



San Ysidro
School District EST - 1887
QUALITY EDUCATION AND OPPORTUNITY FOR ALL STUDENTS TO SUCCEED

Manuel Bojorquez

Assistant Superintendent of
Educational Leadership and Pupil Services
4350 Otay Mesa Road, San Ysidro, CA 92173
(619) 428-4476 Ext. 3027
manuel.bojorquez@syzdschools.org

Queridos Alumnos, Padres y Tutores Legales,

La ley estatal requiere que el Distrito Escolar de San Ysidro (SYSD) proporcione una notificación anual para los alumnos, padres y tutores legales sobre sus derechos y responsabilidades pertinentes a la educación de su hijo. Hacer favor de leer esta Notificación Anual. Se les requiere a los padres o tutores legales confirmar el recibo de este aviso firmando y regresando la página de las firmas a la escuela o programa escolar de su hijo. La firma de los padres o del tutor legal es una confirmación de que se les ha informado sobre sus derechos y no indica consentimiento alguno de los padres o tutor legal sobre la participación de su hijo en ninguno de los programas enumerados dentro de la Notificación Anual.

Alguna legislación requiere la notificación adicional a los padres o tutores legales durante el término escolar, antes de alguna actividad específica. Se les enviará una carta aparte a los padres y tutores legales antes de dichas actividades específicas o clases, y una vez que los padres o tutores legales le hayan presentado al director escolar una petición por escrito para que su hijo no participe el alumno quedará exento. Otras legislaciones otorgan ciertos derechos que se deben explicar en esta Notificación Anual.

SYSD y su Mesa Directiva reconocen que la participación de los padres y tutores legales en la educación de sus hijos promueve el rendimiento estudiantil y mayormente contribuye al éxito estudiantil. Esta Notificación Anual contiene información sobre las diferentes formas en las que las leyes federales y estatales, así como las políticas de SYSD permiten y recomiendan la participación parental. SYSD se compromete a proporcionar una Educación de calidad dentro de un entorno seguro y saludable para todos sus alumnos. SYSD desea un ciclo escolar exitoso y positivo, que se hará posible gracias a la dedicación y a los esfuerzos de sus administradores, maestros, asistentes académicos, personal de apoyo, alumnos y de los padres y tutores legales.

Hacer favor de leer cuidadosamente esta Notificación Anual y de regresar lo más pronto posible, las formas firmadas a la escuela de su alumno.

Atentamente,

Manuel Bojorquez
Superintendente Auxiliar de Liderazgo y Servicios Estudiantiles
Distrito Escolar de San Ysidro



**CONFIRMACIÓN DE RECIBO Y REVISIÓN
DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL
2025-2026**

Estimado Padre/Tutor:

El Distrito Escolar de San Ysidro está obligado a notificar anualmente a los padres y tutores de sus derechos y responsabilidades conforme al Código de Educación artículo 48980.

Si usted tiene cualquier pregunta, o si desea revisar documentos específicos mencionados en el aviso, favor de ponerse en contacto con un administrador de la escuela de su hijo. Su hijo podrá darle más información detallada y ayudarlo a obtener copias de cualquier material que desee revisar.

Por favor complete el siguiente formulario de "Reconocimiento de Recibo y Revisión" y regresarlo a la escuela de su hijo.

Esta notificación anual también está disponible en formato electrónico (www.sysdschools.org) y puede ser proporcionada a usted si la solicita. Si se proporciona el aviso en formato electrónico, el padre o tutor deberá presentar a la escuela esta forma reconociendo recibo de la notificación. Firmar el aviso es un reconocimiento por el padre o tutor que ha sido informado de sus derechos, pero no indica que ha dado o negado su consentimiento para participación en algún programa en particular.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y REVISIÓN

Conforme al Código de Educación artículo 48982, los padres/tutores deben firmar este aviso y regresar a la escuela. Firma del aviso es un reconocimiento por el padre o tutor que ha sido informado de sus derechos, pero no indica que ha dado o negado su consentimiento para participación en cualquier programa o actividad en particular.

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de Casa: _____

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

Firma del Estudiante (si el estudiante es de 18 años o mayor)

DISTRITO ESCOLAR DE SAN YSIDRO
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO
2025-2026

PADRES: FAVOR DE LEER Y COMPLETAR ESTA FORMA Y REGRESARLA AL DIRECTOR DE SU ESCUELA.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Grado _____
Escuela: _____

El propósito principal de la información contenida en el directorio es permitir al Distrito Escolar _____ incluir este tipo de información del expediente escolar de su hijo en ciertas publicaciones de la escuela. La información del directorio incluye el nombre del estudiante, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, correo electrónico, área principal de estudio, participación en actividades y deportes oficiales, fechas de asistencia, títulos y premios recibidos, la más reciente escuela pública o privada a la que asistió, y la estatura y peso de miembros de equipos deportivos. Dicha información generalmente no se considera perjudicial o una invasión de privacidad si es divulgada.

La Ley de Confidencialidad de los Derechos Educativos Familiares (FERPA) y el Código de Educación Escolar artículo 49073 permiten al Distrito Escolar _____ divulgar información apropiadamente designada como “del directorio” sin consentimiento por escrito, a menos que usted ha informado al Distrito Escolar _____ que no desea que la información del directorio de su estudiante sea divulgada sin su previo consentimiento escrito.

Información del Directorio del Estudiante

- No deseo que divulguen información alguna a ningún individuo ni organización.
- No deseo que divulguen el nombre, la dirección y el número de teléfono del estudiante nombrado en la parte superior de esta hoja a las agencias seleccionadas a continuación:
 - Asociación de Maestros y Padres de Familia (PTA) (si es aplicable)
 - Departamento de Salud
 - Funcionarios Electos
 - Proveedores externos de instrumentos educativos disponibles en línea (usados dentro del aula para propósitos educativos únicamente)
 - Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos*
 - Universidades u Otras Instituciones de Educación Superior*
- Soy un joven mayor de 14 años sin hogar y no acompañado, o soy un padre de un joven sin hogar y no acompañado, y autorizo la divulgación de mi información del directorio conforme a la ley y a las normas del Distrito.

Autorización para Medios de Comunicación

- El estudiante puede ser entrevistado, fotografiado o filmado por miembros de los medios de comunicación.
- El estudiante NO puede ser entrevistado, fotografiado o filmado por miembros de los medios de comunicación.

Firma del Padre/Tutor (Si el estudiante es menor de 18 años)

Firma del Estudiante (Si 18 años o mayor; o si 14 años o mayor y sin hogar y no acompañado)

* Para estudiantes de 11° y 12° solamente

**DISTRITO ESCOLAR DE SAN YSIDRO
OPCIONES DE LOS PADRES
2025 -2026**

PADRES: FAVOR DE LEER Y COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y REGRESAR LA FORMA A SU ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Examen Físico

El Distrito Escolar _____ puede requerir exámenes físicos de alumnos matriculados en los programas o actividades del Distrito Escolar _____. Cualquier examen físico requerido por el Distrito Escolar _____ se mantendrá confidencial. Un padre o tutor a cargo de cualquier niño matriculado en escuelas públicas puede entregar anualmente al director de la escuela en la cual su hijo está matriculado, una declaración escrita y firmada por el padre o tutor, indicando que él/ella no da su consentimiento a que se le haga un examen físico a su hijo/a.

- Yo **no doy consentimiento** que mi hijo/a se someta a un examen físico para actividades o programas del Distrito Escolar _____.
- Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a se someta a un examen físico para actividades o programas de Distrito Escolar _____.

Salud Sexual y Educación sobre Prevención del VIH/SIDA

Estudiantes matriculados en programas o actividades del Distrito Escolar _____ pueden recibir instrucción en educación de la salud, incluyendo educación integral sobre la salud sexual y prevención del VIH, e incluyendo información acerca del acoso sexual, abuso sexual, y tráfico de humanos. El padre o tutor pueden presentar una solicitud por escrito para excusar al alumno de participar en cualquier clase relacionada con la educación sexual integral o prevención del VIH, o de participar en cualquier prueba, cuestionario o encuesta anónima, voluntaria y confidencial sobre los hábitos de y riesgos a la salud de los alumnos

Me gustaría que mi hijo sea **dispensado** de:

- Participación en cualquier prueba, cuestionario o encuesta anónima, voluntaria y confidencial sobre los hábitos de alimentación y riesgos a la salud de los alumnos.

Todos los materiales de instrucción están disponibles para revisión. También puede solicitar una copia de la Ley de California Para una Juventud Saludable (secciones 51930–51939 del Código de Educación de California).

Esta instrucción será impartida por (nombre del personal del distrito escolar/asesor externo).

Si no desea que su estudiante participe en una educación integral sobre salud sexual o prevención del VIH, proporcione una nota escrita y firmada a (inserte el nombre del distrito, director, maestro, etc.) antes del (inserte la fecha aquí).

Derecho a Abstenerse de Uso Dañino o Destructivo de Animales

En virtud del Código de Educación artículo 32255 y siguientes, cualquier estudiante con una objeción moral a la disección u otra manera de dañar o destruir animales, o cualquier parte de este, deberá notificar a su maestro con respecto a esta objeción. El estudiante debe obtener una nota de su padre o tutor solicitando su exención de participación en un proyecto de educación que incluya el uso dañino o destructivo de animales.

- Deseo que mi hijo sea dispensado de participar en un proyecto de educación que incluya el uso dañino o destructivo de animales
- Mi hijo sí puede participar en un proyecto de educación que incluya el uso dañino o destructivo de animales.

Firma del Padre/Tutor (si el estudiante es menor de 18 años) Firma del Estudiante (si es de 18 años o mayor)

Reconocimiento del Padre o Tutor de Actividades Escolares Específicas

(Favor de firmar y devolver a la escuela de su hijo/a.)

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____

ESCUELA _____

GRADO _____

El estudiante está en un programa de medicación continua. (Por favor marque uno)

Sí _____ No _____

Si SÍ, tienen mi permiso para contactar a su médico.

NOMBRE DEL MÉDICO _____

TELÉFONO DEL MÉDICO _____

MEDICACIÓN _____

DOSIFICACIÓN _____

Por la presente acuso recibo de información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones. También atestiguo bajo pena de perjurio que soy un residente del distrito, como previamente verificado, o asisto bajo un acuerdo aprobado de asistencia interdistrital.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR _____

FECHA _____

DISTRITO ESCOLAR DE SAN YSIDRO
SOLICITUD ANUAL PARA NOTIFICACIÓN DE USO DE PESTICIDAS
2025-2026

PADRES: FAVOR DE LEER Y COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y REGRESAR LA FORMA AL DIRECTOR DE SU ESCUELA

Los padres/tutores pueden registrarse en la escuela para recibir notificación de aplicaciones individuales de pesticidas. A las personas que se registren para esta notificación se les avisará por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la aplicación, excepto en situaciones de emergencia, y se les proporcionará el nombre y el/los ingrediente(s) activo(s) del pesticida, así como la fecha prevista para la aplicación.

Los padres/tutores que buscan acceso a información sobre pesticidas y la reducción de su uso desarrollada por el Departamento de Regulación de Pesticidas conforme al Código de Alimentos y Agricultura de California artículo 3184, pueden encontrarla en la página <http://www.cdpr.ca.gov/>.

El Plan Distrital para el Manejo Integrado de Plagas se puede ver en www.sysdschools.org

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono _____ Grado: _____

Escuela: _____

- Deseo ser notificado de antemano cada vez que una aplicación de pesticida tome lugar en la escuela. Tengo entendido que la notificación se proporcionará por lo menos 72 horas antes de la aplicación.
- No deseo ser notificado cada vez que una aplicación de pesticida tome lugar en la escuela. Tengo entendido que la notificación se publicará al menos 24 horas antes de la aplicación.

Firma del Padre/Tutor (si el estudiante es menor de 18 años) Firma del estudiante (si 18 años o mayor)

DISTRITO ESCOLAR SAN YSIDRO
ACUERDO PARA USO ACEPTABLE DE TECNOLOGÍA

Al usar tecnología proporcionada por el distrito ya sea en el hogar o en la escuela, se espera que todos los estudiantes del Distrito de San Ysidro observen los requisitos de las normas del distrito en cuanto al Uso de Tecnología en la Instrucción y el Uso de Tecnología por Parte del Estudiante. Estos requisitos se establecen en la Política de la Mesa Directiva y la Política del Consejo / Reglamento Administrativo.

En particular, debe saber que el Distrito está proporcionando filtrado de contenido para cualquier uso del internet que su estudiante haga mientras usa la tecnología proporcionada por el Distrito en casa. Por lo tanto, los estudiantes y los padres / tutores son responsables de asegurar que el estudiante demuestre un uso responsable. El Distrito no es responsable por ningún contenido inapropiado al que se pueda acceder durante este período de tiempo.

La conducta inapropiada de los estudiantes con respecto al uso de la tecnología proporcionada por el Distrito incluye, pero no se limita a:

- Acceder a material obsceno, pornográfico, o dañino para menores.
- Uso de tecnología y / o recursos proporcionados por el Distrito para acosar o intimidar a otros.
- Destrucción o daño al equipo, programas (software), o datos pertenecientes al Distrito u otros.

Toda la tecnología proporcionada por el Distrito es propiedad única y exclusiva del Distrito. Cualquier costo involucrado en el reemplazo o reparación de una computadora es responsabilidad del estudiante y / o el/los padre(s) / tutor (es).

Nombre impreso del Padre/Tutor Legal

Firma Padre/Tutor Legal

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE SAN YSIDRO
HOJA DE INFORMACIÓN Y RECONOCIMIENTO PARA
CONMOCIÓN CEREBRAL Y LESIÓN EN LA CABEZA
2025-2026

Una conmoción cerebral es una lesión en la cabeza y todas las lesiones cerebrales son serias. Son causadas por un golpe o una sacudida a la cabeza, o por un golpe a otra parte del cuerpo con la fuerza transmitida a la cabeza. La conmoción puede fluctuar de leve a grave y puede interrumpir el funcionamiento normal del cerebro. A pesar de que la mayoría de las conmociones cerebrales son leves, **todas las conmociones cerebrales son potencialmente graves y pueden resultar en complicaciones como daño cerebral prolongado y muerte si no se reconocen y administran adecuadamente.** En otras palabras, hasta un “tope” leve en la cabeza puede ser grave. Las conmociones cerebrales no se pueden ver y la mayoría de las conmociones causadas por actividades deportivas ocurren sin la pérdida de conocimiento. Signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de la lesión o pueden tomar horas o días para aparecer. Si su hijo reporta síntomas de una conmoción cerebral, o si nota los síntomas o signos de una conmoción cerebral usted mismo, busque atención médica de inmediato.

Signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden incluir uno o más de las siguientes:

Dolores de cabeza	Amnesia (Pérdida de Memoria)
Presión en la cabeza	Dificultad de hablar/pronunciar
Náusea y vómitos	Cansancio o poca energía
Dolor de cuello	Pérdida del conocimiento
Problemas de equilibrio o mareos	Nerviosismo o ansiedad
Visión borrosa o doble	Irritabilidad
Sensibilidad a la luz o ruido	Zumbido en los oídos
Sensación de estar lento	Confusión
Sentirse atontado o cansado	Problemas de concentración o memoria
Somnolencia (“modorra”)	Cambio en el patrón de sueño
Tristeza/estar emocional	Repetir la misma frase/pregunta
Ataques/convulsiones	Cambios de conducta o personalidad

¿Qué pasa si mi hijo sigue jugando con una conmoción cerebral o regresa a la escuela?

Los atletas con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deben ser retirados del juego inmediatamente. Continuar jugando con los signos y síntomas de una conmoción cerebral deja al joven atleta particularmente vulnerable a sufrir una lesión mayor. Hay un mayor riesgo de daño significativo resultando de una conmoción cerebral durante un período de tiempo después de que ocurrió la conmoción, especialmente si el atleta sufre otra conmoción cerebral antes de recuperarse totalmente de la primera. Esto puede conducir a recuperación prolongada, o incluso la inflamación severa del cerebro (síndrome de segundo impacto) con consecuencias devastadoras e incluso mortales. Es bien sabido que los atletas adolescentes a menudo no reportan completamente y hacen pasar menos graves los síntomas de sus heridas, y hacen lo mismo con las conmociones cerebrales. Por consecuencia, es de suma importancia para la seguridad de los estudiantes atletas la educación de los administradores, entrenadores, padres y estudiantes sobre este tema.

Si usted piensa que su hijo ha sufrido una conmoción cerebral

Conforme al artículo 49475 del Código de Educación, cualquier atleta que ha sufrido o se sospecha de posiblemente haber sufrido una conmoción cerebral debe retirarse inmediatamente de la actividad atlética y permanecer así durante el resto del día. Ningún atleta puede regresar a la actividad sin autorización médica después de una aparente lesión en la cabeza o conmoción cerebral, sin importar cuán leve parezca o qué tan rápido se disipen los síntomas. Si el proveedor médico autorizado determina que el atleta sufrió una conmoción o una lesión en la cabeza, el atleta también deberá someterse a un protocolo de regreso al juego de no menos de siete días de duración, bajo la supervisión de un proveedor médico con licencia.

También se debe informar al entrenador de su hijo si usted piensa que su hijo puede tener una conmoción cerebral. Recuerde que es mejor perder un partido que perder toda la temporada. **En caso de duda, al atleta se le ordenará quedarse fuera del juego.**

Para información actualizada sobre las conmociones cerebrales consulte:

<https://www.cdc.gov/headsup/youthsports>

El padre o tutor del atleta debe firmar esta hoja y regresarla a la escuela antes de que el atleta pueda participar en entrenamientos o competencias para cualquier deporte de contacto.

Nombre Impreso del Estudiante-Atleta

Firma del Estudiante-atleta

Fecha

Nombre Impreso del Padre o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Adaptado del CDC y los Documentos de la 3° Conferencia Internacional sobre la Conmoción Cerebral en el Deporte creado 05/20/10.

DISTRITO ESCOLAR DE SAN YSIDRO
HOJA DE INFORMACIÓN DE PARO CARDIACO SÚBITO (SCA)
2025-2026

El paro cardíaco súbito (SCA por sus siglas en inglés) es una emergencia potencialmente mortal que ocurre cuando el corazón deja de latir repentinamente. Amenaza a personas de todas las edades, incluyendo niños y adolescentes, y puede provocar la muerte en minutos si el individuo no recibe ayuda de inmediato. **La supervivencia depende de que las personas alrededor llamen al 911, comiencen RCP¹ (CPR por sus siglas en inglés) y utilicen un DEA² (AED por sus siglas en inglés) disponible lo antes posible.**

Un paro cardíaco súbito (SCA) no es lo mismo que un ataque de corazón. Aquí hay unas diferencias clave:

VÍCTIMA DE SCA:

No responde

No respira de manera normal

Necesita RCP/DEA

VICTIMA ATAQUE DE CORAZÓN:

Sí responde

Sí respira

No necesita RCP/DEA

Reconocer un SCA cuando sucede es imperativo para sobrevivir; es una de las causas principales de muerte en los Estados Unidos. Afecta a 1,000 personas cada día, y actualmente solo 1 en 10 sobreviven. Sin embargo, la administración de RCP y DEA por las personas de alrededor pueden mejorar la tasa de supervivencia de 5 a 10.

Si un atleta se desmayó durante una actividad deportiva, el atleta debe ser retirado de dicha actividad por el resto del día, y no se le permitirá regresar a tomar parte en ninguna actividad deportiva hasta no haber autorización escrita para regresar a la actividad deportiva de un proveedor de atención médica con licencia. Si el proveedor de atención médica con licencia sospecha que el atleta tiene una afección cardíaca que lo pone en riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino u otros problemas relacionados con el corazón, el atleta deberá permanecer bajo el cuidado del proveedor de atención médica con licencia para realizar una prueba de seguimiento hasta que el atleta esté autorizado para jugar/tomar parte en actividades deportivas.

Cada atleta y el padre / tutor del atleta deben firmar y regresar esta hoja de información antes de tomar parte en prácticas o competencias. Los atletas de 18 años de edad o mayores no necesitan tener una firma del padre / tutor, y los atletas de 6 años de edad o menores sólo necesitan la firma del padre / tutor.

Estudiante-atleta Nombre letra de molde

Estudiante-atleta Firma

Fecha

Padre/Tutor Legal Nombre letra de molde

Padre/Tutor Legal Firma

Fecha

Adaptado de la organización Sudden Cardiac Arrest Foundation. Aprenda más en sca-aware.org.

¹ RCP: La reanimación cardiopulmonar es cuando empujas fuerte y rápido en el centro del pecho para hacer que el corazón bombee; la compresión puede administrarse con o sin respiraciones de rescate.

² DEA: El desfibrilador externo automático es un dispositivo que analiza el corazón y, si detecta un problema, puede administrar una descarga para reiniciar el ritmo normal del corazón.

SAN YSIDRO SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCAL
2025-2026

La ley de California (artículo 49452.8 del Código de Educación) exige que su hijo/a 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 en California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar el Artículo 2 de este formulario. Si su hijo/a tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete el Artículo 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo/a, complete el Artículo 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre o 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 Hawái/Islands 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

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

Fecha de la evaluación:	Incidencia de caries (Caries visibles y/o empastes presentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caries visibles presentes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando)
-------------------------	---	--	---

_____ *Firma del profesional de salud dental matriculado*

_____ *Número de matrícula de CA*

_____ *Fecha*

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre o 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.

Opcional: Otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener 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 del primer año escolar de su hijo. El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.



Seguro voluntario contra accidentes para estudiantes

Estudiantes desde jardín de infantes hasta 12.º grado (K-12), 2025-2026

Los accidentes no deberían ocurrir, pero suceden.

Durante el recreo escolar, la atención después de la escuela, los deportes intercolegiales, las excursiones y otras actividades relacionadas con la escuela se pueden producir lesiones inesperadas. Su escuela ofrece planes de seguro voluntario contra accidentes, que brindan protección asequible durante el horario escolar o durante todo el día, con el fin de garantizar que sus seres queridos reciban la atención que necesitan sin que esto genere una carga económica para su familia. Elija entre opciones de cobertura que varían desde cobertura baja hasta cobertura alta y encuentre el plan que mejor se adapte a las necesidades y el presupuesto de su familia.

Todos los estudiantes inscritos son elegibles para la cobertura.



Solo para accidentes durante el horario escolar



Cobertura opcional para fútbol



Solo para accidentes durante las 24 horas



Atención dental durante las 24 horas

Los planes de seguro voluntario contra accidentes que ofrece su escuela se consideran planes complementarios.

La inscripción es fácil y solo lleva unos minutos.

Ingresa en línea en <https://bit.ly/3Q5hrzi>

1. Haga clic en "Enroll Online" (Inscribirse en línea).
2. Seleccione su estado y haga clic en "Look Up" (Buscar).
3. Seleccione su escuela o distrito de la lista.
4. Revise las opciones de planes disponibles y haga su elección.
5. Complete la solicitud en línea.
6. Pague un costo único anual mediante una tarjeta de crédito o débito.
7. Imprima la confirmación de compra como prueba de su cobertura.

Cómo presentar un reclamo:

Complete el formulario de reclamos de Gerber Life con la información de la lesión y cualquier seguro adicional.*

- Acceda a un formulario de reclamo en k12specialmarkets.com/claimforms.
- Seleccione su estado y haga clic en "Look Up" (Buscar) para seleccionar su escuela o distrito.
- Los formularios requieren la firma de un padre o madre y un funcionario escolar. Asegúrese de incluir cualquier información sobre cobertura de seguro privada o adicional, si corresponde.
- Envíe su formulario completo por correo, por fax o por vía electrónica.
- Se enviará una carta de acuse de recibo con un número de reclamo a la dirección que figura en el expediente.
- Mencione su número de reclamo cuando envíe facturas por atención médica o tratamientos prestados por un proveedor.

* Si tiene un seguro privado, este plan de seguro voluntario funcionará como un plan secundario de su seguro actual. Si tiene cobertura de un seguro financiado por el estado (como Medi-Cal/Medicaid, Medicare o seguro militar) o si no tiene seguro, este plan funcionará como cobertura primaria y le ayudará a cubrir los gastos elegibles.

Información sobre Student Insurance:

Desde 1950, Student Insurance (SI) ha ofrecido precios competitivos en una cobertura integral del seguro contra accidentes para estudiantes en el segmento K-12. El SI se dedica a ayudar a las familias a gestionar los costos imprevistos de las lesiones de los estudiantes mediante opciones de cobertura flexible y de fácil acceso. Puede comunicarse con la oficina de su escuela o distrito para obtener la información completa de la póliza, que incluye los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Tenga en cuenta lo siguiente: los estudiantes pueden comprar cobertura solo si su distrito escolar es titular de una póliza con la compañía de seguros.

¿Cómo podemos ayudar?

Comuníquese con un experto en atención médica para estudiantes a: SIRep@studentinsuranceusa.com para obtener más información.

Student Insurance
6320 Canoga Ave, 12th Floor
Woodland Hills, CA 91367
[Studentinsuranceusa.com](https://www.studentinsuranceusa.com)



Youth Insurance Agency, Inc., que opera como (DBA) Student Insurance | Licencia en California (CA) 0386216
6320 Canoga Ave, 12th Floor • Woodland Hills, CA 91367 • www.studentinsuranceusa.com

©2025 Todos los derechos reservados. La siguiente información corresponde a Youth Insurance Agency, Inc. ("Youth Insurance") y a Youth Insurance Agency, Inc., que opera como Student Insurance ("Student Insurance"), una subsidiaria de Venbrook Group, LLC. La inclusión de una agencia de seguros o empresa vinculada en este folleto/aviso no constituye una declaración ni garantía de que la cobertura se ofrecerá a través de Youth Insurance, Student Insurance o cualquier empresa vinculada, ni de que estas entidades están autorizadas para proporcionar un tipo en particular de producto o cobertura de seguro en un estado. Lo siguiente se proporciona únicamente con fines informativos: Youth Insurance Agency, Inc. tiene domicilio en California y está autorizada para realizar transacciones comerciales en los estados de Arizona, California, Illinois, Michigan, Nevada, Nueva Jersey, Carolina del Sur, Texas y Washington.

COBERTURA DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES 2025 - 2026

COBERTURA OPCIONAL DE ACCIDENTES DURANTE EL HORARIO ESCOLAR - Se proporciona cobertura de seguro por lesiones cubiertas que tienen lugar durante el horario y los días en que la escuela está en funcionamiento y durante la asistencia o participación en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela tanto dentro como fuera de las instalaciones escolares. Incluye la participación en: Deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la Cobertura opcional para fútbol americano a continuación); actividades recreativas de verano patrocinadas por la escuela; excursiones escolares de un día de duración (sin pernoctación) y actividades religiosas patrocinadas por la escuela. Se proporciona cobertura para viajes hacia, desde o durante las actividades, como miembro de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza, y al viajar directamente de ida y vuelta entre sus casas y la escuela o el sitio de una actividad cubierta.

Prima anual: Plan "de bajo costo"--\$14.00 Plan "de mediano costo"--\$28.00 Plan "de alto costo"--\$43.00

COBERTURA OPCIONAL POR ACCIDENTES DURANTE LAS 24 HORAS - La cobertura del seguro se proporciona durante las 24 horas del día. Proporciona cobertura durante los días de semana y períodos de vacaciones, incluido todo el verano. Los estudiantes están protegidos mientras están en su casa o fuera de ella en cualquier momento y en cualquier lugar. La cobertura se proporciona para la participación en deportes intercolegiales, a excepción de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria (consulte la opción de Cobertura opcional para fútbol americano a continuación).

Prima anual: Plan "de bajo costo"--\$82.00 Plan "de mediano costo"--\$105.00 Plan "de alto costo"--\$210.00

COBERTURA OPCIONAL PARA FÚTBOL AMERICANO - Cubre accidentes que ocurren durante la participación en la práctica o la competencia de fútbol americano intercolegial a nivel de escuela secundaria. Se cubre el viaje cuando se viaja directamente y sin interrupción hacia o desde la práctica o competencia, como parte de un grupo, en el transporte proporcionado u organizado por el titular de la póliza. Consulte los beneficios y limitaciones que se describen en el interior de este folleto. La cobertura opcional para fútbol americano comienza en la fecha de la recepción de la prima y termina el último día de práctica o competencia. A los estudiantes de noveno grado que juegan SOLAMENTE con otros estudiantes de 9º grado, no se les cobra el adicional para la cobertura de fútbol americano. En caso de contratación, se aplicará su cobertura opcional durante el horario escolar o su cobertura opcional de accidentes las 24 horas.

Prima anual: Plan "de bajo costo"--\$85.00 Plan "de mediano costo"--\$115.00 Plan "de alto costo"--\$215.00

COBERTURA DENTAL OPCIONAL DURANTE LAS 24 HORAS (puede adquirirse por separado o con otra cobertura) - La cobertura del seguro está en vigor las 24 horas del día. La lesión debe tratarse en un plazo de 60 días después de que ocurra el accidente. Los beneficios se pagan dentro de los 12 meses después de la fecha de la lesión. Los gastos máximos elegibles a pagar por lesión cubierta no pueden exceder los \$ 25,000. Además, cuando el dentista certifica que el tratamiento debe aplazarse hasta después del período de beneficios, se pagarán beneficios diferidos hasta un máximo de \$1000. El estudiante debe recibir tratamiento por lesión en los dientes, por parte de un dentista legamente calificado, que no sea miembro de la familia inmediata del estudiante. La cobertura se limita al tratamiento de dientes sanos y naturales. Prima anual: \$8.00

PERÍODO DE COBERTURA - La cobertura en virtud de la cobertura opcional de accidentes durante el horario escolar, la cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas comienza en la fecha de recepción de la prima, pero no antes del inicio del año escolar. La cobertura opcional de accidente durante el horario escolar termina al cierre del período regular escolar de nueve meses, excepto cuando el estudiante asiste a sesiones de clases patrocinadas, única y exclusivamente bajo la supervisión de la escuela durante el verano. La cobertura opcional de accidente durante las 24 horas y la cobertura dental opcional durante las 24 horas terminan cuando la escuela vuelve a abrir para el siguiente año escolar. La cobertura está disponible en virtud del plan durante el año escolar con las primas cotizadas (no hay primas a prorrata disponibles).

PLAN DE BENEFICIOS			
Cobertura de lesiones por accidentes únicamente			
Beneficio máximo:	Plan "de bajo costo"	Plan "de mediano costo"	Plan "de alto costo"
Opción horario escolar	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción 24 horas	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Opción fútbol americano	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Lesiones que involucran vehículos de motor	\$10,000	\$10,000	\$ 10,000
Beneficio por muerte/pérdida de dos miembros	\$10,000	\$20,000	\$ 20,000
Pérdida de un miembro	\$5000	\$10,000	\$10,000
Período de pérdida de los beneficios médicos	El tratamiento debe comenzar en un plazo de 60 días tras la fecha de la lesión		
Período de beneficios para beneficios médicos y AD&D/pérdida de la vista	1 año	1 año	1 año
Aplicabilidad de exceso de cobertura	Exceso total	Exceso total	Exceso total
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente internado			
Ingreso y comidas en hospital (tarifa de sala semiprivada)	65% GR*	75% GR*	80% GR* Servicios
hospitalarios varios para pacientes internados	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicios hospitalarios/en instalaciones de salud - como paciente ambulatorio			
Centro quirúrgico ambulatorio independiente	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios hospitalarios varios para pacientes ambulatorios (a excepción de los servicios de médicos y radiografías que se pagan de la forma que se estipula a continuación)	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Sala de emergencia del hospital	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Servicios del médico			
Quirúrgicos	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Asistente de cirujano	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Anestesiólogo	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos	25% de los beneficios quirúrgicos
Tratamiento ambulatorio del médico en relación con la fisioterapia y/o la manipulación espinal	65% GR*/\$25 por visita/5 visitas como máximo	75% GR*/\$30 por visita/7 visitas como máximo	80% GR*/\$40 por visita/8 visitas como máximo
El tratamiento del médico no quirúrgico (con excepción de lo anterior)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Otros servicios			
Servicios de enfermeras profesionales tituladas	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Recetas - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Análisis de laboratorio - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Radiografías, incluye la interpretación - paciente ambulatorio	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Servicio de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada, etc.) - incluye interpretación	65% GR	75% GR*	80% GR*
Ambulancia terrestre	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Equipo médico duradero (incluye aparatos y dispositivos de asistencia ortopédicos)	65% GR*	75% GR*	80% GR*
Tratamiento dental para dientes sanos y naturales debido a una lesión incluida en la cobertura	65% GR* a \$500 como máximo	75% GR* a \$800 como máximo	80% GR* a \$1500 como máximo
Reemplazo de anteojos, audífonos, lentes de contacto si también se recibe tratamiento médico para la lesión cubierta.	\$150 como máximo	\$500 como máximo	\$700 como máximo
*GR significa Gastos razonables			GER_0514 EFTB(0009)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2025 - 2026 (complete en letra de imprenta o a máquina)

Apellidos del estudiante _____ Nombre del estudiante _____ Inicial seg. nombre del estudiante _____ Grado _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
 Sistema escolar _____ Nombre de la escuela _____

Marque su selección:

Plan "de bajo costo" <input type="checkbox"/>	Horario escolar \$14.00 <input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$ 82.00 <input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$ 85.00 <input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$8.00 <input type="checkbox"/>
Plan "de mediano costo" <input type="checkbox"/>	Horario escolar \$28.00 <input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$105.00 <input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$115.00 <input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$8.00 <input type="checkbox"/>
Plan "de alto costo" <input type="checkbox"/>	Horario escolar \$43.00 <input type="checkbox"/>	Accidente las 24 horas \$210.00 <input type="checkbox"/>	Fútbol americano \$215.00 <input type="checkbox"/>	Dental las 24 horas \$8.00 <input type="checkbox"/>

Emita el cheque pagadero a nombre de Gerber Life Insurance Company

Total que se adjunta: _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha: _____

DISPOSICIÓN POR EXCESO DE COBERTURA La compañía pagará los gastos razonables que no son reembolsables por ningún otro plan. La compañía determinará el monto de los beneficios proporcionados por otros planes sin hacer referencia a ningún tipo de coordinación de beneficios, la no duplicación de beneficios o disposiciones similares. El monto de otros planes incluye cualquier importe al que el asegurado tiene derecho, ya sea que se presente o no una reclamación por los beneficios. Este seguro general de accidentes para estudiantes es secundario a todas las demás pólizas. Esta disposición no se aplicará si el total de los gastos razonables incurridos por beneficios de servicios hospitalarios y profesionales son inferiores a la cantidad indicada en la aplicabilidad del plan de beneficios bajo exceso de cobertura.

BENEFICIOS MÉDICOS Cuando una lesión con cobertura que sufrió un estudiante dio lugar a 1) tratamiento por un médico legalmente calificado o un cirujano (que no sea un familiar inmediato o persona contratada por la escuela) o 2) ingreso en el hospital, y el tratamiento comienza en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la lesión, la compañía pagará el beneficio tal como se establece en el plan de beneficios, sujeto a la disposición por exceso de cobertura que se detalla arriba. Solo tienen cobertura los gastos médicos elegibles en que incurra el asegurado, en un plazo de 52 semanas a partir de la fecha del accidente. Los beneficios para cualquier accidente no deberán exceder en conjunto el máximo indicado en el plan de beneficios médicos contratado. Los gastos en que se incurra después de un año a partir de la fecha de la lesión no están cubiertos, a pesar de que el servicio se continúe prestando o se haya retrasado necesariamente más allá de un año después de la fecha de la lesión.

MUERTE, PÉRDIDA DE MIEMBRO Y PÉRDIDA DE LA VISTA POR ACCIDENTE Cuando una lesión cubierta da lugar a cualquiera de las pérdidas al asegurado que se establecen en el plan de beneficios por muerte, pérdida de miembro o pérdida de la vista por accidente, la compañía pagará el beneficio indicado en el plan por esa pérdida. La pérdida debe haber tenido lugar en un plazo de 365 días después de la fecha del accidente.

El máximo beneficio pagadero bajo esta disposición se establece en el plan de beneficios bajo límites máximos y período de beneficio: 1) Seguro de vida 2) Pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos; 3) Pérdida de una mano y un pie; 4) Pérdida de una mano y de la vista completa de un ojo; 5) Pérdida de un pie y la vista completa de un ojo; 6) Pérdida de una mano o un pie; 7) Pérdida de la vista de un ojo; 8) Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano. Por la pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo se pagará la mitad del máximo beneficio. La pérdida de mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista en un ojo. La pérdida de la vista debe ser irre recuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano significa la separación completa a través o por encima de la articulación metacarpofalángica de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). La separación significa la escisión y el desmembramiento completos de la parte del cuerpo. Si el asegurado sufre más de una de las pérdidas cubiertas mencionadas anteriormente como consecuencia del mismo accidente, la cantidad total que pagará la compañía es el beneficio máximo. Los beneficios pagados en virtud de esta disposición se pagarán además de cualquier otro beneficio previsto por la póliza. Los beneficios previstos en esta disposición están sujetos a todas las demás disposiciones de la póliza, incluida toda la cobertura y limitaciones, límites máximos y exclusiones.

DEFINICIONES Lesión es una lesión corporal causada por un accidente. La lesión debe tener lugar mientras la póliza está en vigor y mientras el asegurado está cubierto por la póliza. La lesión debe haber ocurrido tal como se indica en la carátula de la póliza, salvo que se indique específicamente lo contrario en dicha póliza. **Accidente** es un evento repentino, inesperado, imprevisto e identificable que produce en ese momento síntomas objetivos de una lesión. El accidente debe ocurrir mientras el asegurado está cubierto por la póliza. **Gasto razonable** significa la cantidad promedio que cobra la mayoría de los proveedores por el tratamiento, el servicio o los suministros en el área geográfica en la que se proporciona el tratamiento, servicio o suministro. Un médico debe recomendar y aprobar estos servicios y suministros.

EXCLUSIONES No se pagan beneficios por servicios hospitalarios y profesionales para lo siguiente: 1) Lesiones que no son consecuencia de un accidente; 2) El tratamiento de hernia, independientemente de la causa, enfermedad de Osgood Schlatter u osteocondritis; 3) Lesiones sufridas como resultado de manejar, viajar dentro de, o sobre, un vehículo motorizado recreativo de dos, tres o cuatro ruedas o motos de nieve, o descender de estos; 4) El agravamiento, durante una actividad programada de manera normal, de una lesión que el asegurado sufrió antes de participar en esa actividad programada de manera normal, a menos que la compañía reciba una autorización médica por escrito del médico del asegurado; 5) Lesiones sufridas como resultado de practicar o jugar fútbol americano y/o deportes intercolegiales, a menos que se haya pagado la prima requerida bajo la disposición de la cobertura para fútbol americano y/o deportes; 6) Cualquier gasto para el cual son pagaderos los beneficios bajo un programa de seguro contra accidentes catastróficos de la Asociación de actividades intercolegiales del estado; 7) Tratamiento realizado por un miembro de la familia inmediata del asegurado o por una persona contratada por la escuela; 8) Lesión causada por guerra o actos de guerra; suicidio o lesión autoinfligida intencional, en buen estado mental o demente; violación o intento de violación de la ley; participación en cualquier ocupación ilegal; peleas o enfrentamientos, excepto en defensa propia; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia del alcohol según lo definido por las leyes del estado en el que se produce la lesión; o estar bajo la influencia de alguna droga o narcótico a menos que las administre un médico o por consejo del mismo; 9) Gastos médicos para los cuales el asegurado recibe beneficios bajo ya sea (a) la Ley de indemnización laboral; o (b) el contrato de seguro de automóvil obligatorio sin culpa; o legislación similar; 10) Gastos realizados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular y dolor miofacial asociado; y 11) Gastos incurridos por tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación.

CONSERVE ESTA DESCRIPCIÓN EN SUS ARCHIVOS

Esto no constituye una póliza, más bien una breve descripción de los beneficios provistos en virtud de la póliza maestra emitida a la escuela. Consulte la póliza maestra para obtener más detalles. **AVISO IMPORTANTE - ESTA PÓLIZA NO PROPORCIONA COBERTURA POR ENFERMEDAD.** El objetivo de este folleto es ilustrar los aspectos más destacados de este seguro. Toda la información contenida en este folleto está sujeta a las disposiciones del formulario de póliza COL-11(CA), suscrita por Gerber Life Insurance Company (la compañía). En caso de conflicto entre este folleto y la póliza, prevalecerá esta última. Por favor, consulte la póliza maestra para los detalles individuales del estado.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Se debe cursar una notificación por escrito de la reclamación a la compañía en un plazo de 90 días después de la ocurrencia o comienzo de cualquier siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación entregada por o en nombre del asegurado designado a la compañía, con la información suficiente para identificar al asegurado designado, se considerará una notificación a la compañía. La prueba escrita de la pérdida debe comunicarse a la compañía en el domicilio designado en un plazo de 90 días después de la fecha de dicha pérdida.

En el caso de un accidente, los estudiantes deben: 1) Obtener tratamiento en el centro médico más cercano de su elección; 2) Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios de su compañía principal, envíenla; 3) Obtenga un recibo (si efectuó el pago de alguna factura) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos, y envíe copias de sus facturas detalladas y el formulario de reclamación de accidente debidamente cumplimentado y **firmado** a la oficina de reclamaciones - envíe por correo toda la correspondencia a WEB-TPA, P.O. Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415; y 3) **Llame al 1-866-975-9468** si tiene preguntas sobre las reclamaciones.

SUSCRITO POR:
Gerber Life Insurance Company
White Plains, NY 10605

AGENTE DE COMERCIALIZACIÓN:
Student Insurance
6320 Canoga Ave, 12th Floor
Woodland Hills, CA 91367
(310) 826-5688

Para solicitar la cobertura, inscribese por Internet con una tarjeta de crédito en www.k12specialmarkets.com o corte por la línea de puntos, complete el formulario y envíelo por correo, junto con su cheque o giro postal, a la dirección de retorno que se muestra a continuación.

Enviar de vuelta a: Student Insurance
c/o K12Special Markets Plan Administrators
1055 Main Street, Suite 101
Stevens Point, WI 54481

PLEASE READ THIS INFORMATION CAREFULLY. It is important.

PLEASE FOLLOW THESE INSTRUCTIONS TO FILE A CLAIM

ALL INFORMATION MUST BE PROVIDED IN ORDER FOR CLAIM TO BE PROCESSED. PROCESSING OF YOUR CLAIM WILL BE DELAYED IF COMPLETE INFORMATION IS NOT RECEIVED

NOTE: The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage. Accident medical expense coverage under this policy is provided on an Excess Basis, and in most instances, benefits will only be paid under this plan after your own personal or group insurance has paid out its benefits. Completion of a claim form does not guarantee benefit payment. Each claim is reviewed according to the policy provisions.

Claim Guidelines: The following guidelines must be followed.

◆Answer all questions in detail (including all signatures on the front and back of the form). A claim form needs to be completed for each accident.

◆If you have other insurance, submit your claim to your other insurer. When you receive the explanation of benefits (sample attached) notice from your primary carrier, send it to us along with the corresponding HCFA/UB04 medical bills and with the fully completed claim form. You must submit the provider's medical bills; balance due statements will not be processed. Medical bills must include the procedure & diagnosis code along with the Provider's federal identification number. These bills are:

- 1) HCFA-1500 (standard form used by Providers; sample attached)
- 2) UB-04 or UB-92 (standard form used by Hospitals sample attached)
- 3) ADA Dental Claim Form and a letter from the dentist verifying the injured tooth was whole, sound and natural. (All dental bills must be submitted through your primary insurance's medical and dental plans first before submitting the bills to WebTPA)

It would be helpful if the following was given to all providers the injured person is seeking treatment from:

1. WebTPA contact information
2. Organization/School name found on the claim form
3. Policy number found on the claim form

This way the providers of service can work directly with the claim office and provide them with the correct billing forms (itemized bill to include procedure & diagnosis code and tax id number) needed to process a claim.

◆If you already paid the medical bill, include a paid receipt or a copy of your cancelled check at the same time you submit the medical bill. Otherwise payment will be made to the providers of service (Hospital, Physician or Others).

◆Send all correspondence to WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. The claim form must be sent within 90 days of the date you first received medical care. Any bills not filed with the claim form should be sent, within 90 days of the date you received medical care, to the Company identified with claimant's name, Organization or School name and date of Accident. File claim electronically by clicking [here](#).

◆If you change your address, please notify WebTPA, Inc. by sending notification to WebTPA so that there is no delay in processing any claims.

◆Please contact WebTPA, Inc. by calling **866-975-9468** if you would like to check the status of your claim or if you have any questions on how your claim was processed or the benefit paid.

Common Causes For Delays In Processing Claims

1. Claim Forms Not Completed In Full or Not Submitted.
2. Balance Due, Balance Forward, or Past Due Statements Submitted for Bills.
3. Explanation of Benefits from Primary Carrier Not Provided with the Bills.

KEEP COPIES OF ALL CLAIM FORMS, MEDICAL BILLS, AND CORRESPONDENCE FOR YOUR OWN RECORDS UNTIL YOUR CLAIM HAS BEEN PROCESSED.

SAMPLE HCFA 1500

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. SERVICE INFORMATION

4. CLAIM INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. CLAIM INFORMATION

7. PATIENT INFORMATION

8. CLAIM INFORMATION

9. PATIENT INFORMATION

10. CLAIM INFORMATION

11. PATIENT INFORMATION

12. CLAIM INFORMATION

13. PATIENT INFORMATION

14. CLAIM INFORMATION

15. PATIENT INFORMATION

16. CLAIM INFORMATION

17. PATIENT INFORMATION

18. CLAIM INFORMATION

19. PATIENT INFORMATION

20. CLAIM INFORMATION

21. PATIENT INFORMATION

22. CLAIM INFORMATION

23. PATIENT INFORMATION

24. CLAIM INFORMATION

25. PATIENT INFORMATION

26. CLAIM INFORMATION

27. PATIENT INFORMATION

28. CLAIM INFORMATION

29. PATIENT INFORMATION

30. CLAIM INFORMATION

31. PATIENT INFORMATION

32. CLAIM INFORMATION

33. PATIENT INFORMATION

34. CLAIM INFORMATION

35. PATIENT INFORMATION

36. CLAIM INFORMATION

37. PATIENT INFORMATION

38. CLAIM INFORMATION

39. PATIENT INFORMATION

40. CLAIM INFORMATION

41. PATIENT INFORMATION

42. CLAIM INFORMATION

43. PATIENT INFORMATION

44. CLAIM INFORMATION

45. PATIENT INFORMATION

46. CLAIM INFORMATION

47. PATIENT INFORMATION

48. CLAIM INFORMATION

49. PATIENT INFORMATION

50. CLAIM INFORMATION

51. PATIENT INFORMATION

52. CLAIM INFORMATION

53. PATIENT INFORMATION

54. CLAIM INFORMATION

55. PATIENT INFORMATION

56. CLAIM INFORMATION

57. PATIENT INFORMATION

58. CLAIM INFORMATION

59. PATIENT INFORMATION

60. CLAIM INFORMATION

61. PATIENT INFORMATION

62. CLAIM INFORMATION

63. PATIENT INFORMATION

64. CLAIM INFORMATION

65. PATIENT INFORMATION

66. CLAIM INFORMATION

67. PATIENT INFORMATION

68. CLAIM INFORMATION

69. PATIENT INFORMATION

70. CLAIM INFORMATION

71. PATIENT INFORMATION

72. CLAIM INFORMATION

73. PATIENT INFORMATION

74. CLAIM INFORMATION

75. PATIENT INFORMATION

76. CLAIM INFORMATION

77. PATIENT INFORMATION

78. CLAIM INFORMATION

79. PATIENT INFORMATION

80. CLAIM INFORMATION

81. PATIENT INFORMATION

82. CLAIM INFORMATION

83. PATIENT INFORMATION

84. CLAIM INFORMATION

85. PATIENT INFORMATION

86. CLAIM INFORMATION

87. PATIENT INFORMATION

88. CLAIM INFORMATION

89. PATIENT INFORMATION

90. CLAIM INFORMATION

91. PATIENT INFORMATION

92. CLAIM INFORMATION

93. PATIENT INFORMATION

94. CLAIM INFORMATION

95. PATIENT INFORMATION

96. CLAIM INFORMATION

97. PATIENT INFORMATION

98. CLAIM INFORMATION

99. PATIENT INFORMATION

100. CLAIM INFORMATION

SAMPLE UB-04

UB-04

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. SERVICE INFORMATION

4. CLAIM INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. CLAIM INFORMATION

7. PATIENT INFORMATION

8. CLAIM INFORMATION

9. PATIENT INFORMATION

10. CLAIM INFORMATION

11. PATIENT INFORMATION

12. CLAIM INFORMATION

13. PATIENT INFORMATION

14. CLAIM INFORMATION

15. PATIENT INFORMATION

16. CLAIM INFORMATION

17. PATIENT INFORMATION

18. CLAIM INFORMATION

19. PATIENT INFORMATION

20. CLAIM INFORMATION

21. PATIENT INFORMATION

22. CLAIM INFORMATION

23. PATIENT INFORMATION

24. CLAIM INFORMATION

25. PATIENT INFORMATION

26. CLAIM INFORMATION

27. PATIENT INFORMATION

28. CLAIM INFORMATION

29. PATIENT INFORMATION

30. CLAIM INFORMATION

31. PATIENT INFORMATION

32. CLAIM INFORMATION

33. PATIENT INFORMATION

34. CLAIM INFORMATION

35. PATIENT INFORMATION

36. CLAIM INFORMATION

37. PATIENT INFORMATION

38. CLAIM INFORMATION

39. PATIENT INFORMATION

40. CLAIM INFORMATION

41. PATIENT INFORMATION

42. CLAIM INFORMATION

43. PATIENT INFORMATION

44. CLAIM INFORMATION

45. PATIENT INFORMATION

46. CLAIM INFORMATION

47. PATIENT INFORMATION

48. CLAIM INFORMATION

49. PATIENT INFORMATION

50. CLAIM INFORMATION

51. PATIENT INFORMATION

52. CLAIM INFORMATION

53. PATIENT INFORMATION

54. CLAIM INFORMATION

55. PATIENT INFORMATION

56. CLAIM INFORMATION

57. PATIENT INFORMATION

58. CLAIM INFORMATION

59. PATIENT INFORMATION

60. CLAIM INFORMATION

61. PATIENT INFORMATION

62. CLAIM INFORMATION

63. PATIENT INFORMATION

64. CLAIM INFORMATION

65. PATIENT INFORMATION

66. CLAIM INFORMATION

67. PATIENT INFORMATION

68. CLAIM INFORMATION

69. PATIENT INFORMATION

70. CLAIM INFORMATION

71. PATIENT INFORMATION

72. CLAIM INFORMATION

73. PATIENT INFORMATION

74. CLAIM INFORMATION

75. PATIENT INFORMATION

76. CLAIM INFORMATION

77. PATIENT INFORMATION

78. CLAIM INFORMATION

79. PATIENT INFORMATION

80. CLAIM INFORMATION

81. PATIENT INFORMATION

82. CLAIM INFORMATION

83. PATIENT INFORMATION

84. CLAIM INFORMATION

85. PATIENT INFORMATION

86. CLAIM INFORMATION

87. PATIENT INFORMATION

88. CLAIM INFORMATION

89. PATIENT INFORMATION

90. CLAIM INFORMATION

91. PATIENT INFORMATION

92. CLAIM INFORMATION

93. PATIENT INFORMATION

94. CLAIM INFORMATION

95. PATIENT INFORMATION

96. CLAIM INFORMATION

97. PATIENT INFORMATION

98. CLAIM INFORMATION

99. PATIENT INFORMATION

100. CLAIM INFORMATION

SAMPLE ADA DENTAL CLAIM FORM

American Dental Association Dental Claim Form

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. SERVICE INFORMATION

4. CLAIM INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. CLAIM INFORMATION

7. PATIENT INFORMATION

8. CLAIM INFORMATION

9. PATIENT INFORMATION

10. CLAIM INFORMATION

11. PATIENT INFORMATION

12. CLAIM INFORMATION

13. PATIENT INFORMATION

14. CLAIM INFORMATION

15. PATIENT INFORMATION

16. CLAIM INFORMATION

17. PATIENT INFORMATION

18. CLAIM INFORMATION

19. PATIENT INFORMATION

20. CLAIM INFORMATION

21. PATIENT INFORMATION

22. CLAIM INFORMATION

23. PATIENT INFORMATION

24. CLAIM INFORMATION

25. PATIENT INFORMATION

26. CLAIM INFORMATION

27. PATIENT INFORMATION

28. CLAIM INFORMATION

29. PATIENT INFORMATION

30. CLAIM INFORMATION

31. PATIENT INFORMATION

32. CLAIM INFORMATION

33. PATIENT INFORMATION

34. CLAIM INFORMATION

35. PATIENT INFORMATION

36. CLAIM INFORMATION

37. PATIENT INFORMATION

38. CLAIM INFORMATION

39. PATIENT INFORMATION

40. CLAIM INFORMATION

41. PATIENT INFORMATION

42. CLAIM INFORMATION

43. PATIENT INFORMATION

44. CLAIM INFORMATION

45. PATIENT INFORMATION

46. CLAIM INFORMATION

47. PATIENT INFORMATION

48. CLAIM INFORMATION

49. PATIENT INFORMATION

50. CLAIM INFORMATION

51. PATIENT INFORMATION

52. CLAIM INFORMATION

53. PATIENT INFORMATION

54. CLAIM INFORMATION

55. PATIENT INFORMATION

56. CLAIM INFORMATION

57. PATIENT INFORMATION

58. CLAIM INFORMATION

59. PATIENT INFORMATION

60. CLAIM INFORMATION

61. PATIENT INFORMATION

62. CLAIM INFORMATION

63. PATIENT INFORMATION

64. CLAIM INFORMATION

65. PATIENT INFORMATION

66. CLAIM INFORMATION

67. PATIENT INFORMATION

68. CLAIM INFORMATION

69. PATIENT INFORMATION

70. CLAIM INFORMATION

71. PATIENT INFORMATION

72. CLAIM INFORMATION

73. PATIENT INFORMATION

74. CLAIM INFORMATION

75. PATIENT INFORMATION

76. CLAIM INFORMATION

77. PATIENT INFORMATION

78. CLAIM INFORMATION

79. PATIENT INFORMATION

80. CLAIM INFORMATION

81. PATIENT INFORMATION

82. CLAIM INFORMATION

83. PATIENT INFORMATION

84. CLAIM INFORMATION

85. PATIENT INFORMATION

86. CLAIM INFORMATION

87. PATIENT INFORMATION

88. CLAIM INFORMATION

89. PATIENT INFORMATION

90. CLAIM INFORMATION

91. PATIENT INFORMATION

92. CLAIM INFORMATION

93. PATIENT INFORMATION

94. CLAIM INFORMATION

95. PATIENT INFORMATION

96. CLAIM INFORMATION

97. PATIENT INFORMATION

98. CLAIM INFORMATION

99. PATIENT INFORMATION

100. CLAIM INFORMATION

SAMPLE EOB (EXPLANATION OF BENEFITS)

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
GREENBOND SERVICE CENTER
P O BOX 740000
ATLANTA, GA 30374-0000
PHONE: 1-800-838-8010
VISIT WWW.UHHC.COM FOR SELF SERVICE

UnitedHealthcare
A UnitedHealth Group Company

PAGE: 1 OF 1
DATE: 04/07/10
SN/ID #:
EMPLOYEE:
CONTRACT:
BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/ SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	03/19/10	379.00	297.63	81.17		80%	64.94*	AC
		TOTAL	379.00	297.63	81.17			64.94*	
								44.64	
								20.30	

1-3 INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
1-4C THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT. IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT, THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND CO-PAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFIT.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

SATISFIED 2010 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY	\$1000.00	\$1328.77
SP	\$500.00	\$1281.48

PLAN YEAR 2010

PLAN YEAR	FAMILY	INDIV	FAMILY	INDIV
2010	\$1000.00	\$500.00	\$1000.00	\$400.00



Gerber Life Insurance Company

CLAIM FORM
SIGNED CLAIM FORM IS REQUIRED

- PLEASE FULLY COMPLETE THIS FORM PAGE 1 & PAGE 2
ATTACH HCFA/UB04-MEDICAL BILLS & EOB'S FROM ANY OTHER INSURANCE YOU HAVE
SEND ALL CORRESPONDENCE TO:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Toll-Free: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Email: benefit.assist@webtpa.com
File Electronically: Click Here

IMPORTANT NOTICE:
This plan of insurance is secondary, in most instances, to any health insurance you have. If you have other insurance, submit your claim (health and/or dental) to your other insurer. When you receive their Benefit Statement, send it to us along with your HCFA/UB04 (medical bills) and this completed form. Note: The accident policy benefits are limited and may not provide 100% coverage.

< IF PART 1-A & PART 1-B ARE NOT COMPLETED IN FULL THIS CLAIM CANNOT BE PROCESSED AND WILL BE RETURNED >

PART 1-A - TO BE COMPLETED IN FULL BY THE ORGANIZATION/SCHOOL

Organization/School District/College Name San Ysidro School District Policy Number 05-4215-25
School/Team/League Name Phone No. ()
Address Email
Type of Activity/Sport

If Athletics, designate P.E. Class Intramural Interscholastic Intercollegiate Game Jr. Varsity Varsity
Youth Adult Practice Other

Name of injured person/student
Date of Accident Accident Time
Date of First Treatment Has treatment been completed? Yes No
Where and how did accident occur? (Please be specific)

Part of body injured Right or Left At the time of the accident, was the claimant involved in a sponsored and supervised activity and were they a current student/member of the Organization/School District? Yes No

Under whose supervision? Was he/she a witness? Yes No
Authorized Signature Title Date
(MUST BE SIGNED BY AN ORGANIZATION/SCHOOL OFFICIAL UNLESS INJURY DID NOT OCCUR DURING AN ORGANIZATION/SCHOOL ACTIVITY. SIGNATURE IS REQUIRED)

PART 1-B - TO BE COMPLETED IN FULL BY CLAIMANT - OR BY PARENT/LEGAL GUARDIAN IF CLAIMANT IS A MINOR

Injured Party/Student Legal Name Preferred/Nickname:
Date of Birth Age Grade Level Male Female
Claimant is a Student Player Coach Official/Umpire Volunteer Child Care Participant CCE Student (# of credits)
Address of Injured Person or Parents/Guardian

Phone No. () Email Address

If Injured party is over age 18: Employer Name and Address

Phone No. () Self Employed Unemployed

Father/Guardian Name
Employer Name and Address Phone No. ()
Self Employed Unemployed

PLEASE CONTINUE TO THE NEXT PAGE OF THE FORM WHICH MUST BE COMPLETED IN FULL

Mother/Guardian Name _____

Employer Name and Address _____ Phone No. () _____

Self Employed Unemployed

If Dental Injury: Please submit verification from the dentist that the tooth/teeth are whole, sound and natural.

Is claimant covered under any other medical and or dental insurance policy? Yes No

Is claimant covered under a government sponsored insurance such as Medicare/Medicaid? Yes No

Name of all companies providing claimant insurance coverage or prepaid health plans

Name of Company	Address	Policy #

Are benefits due for this claim under these other insurance coverages? Yes No (See IMPORTANT NOTICE at top of form on page 1)

Does your son or daughter have medical insurance coverage as an eligible dependent from a previous marriage as mandated in a divorce decree? Yes No If yes, please give name, address and phone number of responsible party _____

AFFIDAVIT: I verify that the above statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse Gerber Life Insurance Company to the extent for which Gerber Life Insurance Company would not have been liable.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian _____ Date: _____
SIGNATURE IS REQUIRED

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize any employer, health plan, insurance company, hospital, physician, health care profession, clinic, laboratory, pharmacy, medical facility or other person that has provided treatment, payment, or services in connection with this claim to disclose, when requested to do so, all information with respect to any injury, policy coverage, medical history, consultations, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records and itemized bills to WebTPA, Inc. and Gerber Life Insurance Company, it's agents, employees and representatives.

I hereby authorize WebTPA, Inc. to discuss any information related to medical expenses incurred or treatments rendered in connection with this claim, with Special Markets Insurance Consultants, Inc. representatives and their assigned agents and to officials at the school or organization through which this policy is issued. A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Signature: Injured Person, Parent or Guardian _____ Date: _____