes
Concentra 1855 Gateway Blvd. Ste. 100 Concord https://www.ushealthworks.com	925-685-7744	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M-F 8am-7pm Sat 9am-2pm
Concentra 1981 N. Broadway, Suite 190 Walnut Creek https://www.ushealthworks.com	925-932-7715	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M-F 8am-7pm Sat 9am-2pm
Stat Med Urgent Care 901 Sun Valley Blvd, Ste. 100 Pleasant Hill/Concord http://statmed1-px.rtrk.com	925-234-4447 Can also check in online	No	Yes	Yes	Yes/Yes	Walk-In M-F 8am-8pm Weekend 9am-5pm
Stat Med Urgent Care 970 Dewing Avenue Lafayette http://statmed1-px.rtrk.com	925-297-6396 Can also check in online	No	Yes	Yes	Yes/Yes	Walk-In M-F 8am-8pm Weekend 9am-5pm
American Industrial Care 2477 Pacheco St., Concord	925-674-8080	Some	Yes	No	Yes/Yes	Walk-In M-F 9am – 5pm
John Muir Urgent Care 1450 Treat Blvd Walnut Creek	925-939-4444	Yes	Yes	Yes No Yellow Fever	Yes/Yes	Walk-in M-F 2 – 4 pm Need MD order for TB test
International Travelers Medical Cli 5601 Norris Canyon Rd #220 San Ramon	925-232-0170	Some	Yes	Yes	Yes/Yes	Yes Tues & Thurs
Stephen Sommer J. MD 911 Moraga Rd, Lafayette	925-962-9120	No	Yes	Yes	Yes/Yes	Yes Mon - Fri
Bay Valley Medical Group 319 Diablo Rd, Danville	925-314-0260	Yes	Yes	Yes	Yes/Yes	Not for PPD Mon – Fri 8am – 430pm Sat 9am - 4pm
Passport Health 3478 Buskirk Avenue, Ste. 1000 Pleasant Hill	925-239-8794	Yes	Yes	Yes	Yes/No	Yes Does not bill insurance.
Rite-Aid Pharmacy CVS	Call your local stores for details	Varies	Flu & Others	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Call your local Store	7 & Older	Yes	Yes	No/No	walgreens.com
Safeway Pharmacy Lafayette ----- Danville ----- Martinez ----- San Ramon ----- San Ramon -----	925-284-1550 925-736-0346 925-933-0822 925-831-9502 925-359-2005	8 & Older	Yes	Yes	No/No	Yes Web access needed safeway.com

**CONTRA COSTA COUNTY COMMUNITY PROVIDERS FOR
IMMUNIZATIONS & TB TESTING**

*Please contact these providers directly for additional information.
This list is for informational purposes only and its contents are subject to change.*

EAST COUNTY						
Provider Name & Address	Ph. Number	Child Vaccines	Adult Vaccines	Travel Vaccines	TB Test (PPD)/TB Blood Test	Appointment Needed
Brentwood Public Health Clinic 171 Sand Creek Rd, Ste. A Brentwood	925-313-6767	Yes	Yes	No	No/No	Walk-in Monday 1 – 4:30 pm
Pittsburg Public Health Clinic 2311 Loveridge Rd Pittsburg	925-313-6767	Yes	Yes	No	No/No	Walk-in Tuesday 1 – 4:30 pm
Concentra 3140 Balfour Rd. Brentwood https://www.ushealthworks.com	925-626-3801	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M, T, W, F 8:30am-4:30pm
La Clinica – Pittsburg 2240 Gladstone Dr.	925-431-2100	Yes	Some	No	Yes/Yes	Yes
La Clinica – Oakley 2021 Main Street	925-776-8200	Yes	Some	No	Yes/Yes	Yes
Yogesh K. Trehan, M.D. 100 Cortano Way, Ste. 140 Brentwood, CA 94513	925-516-4488	Some	Yes	No	Yes/Yes	Yes Mon, Tues, Wed
Rite-Aid Pharmacy CVS	Call your local stores for details	Varies	Flu & Others	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Call your local Store	7 & Older	Yes	Yes	No/No	walgreens.com
Safeway Pharmacy Antioch 3365 Deer Valley Road	925-706-4152 safeway.com	8 & older	Yes	Yes	No/No	Yes Need web access
WEST COUNTY						
West County Public Health Clinic 13601 San Pablo Avenue, 1 st Floor San Pablo	925-313-6767	Yes	Yes	No	No/No	Walk-in Friday 1 – 4:30 pm
LifeLong Brookside Community Hlth 2023 Vale Rd. #107 San Pablo	510-215-9092	Yes	Some	No	Yes/Yes	Not for PPD Mon – Wed 2pm – 4pm
LifeLong Brookside Community Hlth 1030 Nevin Avenue Richmond	510-215-5001	Yes	Yes	No	Yes/Yes	Not for PPD Mon – Fri 7am – 4pm
Appian Medical Associates 1330 Tara Hills Dr. Ste. E Pinole	510-724-9300	No	Yes	No	Yes/Yes	Yes
Rite-Aid Pharmacy CVS Pharmacy	Call your local stores for details	Varies	Flu Vaccine & Others	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Call your local stores for details	Yes, 7 & over	Yes	Yes	No/No	walgreens.com

**CONTRA COSTA COUNTY COMMUNITY PROVIDERS FOR
IMMUNIZATIONS & TB TESTING**

*Please contact these providers directly for additional information.
This list is for informational purposes only and its contents are subject to change.*

ALAMEDA/SAN FRANCISCO COUNTY

Provider Name & Address	Phone Number	Child Vaccines	Adult Vaccines	Travel Vaccines	TB Test (PPD)/TB Blood Test	Appointment Needed
Pharmaca Integrative Pharmacy 1744 Solano Avenue Berkeley	510-526-2452	12 & older	Yes	Yes	No/No	Yes
La Clinica 3451 East 12 th St Oakland	510-535-3500	Yes	Yes	No	Yes/Yes	Yes
Stephen Sommer J. MD 4333 Piedmont St Oakland	510-654-2494	Only Flu Vaccine	Only Flu Vaccine	No	Yes/Yes	Yes
Pharmaca Integrative Pharmacy 5729 College Ave Oakland	510-740-1468	12 & older	Yes	Yes	No/No	Yes
Pharmaca Integrative Pharmacy 925 Cole St. San Francisco	415-661-3003	12 & older	Yes	Yes	No/No	Yes
SFO Medical Clinic Central Terminal San Francisco	650-821-5601	No	No	Yes	Yes/Yes	Yes M-F 8:30am-5pm Sat 9am – 1pm
Concentra 333 Hegenberger Rd. Ste. 100 Oakland https://www.ushealthworks.com	510-638-0701	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M-F 7am-6pm
Concentra 2850 Seventh Street, Ste. 100 Berkeley https://www.ushealthworks.com	510-845-5170	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M-F 8am-5pm
San Francisco Dept. Public Health AITC Immunization & Travel Clinic 101 Grove Street, Room 102 San Francisco, CA 94102 https://www.sfdcp.org/aitc/contact-visit-aitc/	415-554-2625	Yes	Yes	Yes	Yes/Yes	Yes Monday 9:00am – 4:00pm Tuesday 9:00am – 3:00pm Weds, Thurs, Friday 9:00 am – 4:00 pm
Passport Health Oakland 333 Hegenberger Rd. #311 Oakland, CA https://www.passporthealthusa.com/locations/ca/oakland/551/	510-564-4251	Yes	Yes	Yes	Yes/Yes	Yes

PROVEEDORES DE VACUNAS Y PRUEBAS DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE CONTRA COSTA

*Por favor comuníquese directamente con los proveedores para recibir información adicional.
El propósito de esta lista es para información solamente y su contenido puede cambiar.*

CONDADO CENTRAL						
Nombre y Domicilio del Proveedor	Numero Telefonico	Vacunas Para Niños	Vacunas Para Adulto	Vacunas Para Viajar	Prueba de Tuberculosis/ Prueba de Sangre	Con/Sin Cita
Concord Public Health Clinic 2355 Stanwell Cr, Concord	925-313-6767	Si	Si	No	No/No	(Sin Cita) Jueves 1 - 4:30 pm
CCHS Occupational Medicine 10 Douglas Dr, Martinez	925-464-8575	No	No	Si	No/No	Con Cita
Planned Parenthood 2185 Pacheco Blvd, Concord	925-676-0300	No	Algunas	No	Solo Adultos	Con Cita
La Clinica - Concord 2000 Sierra Road	925-363-2000	Si	Si	No	Si/Si	Con Cita
Concentra 1855 Gateway Blvd. Ste. 100 Concord	925-685-7744	No	No	No	Si/Si	(Sin Cita) Lunes - Viernes 8am-7pm Sab 9am-2pm
Concentra 1981 N. Broadway, Suite 190 Walnut Creek	925-932-7715	No	No	No	Si/Si	(Sin Cita) Lunes - Viernes 8am-7pm Sab 9am-2pm
Stat Med Urgent Care 901 Sun Valley Blvd, Ste. 100 Pleasant Hill/Concord http://statmed1-px.rtrk.com	925-234-4447 Tambien en la internet.	No	Si	Si	Si/Si	(Sin Cita) Lunes - Viernes 8am-8pm Sab-Dom 9am-5pm
Stat Med Urgent Care 970 Dewing Avenue Lafayette http://statmed1-px.rtrk.com	925-297-6396 Tambien en la internet.	No	Si	Si	Si/Si	(Sin Cita) Lunes- Viernes 8am-8pm Sab-Dom 9am-5pm
American Industrial Care 2477 Pacheco St., Concord	925-674-8080	Algunas	Si	No	Si/Si	(Sin Cita) Lunes-Viernes 9am - 5pm
John Muir Urgent Care 1450 Treat Blvd, Walnut Creek	925-939-4444	Si	Si	Si	Si/Si	(Sin Cita) Lunes-Viernes 2-4 pm
International Travelers Medical Clinic 5601 Norris Canyon Rd #220 San Ramon	925-232-0170	Algunas	Si	Si	Si/Si	Con Cita Martes, Jueves
Stephen Sommer J. MD 911 Moraga Rd, Lafayette	925-962-9120	No	Si	Si	Si/Si	Con Cita Lunes - Viernes
Bay Valley Medical Group 319 Diablo Rd, Danville	925-314-0260	Si	Si	Si	Si/Si	Prueba de TB/Sin Cita Lunes-Viernes & Sabado-Domingo
Passport Health 3478 Buskirk Avenue, Suite 1000 Pleasant Hill	925-239-8794	Si	Si	Si	Si/No	Con Cita No aceptan seguro medico.
Rite-Aid Pharmacy CVS Pharmacy	Llame a su tienda local para mas detalles	Varea	Vacuna de gripe y Otras	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Llame a su tienda local para mas detalles	7 y mayor	Si	Si	No/No	walgreens.com
Safeway Pharmacy Lafayette- 3540 Mt. Diablo Blvd Danville-3496 Camino Tassajara Rd Martinez-6688 Alhambra Avenue San Ramon-2505 San Ramon Valley Blvd San Ramon-11050 Bollinger Canyon Rd	925-284-1550 925-736-0346 925-933-0822 925-831-9502 925-359-2005	8 y mayor	Si	Si	No/No	Si-Necesita acceso a Internet safeway.com

PROVEEDORES DE VACUNAS Y PRUEBAS DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DEL CONDADO DE CONTRA COSTA

Por favor comuníquese directamente con los proveedores para recibir información adicional.

El propósito de esta lista es para información solamente y su contenido puede cambiar.

Nombre y Domicilio del Proveedor	Numero Telefonico	Vacunas Para Niños	Vacunas Para Adulto	Vacunas Para Viajar	Prueba de Tuberculosis/ Prueba de Sangre	Con/Sin Cita
CONDADO ESTE						
Brentwood Public Health Clinic 171 Sand Creek Rd, Ste. A Brentwood	925-313-6767	Si	Si	No	No/No	(Sin Cita) Lunes 1– 4:30 pm
Pittsburg Public Health Clinic 2311 Loveridge Rd Pittsburg	925-313-6767	Si	Si	No	No/No	(Sin Cita) Martes 1– 4:30 pm
Concentra 3140 Balfour Rd. Brentwood	925-626-3801	No	No	No	Yes/Yes	Walk-In M, T, W, F 8:30am-4:30pm
La Clinica - Pittsburg 2240 Gladstone Dr #3	925-431-2100	Si	Algunas	No	Si/Si	Con Cita
La Clinica – Oakley 2021 Main Street	925-776-8200	Si	Algunas	No	Si/Si	Con Cita
Yogesh K. Trehan, M.D. 100 Cortano Way, Ste. 140 Brentwood, CA 94513	925-516-4488	Algunas	Si	No	Si/Si	Con Cita Lun, Mar, Mier
Rite-Aid Pharmacy CVS Pharmacy	Llame a su tienda local para mas detalles	Varea	Vacuna de gripe y Otras	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Llame a su tienda local para mas detalles	7 y mayor	Si	Si	No/No	walgreens.com
Safeway Pharmacy 3365 Deer Valley Road Antioch	925-706-4152	8 y mayor	Si	Si	No/No	Si Necesita acceso a Internet
CONDADO OESTE						
West County Public Health Clinic 13601 San Pablo Avenue, 1 st Floor San Pablo	800-246-2494	Si	Si	No	No/No	(Sin Cita) Viernes 1– 4:30 pm
LifeLong Brookside Community Hlth Ctr 2023 Vale Rd. #107 San Pablo	510-215-9092	Si	Algunas	No	Si/Si	No cita para prueba de tuberculosis Lunes - Miercoles 2pm – 4pm
LifeLong Brookside Community Hlth Ctr 1030 Nevin Avenue Richmond	510-215-5001	Si	Si	No	Si/Si	No cita para prueba de tuberculosis Lunes - Viernes 7am – 4pm
Appian Medical Associates 1330 Tara Hills Dr. Ste. E Pinole	510-724-9300	No	Si	No	Si/Si	Con Cita
Rite-Aid Pharmacy CVS Pharmacy	Llame a su tienda local para mas detalles	Varea	Vacuna de gripe y Otras	No	No/No	riteaid.com cvs.com
Walgreens Pharmacy	Llame a su tienda local para detalles	7 y mayor	Si	Si	No/No	walgreens.com

**PROVEEDORES DE VACUNAS Y PRUEBAS DE TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD
DEL CONDADO DE CONTRA COSTA**

*Por favor comuníquese directamente con los proveedores para recibir información adicional.
El propósito de esta lista es para información solamente y su contenido puede cambiar.*

Nombre y Domicilio del Proveedor	Numero Telefonico	Vacunas Para Niños	Vacunas Para Adulto	Vacunas Para Viajar	Prueba de Tuberculosis/ Prueba de Sangre	Con/Sin Cita
CONDADO ALAMEDA/SAN FRANCISCO						
Pharmaca Integrative Pharmacy 1744 Solano Avenue Berkeley	510-526-2452	12 y mayor	Si	Si	No/No	Con Cita
La Clinica 3451 East 12 th St Oakland	510-535-3500	Si	Si	No	Si/Si	Con Cita
Stephen Sommer J. MD 4333 Piedmont St. Oakland	510-654-2494	Solo Vacunas de Gripe	Solo Vacunas de Gripe	No	Si/Si	Con Cita
Pharmaca Integrative Pharmacy 5729 College Ave Oakland	510-740-1468	12 y mayor	Si	Si	No/No	Con Cita
Pharmaca Integrative Pharmacy 925 Cole St. San Francisco	415-661-3003	12 y mayor	Si	Si	No/No	Con Cita
SFO Medical Clinic Central Terminal, San Francisco	650-821-5601	No	No	Si	Si/Si	Con Cita
Concentra 333 Hegenberger Rd. Ste. 100 Oakland https://www.ushealthworks.com	510-638-0701	No	No	No	Si/Si	Sin Cita Lunes - Viernes 7am-6pm
Concentra 2850 Seventh Street, Ste. 100 Berkeley https://www.ushealthworks.com	510-845-5170	No	No	No	Si/Si	Sin Cita Lunes - Viernes 8am-5pm
San Francisco Dept. Public Health AITC Immunization & Travel Clinic 101 Grove Street, Room 102 San Francisco, CA 94102 https://www.sfcpc.org/aitc/contact-visit-aitc/	415-554-2625	Si	Si	Si	Si/Si	Si Lunes 9:00am – 4:00pm Martes 9:00am – 3:00pm Miercoles - Viernes 9:00 am – 4:00 pm
Passport Health Oakland 333 Hegenberger Rd. #311 Oakland, CA https://www.passporthealthusa.com/locations/ca/oakland/551/	510-564-4251	Si	Si	Si	Si/Si	Si