Formulario de Matrícula Escolar

Chicago Public Schools

Por favor escriba con imprenta:

Información sobre el estudiante

NOMBRE DE LA ESCUELA

#ID DEL ESTUDIANTE

School Use Only: Prevent duplicate student records. Search in SIS for an existing Student ID before creating a new one.

NIVEL DE GRADO EN EL REGISTRO *(cuando ingresó a CPS)*

APELLIDO LEGAL

1ER. NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

GENERACIÓN (Jr., etc)

FECHA NACIMIENTO *(mes/dia/año)*

GÉNERO LEGAL (F/M/X/N)

***GÉNERO AFIRMADO (F/M/N)**

***Opcionales.** Para obtener más información sobre género afirmado y nombre afirmado, visite: **Supporting Gender Diversity Toolkit**

***1ER NOMBRE AFIRMADO**

***SEGUNDO NOMBRE AFIRMADO**

***APELLIDO NOMBRE AFIRMADO**

NOMBRES DE LOS HERMANOS DEL ESTUDIANTE SI ESTÁN MATRICULADOS EN CPS:

Información personal

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ARCHIVADO ☐ S ☐ N

TIPO DE VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO

***PAÍS DE NACIMIENTO**

ESTADO DONDE NACIÓ

CIUDAD DONDE NACIÓ

* Completar si el estudiante no nació en los Estados Unidos (US) o uno de sus Territorios:

FECHA DE LA PRIMERA MATRICULACIÓN EN CUALQUIER ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS:

AÑOS COMPLETADOS EN UNA ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS:

School Use Only: Note that *"Date of first enrollment in any US School"* becomes a required field in SIS if *"Birth Country"* is not the US or one of its Territories.

Dirección/teléfono del estudiante

DIRECCIÓN FÍSICA (DOMICILIO) (incluya el número de unidad si corresponde) Ciudad Estado Código postal

TELÉFONO DEL DOMICILIO

DIRECCIÓN DE CORREO (incluya el número de unidad si corresponde) (si es diferente al domicilio) Ciudad Estado Código postal

Información incluida

CATEGORÍA FEDERAL ÉTNICA Y DE RAZA: ***(Enter information into SIS from the Race and Ethnicity Survey form)***

ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR: ***(Enter information into SIS from the Home Language Survey form)***

CONTACTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL: ***(Enter information into SIS from the Request for Emergency and Health Information form)***

Información de Emergencia/Salud: ***(Enter information into SIS from the Request for Emergency and Health Information form)***

Matriculación

***ESCUELA DESDE LA QUE SE TRANSFIERE** *(si no es una escuela pública, chárter o por contrato de Chicago)*

CIUDAD Y ESTADO

***¿SE ENCUENTRA EN REGLA EL ESTUDIANTE?** ☐ S ☐ N

*(**Instructions to school:** for out-of-state public school or any private school students, a certification of "good standing" should be received from the Parent/Guardian. Refer to CPS Policy 21-0728-PO1 for more information.)*

ÚLTIMA ESCUELA PÚBLICA, CHÁRTER O POR CONTRATO DE CHICAGO A LA QUE ASISTIÓ

¿ESTÁ RECIBIENDO EL ESTUDIANTE ALGÚN TIPO DE SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL? ☐ S ☐ N

*(**Instructions to school:** if yes, please notify the Case Manager.)*

ESTUDIANTE MATRICULADO POR *(nombre y relación con letra de imprenta)*

Códigos de los Estatus de Matriculación:

01 – No escuela previa
02 – Escuela Pública de Chicago (incluyendo Chárter/Contrato)
03 – Escuela privada de Chicago
04 – Escuela pública IL, no Chicago
05 – Escuela privada IL, no Chicago
06 – Escuela pública US, no Illinois
07 – Escuela privada US, no Illinois
08 – No en los Estados Unidos

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha de la matriculación

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

School Use Only:	ENROLLMENT STATUS CODE *(insert a # from the left)*	GRADE LEVEL	HOMEROOM/DIVISION #

Hoja informativa sobre Bloqueo de Información

Agosto 2022 | Departamento Política y Procedimientos

Chicago Public Schools

Esta Hoja Informativa para estudiantes y padres ofrece instrucciones sobre cómo usar el formulario "Directory and Recruiter Information Opt-Out Form" y evitar la divulgación de la información de directorio de su hijo(a). Adjuntamos para su conveniencia un formulario para optar por la no divulgación (Opt-Out).

La Ley de Protección de los Derechos Educativos y de la Familia (FERPA), *Registros Escolares del Estudiante en Illinois* (ISSRA) y la Política 706.3 de la Junta de Educación de Chicago, *Derechos de Padres y Estudiantes sobre Acceso y Confidencialidad de los Registros del Estudiante,* requieren que las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) obtengan su consentimiento por escrito antes de divulgar información personal contenida en los registros educativos de su hijo(a), con ciertas excepciones. **Las Escuelas Públicas de Chicago pueden divulgar "información de directorio" sin consentimiento escrito, a menos que usted haya comunicado al Distrito que no quiere que esa información sea compartida, usando el formulario adjunto.** Este formulario debe ser entregado en el momento de la matriculación.

¿Quién tendrá acceso a esta información?

CPS puede compartir la información de directorio con terceras partes (tales como agencias municipales o proveedores de servicios educativos) que tienen un interés educativo en la información y la solicitan. Todos los pedidos de partes externas relacionadas con investigación son analizados por las oficinas de CPS que se encargan de la Responsabilidad (Accountability), o de Éxito en la Universidad y Carreras (College and Career Success), para estar seguros de que el pedido sea de interés de los estudiantes.

¿Qué es información de directorio?

La información de directorio es la que generalmente no se considera dañina o una invasión de la privacidad si es divulgada. CPS ha designado lo siguiente como información de directorio: nombre del estudiante; dirección del domicilio y teléfono.

¿Cómo completo el proceso para optar por la no divulgación *(Directory Information Opt-Out Program Process)*?

El padre/tutor legal, o el estudiante de 18 años de edad, **deben llenar anualmente este formulario y entregarlo en la administración de la escuela en el momento de la matriculación/registro.** Si usted tiene más de un hijo en escuelas de CPS, debe presentar un pedido separado por cada uno. El formulario para optar por la no divulgación requiere el número de identificación del estudiante. **Por favor, asegúrese de que el número de 8 dígitos que figure en el formulario sea el correcto.**

Para padres/tutores de JUNIORS y SENIORS SOLAMENTE:

Por ley, si reclutadores militares solicitan información de contacto (nombre, dirección, teléfono) de estudiantes del 11º o 12º grado, CPS tiene que proveer dicha información, **a menos que usted escoja bloquearla.** Colegios y universidades también pueden requerir información sobre estudiantes. Usando el formulario de CPS para "Opt-Out", usted puede bloquear la divulgación de la información de contacto a los reclutadores militares, a los colegios y universidades, o a ambos.

Tener el nombre en la lista de "Opt-Out" no limita de ninguna manera la posibilidad de solicitar a la escuela el envío de transcripciones u otros materiales en su nombre a un colegio o universidad, a un reclutador militar, o a otros, según se solicite.

¿Preguntas o preocupaciones?

Si tienen alguna pregunta sobre la política de CPS relacionada con la divulgación de información de los estudiantes a terceras partes, reclutadores o universidades, contacten por favor **policy@cps.edu.**

Formulario para el Bloqueo de Información

Agosto 2022 | Departamento Política y Procedimientos

Chicago Public Schools

Estimado estudiante, padre o tutor legal:

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar los registros estudiantiles, impugnar los contenidos de dichos registros y limitar su consentimiento sobre esos registros, o partes designadas de información contenida en dichos registros.

Si NO DESEA que la información de directorio sea divulgada, llene este formulario y entréguelo al administrativo de la escuela en el momento de la matriculación /registro. Si no presenta un formulario completo para optar por la no divulgación, la información de directorio de su hijo(a) puede ser revelada por CPS a reclutadores o partes externas, cuando lo soliciten. **Si usted presenta este formulario pero no señala por lo menos una caja, la información de directorio de su hijo(a) puede ser entregada a reclutadores o partes externas que lo soliciten. Si tiene más de un hijo en escuelas de CPS, debe presentar un pedido separado por cada uno.**

Por favor escriba con imprenta:

Nombre del estudiante _____ **Número de ID (8 dígitos):** ***Esto es requerido*** _____

Escuela _____ **Fecha** _____

☐ **NO divulgue la información de directorio de mi hijo(a) a ninguna parte externa sin mi consentimiento previo.**

SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES JUNIOR Y SENIOR DE ESCUELA SUPERIOR

Usted puede bloquear la divulgación de la información de contacto específicamente a reclutadores militares, colegios y universidad, o a ambos, señalando las cajas de abajo.

☐ **NO divulgue la información de directorio de mi hijo(a) a reclutadores militares sin mi consentimiento previo.**

☐ **NO divulgue la información de directorio de mi hijo(a) a colegios y universidades sin mi consentimiento previo.**

Relación con estudiante : Elige uno

☐ **ESTUDIANTE** ☐ **PADRE O TUTOR LEGAL**

Nombre _____ **Firma** _____

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

Home Language Survey 2022

07.2022 | Office of Language and Cultural Education

Chicago Public Schools

Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.
This form must be kept in the student's folder.

The state requires the district to collect a Home Language Survey for every new student. This information is used to count the students whose families speak a language other than English at home. It also helps to identify the students who need to be assessed for English language proficiency and may be eligible for English Learner services.

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME

SCHOOL NAME

STUDENT ID #	NETWORK	ROOM #

English

If the answer to either question is yes, the law requires the school to assess your child's English language proficiency.

1. Is a language other than English spoken in your home? ☐ Yes ☐ No Language
2. Does the student speak a language other than English? ☐ Yes ☐ No Language

Spanish/Español

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", la ley requiere que la escuela evalúe la competencia de su niño en inglés.

1. ¿Se habla algún otro idioma que no sea inglés en su hogar? ☐ Sí ☐ No Lenguaje
2. ¿Habla el estudiante algún otro idioma que no sea inglés? ☐ Sí ☐ No Lenguaje

Chinese / 中文

如果兩個問題中有任何一題的答案為 "是"，根據法律要求，學校將評測您子女的英語水平。

1. 您的家庭是否說英語之外的其他語言？ ☐ 否 ☐ 是 語言
2. 您的子女是否說英語之外的其他語言？ ☐ 否 ☐ 是 語言

Arabic , العربية

إذا كانت الإجابة على أي من السؤالين نعم، فإن القانون تطلب من المدرسة تقييم إتقان طفلك للغة الإنجليزية .

هل تُستخدم لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية في منزلك؟ ☐ نعم ☐ لا اللغة

هل يتحدث الطالب لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية ؟ ☐ نعم ☐ لا اللغة

Polish/Polski

Jeśli udzielili Państwo twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań, przepisy wymagają aby szkoła sprawdziła poziom znajomości języka angielskiego waszego dziecka.

1. Czy mówi się w domu językiem innym niż angielski? ☐ Tak ☐ Nie Język
2. Czy uczeń mówi innym językiem niż angielski? ☐ Tak ☐ Nie Język

Signature of School Official	Date	Parent/Guardian Signature	Date

Must have an original signature; an electronic signature is not acceptable.

OFFICE USE ONLY

Please make sure both questions are answered completely and that the parents/guardians sign and date the form.

If the language spoken by the parent/guardian is not included on either page of this form, please visit the OLCE Employee Intranet Page, Forms, and click on "Home Language Survey in Additional Languages" which will take you to ISBE's HLS page.

If the parent/guardian does not speak English and the school does not have staff who speaks the parent/guardian's language, identify the language spoken by the parent/guardian through any assistance available in the school, i.e. using interpretation services from a vendor.

ASPEN REGISTRATION PROCESS

All five fields have to be entered on Aspen: date, answer to question 1, Home language, answer to question 2, and Native language.

When a language other than English is reported for only one of the questions on the form, that Non-English language has to be listed as both Home and Native Language in Aspen.

If there are two different languages other than English listed, enter the language identified in question 2 as both Home and Native language. If there is more than one language listed in question 2, check with the family, since only one of the languages can be entered on Aspen.

English can be entered as the Home language ONLY if both questions are answered No and English is listed for both questions.

If the language is not included on the list of languages available on Aspen, enter "Other" temporarily, but contact OLCE as soon as possible so that the district can ask ISBE to add the new language. An SRR will have to be submitted to OLCE to correct the language at a later date.

Home Language Survey 2022

07.2022 | Office of Language and Cultural Education

Chicago Public Schools

Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.
This form must be kept in the student's folder.

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME

SCHOOL NAME

STUDENT ID #	NETWORK	ROOM #

Bosnian/Serbian(Latin) Bosanski/Srpski

Ukoliko ste na bilo koje od ovih pitanja odgovorili sa „Da", škola će biti zakonski dužna da procijeni nivo znanja engleskog jezika kod vašeg djeteta.

1. Da li se u kući govori na stranom jeziku (različitom od engleskog)? ☐ Da ☐ Ne Jezik
2. Da li učenik govori neki drugim jezikom (različit od engleskog)? ☐ Da ☐ Ne Jezik

Romanian/Română

Dacă ați răspuns afirmativ la oricare dintre întrebări, prin lege, instituția de învățământ trebuie să evalueze cunoștințele de limbă engleză ale copilului dvs.

1. In familia dvs. se vorbește și altă limbă decât engleza? ☐ Da ☐ Nu Limba
2. Studentul vorbește și altă limbă decât engleza? ☐ Da ☐ Nu Limba

Urdu / اردو

اگر کسی بھی سوال کا جواب ہاں میں ہے تو ، قانون کے تحت اسکول سے آپ کے بچے کی انگریزی زبان کی مہارت کا اندازہ لگانا پڑتا ہے .

کیا آپ کے گھر میں انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولی جاتی ہے ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں زبان

کیا طالب علم انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بول سکتا ہے ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں زبان

Assyrian

ܐܝܟܐ ܕܐܢܬܘܢ ܒܚܕܐ ܡܢ ܟܠܗܘܢ ܫܐܠܬܐ ܠܡܬܚܝܒܐ ܠܡܬܚܝܒܐ ܕܬܘܠܕܬܐ ܕܛܠܝܐ ܕܒܝܬܐ ܕܣܦܪܐ ܕܐܢܓܠܝܐ (ܐܢܓܠܝܐ) ܕܠܝܬܗ .

ܐܝܟܐ ܕܛܠܝܐ ܕܒܝܬܐ ܕܣܦܪܐ ܕܐܢܓܠܝܐ ܐܝܬ ܠܟܘܢ ܡܠܬܐ ܐܚܪܬܐ ܕܡܬܡܠܠܐ ܒܗ ؟ ☐ ܐܝܬ ☐ ܠܐ ܐܝܟܐ ܕܛܠܝܐ

. ܐ ,ܣܦܪܐ ܕܐܢܓܠܝܐ ܐܝܬ ܠܟܘܢ ܡܠܬܐ ܐܚܪܬܐ ܕܡܬܡܠܠܐ ܒܗ ؟ ☐ ܐܝܬ ☐ ܠܐ ܐܝܟܐ ܕܛܠܝܐ

Gujarati / [ગુજરાતી]

તમારા બાળકના અંગ્રેજી ભાષાના કૌશલ્ય માટે આકારણી કરાવવા માંગે છે. જો બન્નેમાંથી કોઈ એક પ્રશ્નનો જવાબ પણ હા માં હોય તો, કાયદો શાળા પાસે

1. શું આપના ઘરમાં અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા અન્ય કોઈ ભાષા બોલ આવે છે? ☐ ના ☐ હા ભાષા
2. શું વિદ્યાર્થીઓ અંગ્રેજી સિવાયની કોઈ ભાષા બોલે છે? ☐ ના ☐ હા ભાષા

Yoruba / Yorùbá

Tí ìdáhùn sí ibéèrè nàá bá jẹ́ Bẹ̀ẹ́ni, ôfin bèèrè pé kí ilé-ẹ̀kọ́ nàá ṣe ìgbéléwọ̀n bí ọmọ rẹ ṣe gbọ́ èdè Gẹ̀ẹ́sì si.

1. Njẹ́ ẹ n sọ èdè miran yatọ si Èdè-Gẹ̀ẹ́sì ninu idile yin bí? ☐ Bẹ̀ẹ́kọ́ ☐ Bẹ̀ẹ́ni Èdè
2. Ṣe akẹ́kọ̀ọ́ nàá n sọ èdè miran yatọ sí èdè-Gẹ̀ẹ́sì bí? ☐ Bẹ̀ẹ́kọ́ ☐ Bẹ̀ẹ́ni Èdè

Korean / [한국어]

위 질문 중 하나라도 "예"로 답하신 경우에는, 관련법에 따라 학교는 귀 자녀의 영어 언어 능력평가해야 합니다.

1. 가정에서 사용하는 언어 중에서 영어를 제외한 다른 언어가 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 언어
2. 학생이 영어 이외에 다른 언어를 구사합니까? ☐ 아니오 ☐ 예 언어

Tagalog

Ayon sa batas, kung "Oo" ang sagot sa parehong tanong, kailangan suriin ng paaralan ang kakayahan at kaalaman na mag-aaral sa wikang Ingles.

1. May iba pa bang lengguwahe bukod sa Ingles na ginagamit sa iyong tahanan? ☐ Oo ☐ Hindi Lengguwahe
2. May ginagamit ba na ibang lenggguwahe ang mag-aaral bukod sa Ingles? ☐ Oo ☐ Hindi Lengguwahe

Signature of School Official | Date | Parent/Guardian Signature | Date

Encuesta sobre Raza y Etnicidad

Chicago Public Schools

Por favor escriba con imprenta:

APELLIDO ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

GÉNERO	NOMBRE ESCUELA
FECHA NACIMIENTO	ID# ESCUELA

Instrucciones

Por favor responda las preguntas de la parte inferior. Ambas preguntas deben ser respondidas. La Parte A se refiere al origen étnico del estudiante, y la Parte B a la raza. Si usted no responde, el distrito escolar deberá proveer esa información basándose en la identificación realizada por un observador.

PARTE A

¿Es este estudiante Hispano/Latino? (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español sin importar la raza). Escoja solamente una.

- ☐ **No, no Hispano/Latino**
- ☐ **Sí, Hispano/Latino**

La pregunta anterior es sobre origen étnico, no raza. Sin importar la respuesta seleccionada, continúe y responda las preguntas que siguen ahora marcando una o más casillas para indicar la raza que usted considera corresponde al estudiante.

PARTE B

¿Cuál es la raza del estudiante? Escoja una o más.

- ☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Norteamérica, Sudamérica o Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o vínculo comunitario).
- ☐ **Asiático** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales del lejano oriente, sudeste asiático o subcontinente indio, incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam).
- ☐ **Negro o Afroamericano** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los grupos negros de África).
- ☐ **Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).
- ☐ **Blanco** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Europa, Medio Oriente o Norte de África).

Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil
42 W. Madison St., Chicago, IL 60602

Estimados Padres y Familias de CPS,

La salud y la seguridad de sus hijos es siempre nuestra principal prioridad, especialmente durante una emergencia de salud pública mundial y nuestra recuperación colectiva de ella. Todos los niños tienen el derecho fundamental a una atención medica de alta calidad. Queremos que nuestros estudiantes tengan acceso a proveedores de atención medica que se especialicen en atención preventiva y puedan abordar afecciones agudas y crónicas y problemas de salud que son exclusivos de los niños. El propósito de este folleto es compartir los requisitos, recomendaciones y formularios de salud de CPS para facilitar el acceso de las familias a información clara y confiable y a la atención medica básica que todos los estudiantes necesitan para prosperar en la escuela.

En CPS, estamos comprometidos a brindar acceso a servicios de salud y dentales para todos los estudiantes que los necesiten. Nuestro distrito también colecta información de salud clave anualmente para garantizar que podamos satisfacer las necesidades únicas de cada niño. Esta información se mantiene archivada en la escuela de su hijo y permanecerá confidencial.

Lea este paquete detenidamente para obtener información sobre los requisitos y servicios de salud de CPS. Todos los padres deben enviar los siguientes formularios al secretario de la escuela lo antes posible..

- Información medica del estudiante 2022–2023 (página 5)
- Solicitud de información médica y de emergencia (página 25)
- Formulario de consentimiento de mensajes de la escuela (página 27)
- Formulario de consentimiento y autorización de los medios (página 29)
- Formularios de información sobre ingresos familiares (páginas 31–32)

La información sobre los servicios dentales y de la vista disponibles para todos los estudiantes se puede encontrar en las página 11, y los formularios de consentimiento para inscribirse en estos servicios están en las páginas 13 y 14. El consentimiento debe completarse antes de recibir los servicios. Si lleva a su hijo a un dentista o un oculista privado, pídales a esos médicos que completen las páginas 15 y 16.

Si algo de lo siguiente se refiere a su hijo, se requieren acciones adicionales:

- **Condición de salud crónica:** Consulte con la enfermera de la escuela de su hijo, quien le proporcionara formularios para que los complete su proveedor de atención médica.
- **Alergia a los alimentos:** Pídale a su proveedor de atención medica que complete el formulario de declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos en la página 21 y luego envíe el formulario completo a la escuela de su hijo.
- **Asma:** Pídale a su médico que complete el plan de acción para el asma en la página 19 y luego envíe el formulario completo a la escuela de su hijo.

Estamos aquí para apoyar la salud y seguridad de usted y su familia. Para obtener ayuda con el seguro médico y los beneficios de SNAP, llame a nuestra línea directa al (773) 553-KIDS (5437) o visite www.cps.edu/cfbu. Para otras preguntas sobre salud o beneficios, comuníquese con la Gerente del Programa 773-553-KIDS (5437) or email oshw@cps.edu.

Atentamente,

Tashunda Green-Shelton, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Jefa adjunta de Salud

Requisitos Mínimos de Salud 2022–2023

La evidencia muestra que los alumnos saludables tienen mejores patrones de asistencia y rinden mejor académicamente. Los siguientes requisitos de salud se aplican a todos los niños matriculados en escuelas públicas de Chicago. Los niños deben presentar prueba de las vacunas exámenes de salud requerido s antes del 15 de octubre de 2022 o pueden ser excluidas de la escuela.

¡El seguro médico puede proporcionar a los niños y sus familias una cobertura integral de atención médica que se puede utilizar para la visita del médico, vacunas, recetas, medicamentos, atención dental, exámenes oculares, anteojos y más!

Si desea ayuda para inscribir a su hijo en el seguro de salud, llame a la Línea Directa de CPS Saludable: **773-553-KIDS (5437)** o visite **www.cps.edu/cfbu.**

All Kids Health Insurance proporciona cobertura para niños en Illinois, independientemente de su estatus migratorio.

Si necesita ayuda para encontrar un centro de salud cerca de usted, llame a: **773-553-KIDS (5437)** o visite **https://findahealthcenter.hrsa.gov.**

Vacuna Recomendada

Prevención de los cánceres relacionados con el VPH Se recomienda la vacunación contra el VPH (virus del papiloma humano) para niñas y niños preadolescentes a los 11 a 12 años. Los preadolescentes necesitan vacunas contra el VPH para protegerse de las infecciones por VPH que causan cáncer. Los CDC recomiendan que los niños de 11 a 12 años reciban dos dosis de vacuna contra el VPH con al menos seis meses de diferencia. Los adolescentes y adultos jóvenes que comienzan la serie más tarde, a los 15 a 26 años de edad, necesitan tres dosis de vacuna contra el VPH para protegerse contra la infección por el VPH que causa cáncer. Para más información: **www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/public/index.html.**

Para obtener más información acerca de CPS requisitos de salud, póngase en contacto con su Enfermera Escolar.

Exámenes Requeridos

Examen físico

Requerido al matricularse, o antes del 10/15/22

El examen debe ser realizado dentro del año antes del ingreso a:

- Preescolar y jardín de infantes (examen físico y prueba de plomo en la sangre hasta los 6 años).
- 6º. y 9º. grado (edades 5, 11, 15 para programas sin clasificación escolar).
- Cualquier estudiante que ingrese a CPS por primera vez.

Examen de la Vista

Requerido al matricularse, no más tarde del 10/15/22

- Cuando ingresan a escuelas de Illinois por primera vez, en cualquier nivel de grado.
- Cuando ingresan al jardín de infantes.

Examen Dental

Requerido al 5/15/23 para jardín de infantes, 2º, 6º, Y 9º grado.

Requisitos de Vacunas

Difteria, Pertussis (Tos Ferina), Tétano (DTaP y Tdap)

- Cuatro (4) dosis o más. Las primeras 3 dosis con intervalos de 4 semanas. El intervalo entre la 3ª y 4ª dosis es de por lo menos 6 meses.
- La última dosis califica como refuerzo y se recibe al cumplir cuatro años de edad o más tarde.
- Una (1) dosis de la vacuna Tdap para 6º a 12º grados.

Polio

- Cuatro (4) o más dosis. Las primeras 3 dosis con intervalos de 4 semanas. El intervalo entre la 3ª y 4ª. dosis debe ser de por lo menos 6 meses.
- La última dosis califica como refuerzo y se recibe al cumplir cuatro años de edad o más tarde.
- No se necesita una 4ª. dosis si la 3ª. fue administrada a los 4 años o mayor, y 6 medes después de la previa.

Sarampión, Paperas y Rubéola

- Una (1) dosis requerida para preescolares y una segunda dosis requerida para todos los estudiantes del jardín infantil al 12º grado.
- 1ª dosis recibida a los 12 meses o más tarde.
- 2ª dosis debe ser administrada por lo menos cuatro semanas (28 días) después de la 1ª.

Hepatitis B

- Tres (3) dosis requeridas a todos los estudiantes.
- 1ª dosis al nacer.
- 2ª dosis a no menos de 28 días o 4 semanas de la 1ª dosis.
- 3ª dosis a no menos de 2 meses después de la 2ª, y 4 meses después de la 1ª dosis.

Varicella (Chicken Pox)

- Dos (2) dosis de la vacuna contra la varicela son requeridas para jardín infantil, 1º, 2º, 6º, 7º, 8º, 9º,10º y 11º, grado. La primera, al año o después del primer cumpleaños, y la segunda no menos de cuatro semanas (28 días) de la primera dosis.
- Una (1) dosis requerida en el primer año o después del primer cumpleaños para Prek, 3º, 4º y 5º grado.

Influenza, Tipo B (HIB)

- Tres (3) dosis requeridas para las series primarias.
- Si no recibió ninguna antes de los 15 meses, solamente una (1) dosis requerida de los 15 a 59 meses de vida. No se requiere para la edad de 5 años o mayores.

Enfermedades neumocócicas (PCV)

- Cuatro (4) dosis requeridas para las series primarias.
- Si no recibió ninguna antes de los 24 meses de edad, solamente una (1) dosis requerida de los 24 a los 59 meses de edad. No se requiere para la edad de 5 años o mayores.

Meningitis (MCV4)

- Una (1) dosis de vacuna contra la meningitis para 6º, 7º y 8º. grado.
- Dos (2) dosis de la vacuna contra la meningitis para 12º grado.
- 2ª dosis debe administrarse al menos 8 semanas después de la 1a dosis.
- Si la primera dosis fue dada a los 16 años, o mayor; solamente una (1) dosis requerida para 12º grado.

Información médica del estudiante 2022–2023

Chicago Public Schools

Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor escriba con imprenta:

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su hijo. Esta es una buena manera de mantener seguro a su hijo. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

ESTUDIANTE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	DE SALÓN

1. POR FAVOR INDIQUE ABAJO EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO.

☐ Mi hijo no tiene condiciones de salud.

MI HIJO TIENE CONDICIÓN(ES) DE SALUD. POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:

☐ Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique

☐ Asma

Año diagnosticado _____

☐ Convulsiones/Epilepsia

Año diagnosticado _____

☐ Diabetes – por favor circule el tipo ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Otro

Año diagnosticado _____

☐ Anemia de células falciformes

Año diagnosticado _____

☐ Otro _____ Año diagnosticado _____

2. MI HIJO(A) TIENE UN MÉDICO DE CABECERA (PRIMARY DOCTOR) ☐ **SÍ** ☐ **NO**

En caso afirmativo, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre _____ **Número de teléfono** _____

☐ **Doy permiso a que la enfermera escolar de mi hijo o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi hijo.**

3. MI HIJO ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO. ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si su hijo necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437).

Este formulario **NO** es lo mismo que un **"Plan de atención"** (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su hijo). Si su hijo tiene una condición de salud que necesite atención médica en la escuela, por favor obtenga documentación médica de su médico y preséntela a la escuela, y haga una cita con su enfermera escolar. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web: www.cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su hijo tiene una condición médica, por favor haga una cita con la enfermera escolar.**

Por favor devuelva el formulario a la enfermera escolar. Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con la enfermera escolar.

Nombre del Padre/Guardian _____ Fecha _____ Número de teléfono _____

Firma del Padre/Guardian _____ Correo electrónico _____

Solo Para Las Enfermeras Revisado por (Iniciales) _____ Fecha _____

Revisado el 25 de Abril de 2019

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

Vacunas recomendadas contra el HPDV, la gripe y el COVID-19

Las vacunas contra el HPV, la gripe y el COVID-19 recomendadas por médicos, enfermeros, y organizaciones médicas y de salud publicas como: la Sociedad Americana contra el Cancer, los Centros para el Control y la Prevencioén de Enfermedades y el Departamento de Salud Publica de Chicago (CDPH, por su sigla en inglés).

Estas vacunas son seguras y eficaces. Asegúrese de que su hijo esté protegido de estos virus.

Para obtener información sobre estas vacunas, visite **www.CDC.gov/HPV**, **www.CDC.gov/FLU** o **with www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/**.

Para informarse sobre dénde puede programar una cita, o cémo Solicitar un seguro médico llame a nuestra linea directa al **773-553-KIDS (5437).**

Para encontrar una clinica del CDPH, que no requiera una cita médica, visite **www.Chicago.gov** e ingrese “find a clinic” en el buscador.

Vacuna para el COVID-19

Proteja a su hijo del COVID-19.

Esta vacuna protege a las personas de enfermedades graves y hospitalizaciones por COVID-19.

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que cualquier persona elegible para recibir una vacuna COVID-19 debe recibir una para ayudar a protegerse contra COVID-19.
- Las vacunas se pueden administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

El COVID-19 generalmente causa síntomas más leves en los niños, pero también puede:

- Causar enfermedad seria y hospitalización.
- Transmitirse a otros.

Las vacunas contra el COVID-19 protegen a su hijo y a su comunidad.

Encuentre una vacuna COVID-19: Busque vaccinefinder.org/search, envíe un mensaje de texto con su código postal al 438829 o llame al 1-800-232-0233 para encontrar ubicaciones cerca de usted.

www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/

Vacuna contra la gripe (flu)

Proteja a su hijo de la gripe todos los anos.

Vacunarse contra la gripe *cada año* es la mejor prevención de esta enfermedad.

Enfermarse de la gripe no es solo una experiencia miserable, también puede causar lo siguiente:

- Ausencias escolares.
- Falta de trabajo escolar.
- Posibles hospitalizaciones.
- La muerte (a veces).

Reciba una vacuna contra la gripe para su hijo Y toda la familia este año.

Vacuna contra el HPV

Proteja ahora a su hijo contra algún cancer que podría padecer durante la edad avanzada.

Esta serie de vacunas previene 6 tipos de canceres.

- Es segura, al igual que otras.
- Es para ambos niños y niñas.
- Se les recomienda vacunarse a los 11 a 12 años, o mayor.
- Se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

Proteja a su hijo contra el cancer.

Vacúnenlo contra el HPV.

Chicago Public Schools

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil
42 W. Madison St., Chicago, IL 60602

Estimado padre / tutor legal:

Los dientes sanos son importantes para la salud y el bienestar general de su hijo, y una manera de ayudar a su hijo a mantener sus dientes sanos es asegurarse de que reciba una limpieza dental cada seis meses. La ley del estado de Illinois obliga a que todos los niños de Kindergarten, 2 °, 6 °, y 9 ° grados tengan un examen dental cada año antes del 15 de mayo, y para ayudar a las familias a cumplir con este requisito, CPS y el Departamento de Salud Pública de Chicago se han asociado para proporcionar servicios dentales de alta calidad para los estudiantes que no tienen acceso a un dentista. se recomienda que los estudiantes visiten al dentista cada seis meses.

El Programa Dental de CPS ofrece los siguientes servicios.

- Examen Dental.
- Limpieza Dental, si fueran necesario
- Tratamiento con flúor, si fueran necesario
- Selladores Dentales si son necesarios.
- Referencia para otros tratamientos si fueran necesarios.

Para inscribir a su hijo en el Programa Dental de CPS, complete y firme los dos lados de los formularios siguientes en este paquete y devuélvase a la escuela lo más pronto posible.

1. *Programa de salud oral en la escuela: autorización de atención dental, exención de responsabilidad y formulario de autorización*
2. *"Formulario de autorización del programa de salud oral en la escuela- HIPAA"*

Si su hijo <u>no tiene</u> un dentista privado y <u>no ha</u> recibido atención dental en los últimos 6 meses, él o ella es elegible para participar en el Programa Dental de CPS en su escuela. Los servicios dentales están disponibles para su hijo sin costo para usted. Sin embargo, si tiene un seguro de salud público (Medicaid), se utilizarán sus beneficios. El dentista irá a la escuela de su hijo una vez durante el año escolar.

Si el estudiante recibió un examen en los últimos seis meses, el niño solo recibirá un examen dental y selladores dentales si son necesario, en el programa dental de CPS en su escuela. El estudiante no recibirá una limpieza dental.

Si su hijo ya tiene dentista, no necesita recibir servicios dentales en la escuela. Por favor solicite a su dentista que complete el formulario del *Informe de Examen Dental de Illinois* y devuélvelo a su escuela. El formulario se puede encontrar en la página 15. También puede encontrarlo en el siguiente enlace: https://www.cps.edu/services-and-supports/health-and-wellness/health-forms/.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Katheryn Stafford-Hudson, Gerente de Proyecto (773) 535-8675, kgstafford-h@cps.edu.

Sinceramente,

Tashunda Green-Shelton, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Jefa adjunta de Salud

Salud bucal escolar

Formulario de Autorización Dental, Consentimiento dental y exención de responsabilidad

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Por favor escriba con imprenta:

ESTUDIANTE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	DE SALÓN

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR	MEDICAID/ALL KIDS – DE BENEFICIARIO DE 9 DIGITOS

NUMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÉN DE LA CASA (incluya el número de unidad si corresponde)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SEGURO PRIVADO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

POLÍTICA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS	NÚMERO DE GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO ASEGURADO

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS	NOMBRE DEL PADRE / TUTOR ASEGURADO

Como padre/madre/tutor del estudiante anteriormente mencionado, entiendo que por medio del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR (el "PROGRAMA") de las Escuelas Públicas de Chicago, Los dentistas con licencia vendrán a la escuela de mi hijo en un futuro cercano para proporcionar un EXAM DENTAL/SCREENING Y COMO SE NECESITA UNA LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO FLUORIDE y SEALANT(S) Dental(S) SIN COSTO a los estudiantes o sus familias de la escuela. Los sellantes dentales, además del cepillado y el uso del hilo dental regular, protegen los dientes de su hijo/menor en tutela de las CARIES. Los sellantes dentales son revestimientos plásticos delgados que se colocan en la parte superior de los dientes posteriores para SELLARLOS contra la comida y los gérmenes. Los sellantes se aplican en los dientes que parecen no tener caries y que no están dañados. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA **NO** INCLUYEN LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES NI LAS INYECCIONES.

Entiendo que en consideración a la participación de mi hijo/menor en tutela en el PROGRAMA y como lo muestra mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública y sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes y la JUNTA DE EDUCACION DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados de toda responsabilidad que podamos obtener mi hijo/menor en tutela y yo, por cualquiera y todas las pérdidas, lesiones, daños hacia mí o mi hijo/menor en tutela, conocidos y desconocidos, previstos y no previstos, que surjan con relación a la participación de mi hijo/menor en tutela en el PROGRAMA, ya sea que dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades sean el resultado total o parcial de la negligencia de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos, incluyendo el Departamento de Salud Pública, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fiduciarios, empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

Además, entiendo que como lo muestra mi firma a continuación, reconozco que un dentista autorizado que proporciona atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica sin cobrar en nombre del Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago no es responsable por los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención, tratamiento, diagnóstico o asesoría dental o médica bajo el Programa, excepto debido a una acción arbitraria o intencional. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago para que compartan la información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA que se proporciona a su hijo/menor en tutela, firme el Formulario de Autorización que se encuentra en la parte inferior de esta carta. Este formulario de consentimiento firmado es valido por **365** días desde la fecha en que se firma por el niño / oh de los padres que tienen la tutorial.

RAZA? (Por favor marque uno)

☐ Blanca ☐ Negra ☐ Asiática / isleño del Pacífico ☐ Indio americano / nativode Alaska Origen hispánico ☐ SÍ ☐ NO

INFORMACIÓN MÉDICA : su hijo/menor en tutela alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación

☐ SÍ ☐ NO

Si su respuesta es SÍ: Cheque la condición apropiada a continuación

- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes
- ☐ Actualmente tiene soplo cardíaco
- ☐ Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
- ☐ Epilepsia
- ☐ Enfermedad/trastorno sanguíneo
- ☐ Hepatitis

¿TOMA SU HIJO/MENOR EN TUTELA ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ SÍ ☐ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere los medicamentos

¿TIENE SU HIJO/MENOR EN TUTELA ALGUNA ALERGIA? ☐ SÍ ☐ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las alergias

¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA? ☐ SÍ ☐ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las condiciones

Por favor firme los dos lados

Como padre/madre o tutor del menor o menor en tutela, otorgo mi consentimiento para que mi hijo o menor en tutela participe en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/prueba de detección dental, limpieza dental, tratamiento de flúor en gel o esmalte, la aplicación de sellantes dentales, si es apropiado, y que se someta a exámenes de Garantías de calidad. Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento dental y exención de responsabilidades, mi hijo o menor en tutela no recibirá algún servicio bajo este programa.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Chicago Public Schools

Salud bucal escolar

Formulario de Autorización Dental, Consentimiento dental y exención de responsabilidad

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Por favor escriba con imprenta:

ESTUDIANTE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR

NOMBRE DE LA ESCUELA

Formulario de autorización Al firmar a continuación, entiendo que otorgo mi autorización para que el proveedor dental y el Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago usen y/o divulguen la información protegida de salud de mi hijo/menor en tutela, a las siguientes personas u organizaciones con el proposito de preparar informes, documentaci6n de evolución de la salud bucal y Medicaid y facturación de la asignación: City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, Il 60604; Individual School Principal; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, Il, 62763; Illinois Department of Public Health - Oral Health Division, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield , Il, 62761 y Chicago Public Schools, Office of Student Health and Wellness, 42 West Madison,Garden level, Chicago, IL 60602. Federally Qualified Health Centers, Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, 1160608. Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, 1160302 and Chicago Public School approved Dental Vans.

El Departamento de Salud Publica de la ciudad de Chicago (CDPH} y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo a firmar dicha autorización. Esta Autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información que se divulga de conformidad con esta autorización pueda estar sujeta una nueva divulgar por parte del beneficiario y ya no estara protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico (Health Insurance Portability and Accountability Act) y las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta Autorización por escrito al enviar un aviso a HIPAA Privacy Officer, City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, Il 60604, Centro de Salud Con Calificacion Federal en Chicago, Infant Welfare Society de Chicago, 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302. y camionetas dental aprobado por las Escualas Publicas de Chicago

La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación. Esta autorización es valida por 365 días desde la fecha en que se firma por el nif\o / oh de los padres que tienen la tutorial.

Por favor firme los dos lados

Firma del padre/madre/tutor	Fecha

Chicago Public Schools

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

Servicios De Visión Disponibles

Las Escuelas Públicas de Chicago se asociaron con Illinois Eye Institute en Princeton y Tropical Optical para ofrecer exámenes de la vista a sus estudiantes.

Para su conveniencia, existen siete consultorios en la ciudad. Por favor, vea la lista de lugares donde se brindan servicios.

Usted puede escoger cualquiera de ellos, o a su proveedor de salud.

Tropical Optical

Seleccione una de las siguientes ubicaciones

Por favor llame al **(773) 762-5662** para una cita.

Para niños de 5 años en adelante

Locales de Tropical Optical

6141 West Cermak Road, Cicero, IL 60804

3624 West 26th Street, Chicago, IL 60623

2250 South 49th Avenue, Cicero, IL 60804

3213 West 47th Place, Chicago, IL 60632

2767 North Milwaukee Avenue, Chicago, IL 60647

9137 South Commercial Avenue, Chicago, IL 60617

Illinois Eye Institute (IEI)

Lewenson Center
3241 South Michigan Avenue, Chicago, IL 60616

Por favor llame al **312-929-3340** para una cita.

Desde los 3 años hasta la escuela secundaria.

Para más información sobre el programa de Visión de CPS, contacte **773-535-8674** o **773-535-1968.**

Chicago Public Schools

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil
42 W. Madison St., Chicago, IL 60602

Estimado padre/tutor:

¿Sabía que uno de cada cuatro niños tiene un problema de visión no diagnosticado que puede afectar su capacidad para aprender? Todos los niños necesitan realizar un examen de la vista, especialmente si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones:

- Mi hijo cursará el kínder
- Mi hijo nunca ha recibido un examen de la vista
- Mi hijo ingresará por primera vez a las escuelas de Illinois, sin importar el grado
- Mi hijo no aprobó el examen de la vista
- Mi hijo tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)
- El maestro de mi hijo le recomendó que realizara un examen de la vista
- El rendimiento académico de mi hijo es inferior al nivel de su grado
- Mi hijo presenta alguno de los siguientes síntomas:
  - Fuerza la vista
  - Visión borrosa o visión doble
  - Inclina la cabeza
  - Se acerca mucho a los materiales de lectura
  - Pierde de líneas cuando lee
  - Se frota los ojos frecuentemente
  - Sufre de lagrimeo o dolores de cabeza con frecuencia

La Ley del Estado de Illinois requiere que todos los estudiantes de kínder reciban un examen completo de la vista antes del 15 de octubre.

- **Si su hijo tiene un oftalmólogo privado,** por favor pídale al oftalmólogo de su hijo que rellene el Informe de Examen de la Vista del Estado de Illinois (State of Illinois Eye Examination Report) que se encuentra en la página 16. También puede encontrar este formulario en la página de web https://www.cps.edu/services-and-supports/health-and-wellness/health-forms/.
- **Si su hijo no tiene un oftalmólogo privado,** su hijo es elegible para participar en el Programa de la Vista de CPS (CPS Vision Program). Por medio de este programa, su hijo recibirá exámenes de la vista. Si su hijo necesita usar lentes, un óptico lo ayudará a seleccionar el marco. Se entregarán los lentes a la escuela de su hijo 4 semanas después de tal examen. Si se le pierden o se le dañan los lentes, los estudiantes que reciben los lentes son elegibles para obtener lentes de reemplazo por un máximo de 12 meses a partir del primer examen de la vista. Si es aplicable, se facturará cualquier seguro privado de la vista o seguro del gobierno como Medicaid, Medicare o cualquier organización de atención administrada (Managed Care). Si un estudiante no tiene seguro de la vista, los servicios se ofrecerán sin costo para la familia.

  Para inscribir a su hijo en el Programa de la Vista de CPS, por favor rellene el formulario de consentimiento para recibir servicios de la vista (Vision Services Consent Form) que se encuentra en la página 13, y el formulario del historial médico del estudiante (Student Medical History Form) en la página 14.

Si tiene alguna pregunta por favor contacte a Katheryn Stafford-Hudson, gerente de proyecto, al 773-535-8675 y al kgstafford-h@cps.edu,o al equipo de la Vista de CPS en la Clínica Visual de Princeton (Princeton Visual Clinic) al 773-535-1968.

Cordialmente,

Tashunda Green-Shelton, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Jefa adjunta de Salud

Formulario de consentimiento, liberación de responsabilidad y autorización para los servicios de la vista

Chicago Public Schools

Padres: Si desea que su hijo reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba con imprenta:

ESTUDIANTE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	DE SALÓN

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE

TELÉFONO	DIRECCIÉN DE LA CASA (incluya el número de unidad si corresponde)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

# DE MEDICAID/TARJETA MÉDICA # DE BENEFICIARIO DE ALLKIDS	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO

SEGURO PRIVADO DE LA VISTA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA	IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN

SEGURO MÉDICO DE LA VISTA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA	IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN

Como el padre/tutor del estudiante que se menciona anteriormente, entiendo que mi hijo recibirá un examen completo de la vista para determinar si necesita usar lentes o recibir otro tratamiento por parte de un profesional de la vista (un proveedor).

Además, entiendo que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista, un oftalmólogo, un especialista calificado; o un pasante, un residente o un clínico o técnico en prácticas, bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado. Y doy mi consentimiento para que me hijo reciba un examen de la vista y/o un tratamiento.

También entiendo que ni la escuela ni la Junta de Educación de Chicago (la Junta) supervisan o controlan cualquier servicio (como el examen de la vista) o materiales (como los lentes) que se podrían proveer a mi hijo, y que ni la Junta ni la escuela serán responsables de la calidad de dichos servicios o materiales.

Teniendo en cuenta los servicios y los materiales que recibirá mi niño, por la presente, acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la Alcaldía de Chicago (City of Chicago), a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes; y a la Junta y a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios, representantes y empleados, por cualquier responsabilidad que me corresponda o que le corresponda a mi hijo. También realizaré esto por todos los reclamos, las pérdidas, las lesiones, los daños que me han ocurrido o que le han ocurrido a mi hijo, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y los materiales recibidos por mi hijo, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades que se derivan en su totalidad o en parte de la negligencia de la Alcaldía de Chicago, de sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la Junta, de sus miembros, síndicos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios agentes o representantes. Además, acepto liberar de toda responsabilidad a los proveedores y los copatrocinadores, a sus empleados, oficiales, voluntarios, agentes y representantes de todos los reclamos, las demandas, las acciones, las quejas, los juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir, con motivo de o causado por cualquier desempeño de servicios ofrecidos por dichos proveedores, o por la calidad de los lentes o cualquier otro material provisto por ellos bajo el Programa, a menos que se atribuya a su negligencia premeditada o descuidada. En el caso de que una de las condiciones de este formulario no sea aplicable, se eliminará esta condición y el resto del formulario permanecerá en efecto.

Entiendo que el proveedor facturará al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (por sus siglas en inglés HFS), o a cualquier otro seguro privado que sea actualmente aplicable para los servicios y/o materiales reembolsables.

Si usted NO desea que su hijo reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada.

Entiendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas ópticas) con el fin de dilatar los ojos de mi hijo. Estas gotas son una parte importante de un examen de la vista para permitir que el proveedor realice un examen completo de la vista. Además, entiendo que los efectos temporales de estas gotas ópticas pueden incluir la visión borrosa y la sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi hijo, creando así inseguridad cuando camine sin asistencia o cuando conduzca durante el resto del día.

☐ **Actualmente, NO doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi hijo.**

Entiendo que al rechazar la dilatación, puedo limitar la capacidad del médico para detectar y tratar ciertas condiciones.

Tenga en cuenta que se realizarán los servicios a menos que se indique lo contrario.

Entiendo que pueden fotografiar, grabar en vídeo o en audio o entrevistar a mi hijo y usar estos medios electrónicos para promocionar el Programa de la Vista. Doy mi consentimiento para que la Junta o el proveedor o el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) utilicen las fotografías, la voz o la imagen de mi hijo, pero que no usen el apellido de mi hijo. Entiendo que no recibiré ninguna compensación, dinero ni reembolso por la participación de mi hijo.

☐ **Actualmente, NO doy mi consentimiento para que fotografíen o entrevisten a mi hijo.**

Al firmar abajo, entiendo que doy mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (la Junta) para que divulguen y provean a los proveedores información sobre el examen de la vista anterior que se encuentran en el registro educativo de mi hijo. Esto tiene el fin de asegurar que los proveedores puedan proveer servicios de forma efectiva. Autorizo a que los proveedores divulguen y provean los informes de la escuela de mi hijo, incluyendo los informes escritos o verbales de los resultados de cualquier examen de la vista, con el fin de que se incluyan en el registro educativo de mi hijo. También, autorizo a que CDPH divulgue a la Junta la información de mi hijo, la fecha y el tipo de servicios de la vista provisto, ya sea si le recomendaron servicios de seguimiento o no, y otra información que el Estado de Illinois solicite de la Junta. Entiendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permiten la ley federal y estatal. Además, autorizo a que los Proveedores divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS), con el propósito de facturar el seguro. El CDPH y los proveedores no pueden condicionar el tratamiento, el pago ni la elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

*****Por favor firme y escriba la fecha en las dos líneas de firma. Complete el historial médico en la segunda página de este formulario.*****

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una nota por escrito al CDPH, a la escuela de mi hijo o a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil. Al revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre la información que se ha usado o divulgado antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

Por la presente, doy mi consentimiento a que un proveedor realice un examen de la vista a este menor de edad, y a que le prescriba lentes durante tal examen. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Entiendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

Formulario de historial médico del estudiante

Chicago Public Schools

Padres: Si desea que su hijo reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.

Por favor escriba con imprenta:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DE LA ESCUELA

¿USA SU HIJO LENTES O LENTES DE CONTACTO? ☐ SÍ ☐ NO

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE LA VISTA? (Marque todos los que aplican)

☐ Personal de la escuela ☐ Carta sobre evaluación de la vista que su hijo no aprobó ☐ Amigo ☐ Otro

¿TIENE SU HIJO ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES: (Marque todas las que aplican)

☐ Asma ☐ Problemas auditivos/de oídos ☐ Enfermedad mental ☐ Alta presión arterial ☐ Glaucoma

☐ Problemas neurológicos ☐ Problemas de conducta ☐ Diabetes ☐ Problemas gastrointestinales ☐ Problema genitourinario

☐ Enfermedad cardíaca ☐ Problemas endocrinos ☐ Trastorno de déficit de atención ☐ Músculo-esqueléticos ☐ Otras condiciones _____

¿TOMA SU HIJO ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ SÍ ☐ NO

Haga una lista de los medicamentos

¿TIENE SU HIJO ALERGIAS? ☐ SÍ ☐ NO

Haga una lista de las alergias

¿USA SU HIJO GOTAS ÓPTICAS? ☐ SÍ ☐ NO

Haga una lista de las gotas ópticas

¿HA TENIDO SU HIJO UNA CIRUGÍA DEL OJO? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, explique por favor

¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

☐ Terapia visual ☐ Visión borrosa/doble visión ☐ Lagrimeo ☐ Dificultad para estar quieto ☐ Se frusta fácilmente

☐ Parche de ojo ☐ Pierde de líneas cuando lee ☐ Sensibilidad a la luz ☐ Evita leer/escribir ☐ Falta de confianza

☐ Cirugía del ojo ☐ Lesión del ojo ☐ Enrojecimiento ☐ Dificultad para prestar atención ☐ Secreción del ojo

☐ Dolor en el ojo ☐ Infección del ojo ☐ Párpados caídos ☐ Tiene el nivel de lectura inferior a su grado ☐ Ojo desviado/perezoso

☐ Dificultad para enfocar la vista ☐ Irritación/ardor ☐ Dificultad para terminar su trabajo ☐ Mala escritura

☐ Otros _____

¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU HIJO TIENE ALGUNO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican y la relación con su hijo)

SÍ ☐ NO ☐ Usa lentes SÍ ☐ NO ☐ Ojo desviado SÍ ☐ NO ☐ Diabetes SÍ ☐ NO ☐ Problemas cardiovasculares

SÍ ☐ NO ☐ Glaucoma SÍ ☐ NO ☐ Ceguera SÍ ☐ NO ☐ Problemas músculo-esqueléticos SÍ ☐ NO ☐ Problemas neurológicos

SÍ ☐ NO ☐ Ojo perezoso SÍ ☐ NO ☐ Degeneración macular SÍ ☐ NO ☐ Enfermedad cardíaca SÍ ☐ NO ☐ Enfermedad mental

SÍ ☐ NO ☐ Alta presión arterial

¿TIENE SU HIJO UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP)? ☐ SÍ ☐ NO

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI HIJO ES: ☐ Superior al nivel del grado ☐ Es del nivel del grado ☐ Inferior al nivel del grado

SI ES INFERIOR AL NIVEL DE GRADO, POR FAVOR SELECCIONE LAS CLASES (Marque todas las que aplican) ☐ Lectura ☐ Escritura ☐ Matemáticas ☐ Estudios Sociales ☐ Otro _____

¿ESTÁ RECIBIENDO SU HIJO ALGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ABAJO? (Marque todos los que aplican)

☐ Educación especial ☐ Tutoría ☐ Terapia del lenguaje ☐ Terapia ocupacional (OT) ☐ Terapia física (PT)

ESCRIBA LOS PASATIEMPOS O LOS INTERESES ESPECIALES DE SU NIÑO:

¿HAY ALGO MÁS QUE DESEE QUE SEPAMOS SOBRE SU HIJO?

El médico debe completar el formulario, padres por favor regrese la forma a Katheryn Stafford-Hudson, kgstafford-h@cps.edu o fax 773-535-8677

State of Illinois
Illinois Department of Public Health

PROOF OF SCHOOL DENTAL EXAMINATION FORM

Illinois law (Child Health Examination Code, 77 Ill. Adm. Code 665) states all children in kindergarten and the second, sixth and ninth grades of any public, private or parochial school shall have a dental examination. The examination must have taken place within 18 months prior to May 15 of the school year. A licensed dentist must complete the examination, sign and date this Proof of School Dental Examination Form. If you are unable to get this required examination for your child, fill out a separate Dental Examination Waiver Form.

This important examination will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of your child.

To be completed by the parent or guardian (please print):

Student's Name: Last First Middle			Birth Date: (Month/Day/Year)
Address: Street City			ZIP Code
Name of School: ZIP Code		Grade Level:	Gender: ☐ Male ☐ Female
Parent or Guardian: Last Name First Name			
Student's Race/Ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Multi-racial ☐ Unknown ☐ Other_____			

To be completed by dentist:

Date of Most Recent Examination:_____ (Check all services provided at this examination date)

☐ Dental Cleaning ☐ Sealant ☐ Fluoride treatment ☐ Restoration of teeth due to caries

Oral Health Status (check all that apply)

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present on Permanent Molars**

☐ Yes ☐ No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries —** At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

☐ Yes ☐ No **Urgent Treatment —** abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

Treatment Needs (check all that apply). For Head Start Agencies, please also list appointment date or date of most recent treatment completion date.

☐ **Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date:_____

☐ **Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date:_____

☐ **Pediatric Dentist Referral Recommended** Treatment Completion Date:_____

Additional comments: _____

Signature of Dentist _____ License #:_____ Date:_____

Illinois Department of Public Health, Division of Oral Health
217-785-4899 • TTY (hearing impaired use only) 800-547-0466 • www.dph.illinois.gov

El médico debe completar el formulario, padres por favor regrese la forma a Katheryn Hudson

State of Illinois
Eye Examination Report

healthforms@cps.edu
or
fax 773-535-8677

Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician who provides complete eye examinations be submitted to the school no later than October 15th of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to the child beginning school.

Student Name: _____ Birth Date: _____ Sex: _____ Grade: _____
(Last) (First) (Middle Initial) (Mo.) (Day) (Yr.)

Parent or Guardian: _____ Phone: _____
(Last) (First) (Area Code)

Address: _____ County: _____
(Number) (Street) (City) (Zip Code)

To Be Completed By Examining Doctor

Case History Date of Exam: _____

Ocular History: ❑ Normal or Positive for: _____
Medical History: ❑ Normal or Positive for: _____
Drug Allergies: ❑ NKDA or Allergic to: _____
Other Information: _____

Examination

Refraction:	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Unaided Visual Acuity:	20 /	20 /	20 /	20 /
Best Corrected Visual Acuity:	20 /	20 /	20 /	20 /

Was refraction performed with cycloplegic agents? ❑ Yes ❑ No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External Exam (eye and adnexa)	❑	❑	❑	_____
Internal Exam (media, lens, fundus, etc.)	❑	❑	❑	_____
Neurological Integrity (pupils)	❑	❑	❑	_____
Binocular Function (stereopsis)	❑	❑	❑	_____
Accommodation and Vergence	❑	❑	❑	_____
Color Vision	❑	❑	❑	_____
IOP (glaucoma)	❑	❑	❑	_____
Oculomotor Assessment	❑	❑	❑	_____
Other: _____	❑	❑	❑	_____

Diagnosis

❑ Normal ❑ Myopia ❑ Hyperopia ❑ Astigmatism ❑ Strabismus ❑ Amblyopia

Other: _____

Recommendations

1. Corrective Lenses: ❑ No ❑ Yes, glasses should be worn for: ❑ Constant Wear ❑ Near Vision ❑ Far Vision ❑ May Be Removed for Physical Education
2. Preferential seating recommended: ❑ No ❑ Yes Comments: _____
3. Recommend re-examination: ❑ 3 months ❑ 6 months ❑ 12 months ❑ Other _____
4. _____
5. _____

Print Name: _____
Optometrist or Physician Who Provides Eye Examinations

Address: _____

_____

Signature: _____
Optometrist or Physician Who Provides Eye Examinations

Consent of Parent or Guardian
I agree to release the above information on my child or ward to appropriate school or health authorities.

_____
(Parent or Guardian's Signature)

Phone: _____

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

Para Estudiantes Con Asma

El asma es la enfermedad crónica más común de la infancia. Chicago tiene un número especialmente alto de niños con asma, y los niños en algunos vecindarios de Chicago sufren más que otros. Es por eso que se creó esta parte especial de nuestro Paquete.

Por favor use los formularios en este paquete para informar a la escuela sobre la condición asmática de su hijo. El enfermero o el secretario escolar pueden pedirle que complete formularios adicionales. Estos formularios deben actualizarse cada año escolar. Los mismos son revisados por el enfermero y el personal de CPS, y se mantienen en el archivo durante el año escolar.

Debe entregar los siguientes formularios cada año:

- **Plan de acción contra el asma** – firmado y fechado por un proveedor de atención médica.
- **Formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos para el Asma / Alergia** – firmado y fechado por el padre / tutor.
- Original (o copia clara) del envase del medicamento para el asma o la etiqueta de la farmacia que contiene la información de su hijo.

Si su hijo tiene una condición médica crónica, siga los siguientes 4 pasos:

- Cualquier estudiante con asma puede tener un Plan de la Sección 504 para llevarse a cabo durante el día escolar.
- El plan proporciona adaptaciones necesarias para ayudar a su hijo a tener éxito en la escuela.
- Para más información, contacte a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil al **cps.edu/oshw** o al **(773) 533-KIDS (5437).**

Chicago Public Schools

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

Para Studiantes Con Asma

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE ASMA / ATENCIÓN AL ALERGIA EN LA ESCUELA

Por qué es importante que le diga a la escuela acerca del asma de mi hijo?

- El asma de su hijo puede aparecer en la escuela.
- Conocer el historial médico ayuda al personal a saber qué hacer si surge una emergencia durante el día escolar.

Puede el personal escolar ayudar a un estudiante a administrar su asma?

Sí. el personal de la escuela recibe capacitación cada 2 años sobre el conocimiento y la atención del asma, incluida la forma de reconocer y manejar emergencias relacionadas con el asma.

Puede un estudiante autogestionar su asma?

Sí. Los estudiantes de CPS pueden llevar y administrar su propio medicamento para el asma de “alivio rápido” o “rescate” si el padre / tutor ha otorgado un permiso escrito actualizado anualmente a la escuela y le han proporcionado el medicamento:

- Solicitud de Formulario de Administración de Medicamentos para el Asma / Alergia (firmado por el padre / tutor).
- Envase de medicamento para el asma válido y etiquetado o copia de la etiqueta de receta que contiene el nombre del medicamento, el nombre del niño, la fecha de nacimiento y el nombre del recetador.

Cuál es la respuesta de emergencia de asma / alergia de la escuela?

- Las escuelas seguirán los pasos delineados en el Plan de Acción contra el Asma de su niño y / o Plan 504 / IEP
- Si el medicamento no está funcionando o si el medicamento etiquetado del alumno no se envió a la escuela, se llamará al 911 inmediatamente. Los padres serán llamados después de 911.
- Si el problema es una reacción alérgica grave (anafilaxia) y no se ha puesto a disposición los propios medicamentos del niño, se utilizará un EpiPen proveído por el distrito. Se llamará al 911, luego se informará a los padres.

Qué pasa si un estudiante tiene un ataque de asma pero no tiene plan en el archivo?

La escuela seguirá un Plan de acción para el asma de emergencia y se llamará al 911.

Necesita un estudiante un plan 504 de acción?

- Se debe ofrecer un plan de la Sección 504; hable con la enfermera de la escuela de su hijo y / o proveedor de atención médica para determinar si es necesario.
- El plan 504 describira los cambios necesarios que una escuela debe hacer para que su estudiante esté seguro en la escuela.
- Si no hay un plan 504, se llamara al 911 cuando se reconozcan los signos y síntomas de un ataque de asma.

Me gustaría más información sobre el cuidado del asma en la escuela.

- Lea sobre la Política de Asma de CPS en **https://policy.cps.edu/download.aspx?ID=1283.**
- Visite el sitio web de la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil en **http://cps.edu/oshw.**
- Hable con la enfermera de la escuela de su hijo.
- Póngase en contacto con la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil en **oshw@cps.edu.**

El Plan de Acción para Pacientes con Asma

Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha
Medico		Padres/Guardián
Teléfono del Medico		Teléfono de Padres
Teléfono de Amigo o de Taxi		Teléfono de casa

Estudiante pude administrar su propio medicamento
☐ Si ☐ No

Usted puede usar los colores de los semáforos para ayudarle a aprender sobre la medicina del asma

El Verde significa "¡Vaya!"
Utilize medicina de control

El Amarillo es un Aviso
Utilize medicina de Alivio

El Rojo significa "¡Pare!"
Llame a un doctor

VERDE = "SIGA"

Utilize medicinas de Control

Tiene estos síntomas

- Puede respira bien, sin dificultad
- No hay tos o resuello a smático
- Puede dormir por la noche
- Puede trabajar y jugar

Número de máximo flujo

a

Medicina	Cantidad	Cuando tomar

20 minutos antes de jugar, tome esta medicina:

AMARILLO = "PRECAUCIÓN "

Utilize medicinas de Alivio para impedir que empeore un ataque de asma.

Tiene estos síntomas

- Primer síntomas de un resfriado
- Exposición a un provocante de asma
- Tos
- Silbidos/resuello asmático
- Congestión y opresión en el pecho
- Tos por la noche

Número de máximo flujo

a

Medicina		Cantidad	Cuando tomar
Primero		2 dosis de inhalador o 1 dosis de Nebulizador	Cada 4 horas, cuanto es necesario
Segundo	Llame al medico si no mejora		

Si u medicinia de Alivio/medicina de zona amarilla se necesita mas de 2 a 3 veces por semana,
LLAME A SU MEDICO.

ROJO = "PARA"

Utilize estas medicinas hasta hablar con el doctor:

Tiene estos síntomas

- Medicina no ayuda después de 15 a 20 minutos
- Respiración es rápida y difícil
- Las narices se abren mas de lo normal
- Se ven las costillas
- Labios y/o unías se ven azul o pálidas
- Dificultad en hablar y cam

Número de máximo flujo

a

Medicina	Cantidad	Cuando tomar
	2 dosis de inhalador o 1 dosis de Nebulizador	Llame al Medico – Inmediatamente

* ¡Llame a su medico rápido! No tenga miedo de causar problemas, su medico quiera atenderlos de inmediato. Es importante que si no puede comunicarse con su medico que vaya directamente a la sala de emergencia. ¡NO SE ESPERE! Haga cita con su medico o proveedor de salud después de dos días de ir a la sala de emergencia.

Provocantes de Asma

Marque todos los provocantes de su asma y cosas que empeoran su asma:

- ☐ Polvo de tiza
- ☐ Humo de cigarrillo o humo de segunda mano
- ☐ Resfriados y gripes
- ☐ Ácaros de polvo, monos de peluche, alfombra
- ☐ Ejercicio
- ☐ Cambio de temperatura
- ☐ Mojo
- ☐ Días de ozono alto
- ☐ Ratones y cucarachas
- ☐ Animales caseros
- ☐ Flores, plantas, pasto, y polen
- ☐ Olores fuerte y perfume
- ☐ Productos de limpieza
- ☐ Humo de madera

Comida

Otro

Firma de Medico

RESPIRATORY HEALTH ASSOCIATION®

www.lungchicago.org

Adapted from the original design by the Pediatric Asthma Coalition of New Jersey

Declaración del proveedor de salud para la sustitución de alimentos

Chicago Public Schools

Este formulario debe ser rellenado si el padre/estudiante requiere sustituciones en el menú de la cafetería por una alergia o intolerancia alimentaria del alumno.

Su hijo/a come en la escuela? ☐ SI ☐ NO

Nombre del padre/Tutor legal: devuelva este formulario al/a la enfermero/a de la escuela de su niño.

Estimado padre/tutor legal:

La escuela de su niño participa en un programa de nutrición con recursos federales que requiere que CPS ofrezca alimentos y/o leche a los estudiantes. Sin embargo, cuando existe una discapacidad (por ejemplo, una alergia a los alimentos) o una necesidad dietética o restricción documentada por un proveedor de salud, deben realizarse ajustes razonables al menú. Por favor, provea su información de contacto y pida al proveedor de salud de su niño que rellene este formulario. Por favor, devuelva este formulario completo a la escuela de su niño junto con un **Plan de Acción de Alergia a los Alimentos** (que se encuentra en cps.edu/OSHW). Contacte a food@cps.edu con cualquier pregunta adicional:

Por favor escriba con imprenta:

APELLIDO LEGAL DE HIJO / A	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES

TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR LEGAL	NOMBRE DE LA ESCUELA

DIRECCIÓN DE ESCUELA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Nota del proveedor de salud

Alergia a los alimentos es una "discapacidad" bajo la Ley de Americanos con Discapacidades. Si el niño tiene una alergia a los alimentos, por favor marque "Sí" en la pregunta 1 abajo.

1. ¿TIENE EL NIÑO UNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA UNA ADAPTACIÓN A LOS ALIMENTOS?

☐ NO Si la respuesta es NO, vaya al punto 2 a la derecha. ☐ SÍ

Si es **SÍ**, provea la siguiente información a continuación y responda a las preguntas 3, 4 y 5.

a) ¿Cuál es la discapacidad?

b) ¿Qué actividad mayor de la vida es afectada?

c) ¿Qué significa la discapacidad en términos de la dieta del niño?

2. EL NIÑO NO TIENE UNA DISCAPACIDAD, PERO REQUIERE UNA DIETA ESPECIAL. IDENTIFIQUE EL PROBLEMA MÉDICO QUE JUSTIFICA LA DIETA ESPECIAL DEL NIÑO Y RESPONDA A LAS PREGUNTAS 3, 4 Y 5 ABAJO.

3. ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN SER OMITIDOS:

4. ENUMERE LAS SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS DE ALIMENTOS ACEPTABLES. POR FAVOR, ADJUNTE UN MENÚ SI CORRESPONDE:

5. FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD. **FECHA**

SCHOOL USE ONLY: Please scan and email this form to food@cps.edu

School Nurse Signature | Date reviewed | Date scanned to food@cps.edu

Estudiantes en Situaciones de Vivienda Temporaria (STLS)

Aviso sobre derechos de los estudiantes sin hogar

La Junta de Educación de la ciudad de Chicago (Junta) proveerá un ambiente educativo que trate a todos los estudiantes que asisten a las Escuelas Públicas de Chicago con dignidad y respeto. Cada alumno en una situación de vivienda temporaria tendrá acceso igualitario a las mismas oportunidades educativas gratuitas y apropiadas que los demás. Este compromiso con los derechos educativos de los niños y jóvenes sin hogar, y jóvenes que no viven con un padre o tutor, se aplica a todos los servicios, programas y actividades ofrecidas o hechas disponibles por la Junta.

Un estudiante es considerado sin hogar si carece de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche, e incluye a niños y jóvenes que:

- comparten alojamiento con otras personas debido a la falta de vivienda, dificultades económicas o razones similares;
- viven en un motel/hotel, campamento o situación similar debido a falta de alternativas, alojamiento adecuado;
- viven en refugios de emergencia o transitorios;
- abandonados en hospitales;
- viven en autos, parques, lugares públicos, edificios abandonados, casas en malas condiciones, estaciones de autobuses o trenes o lugares similares;
- niños migrantes que viven en alguna de las condiciones mencionadas;
- joven que vive solo, sin custodia de un padre o tutor y de cualquier edad, en alguna de las situaciones mencionadas.

Los estudiantes que residen temporalmente fuera de Chicago debido por la falta de vivienda, y asisten a su escuela de CPS de origen, reciben ayuda para el transporte, así como los estudiantes sin hogar que viven en Chicago y asisten a su escuela de origen fuera de CPS.

Solución de disputas: Cuando una autoridad escolar niega a un estudiante en condición de vivienda temporal la matrícula o, transporte a la escuela de origen, el padre del estudiante puede presentar una queja al programa de Estudiantes en Situación Temporaria de Vivienda (STLS) de CPS. Este debe responder e intentar resolverlo rápidamente. El programa debe referirlo a servicios legales gratuitos o de bajo costo para que lo ayuden, si así lo desea. Durante la disputa, el estudiante debe ser matriculado inmediatamente en la escuela, con participación en las actividades escolares, y recibir transporte hasta que el tema sea resuelto. Cada Escuela Pública de Chicago, incluyendo chárter, tiene un Enlace STLS que lo ayudará con las decisiones de matrícula y ubicación, le informará sobre el proceso de apelación, con el llenado de los formularios de disputa y el referido para ayuda con servicios legales de bajo costo.

Todos los estudiantes sin hogar tienen derecho a

Matriculación inmediata en una escuela. Las escuelas deben inscribirlos inmediatamente aun cuando carezcan de registros de salud, de vacunas y escolares, sin prueba de tutela o de domicilio. "Matriculación" significa inscripto en una escuela, asistir a clases y participar en todas las actividades escolares.

Matricularse en:

- la escuela a la que asistían cuando tenían vivienda permanente o en la última escuela donde estuvieron inscriptos (escuela de origen).
- cualquier escuela que aloje permanentemente a estudiantes de la misma área de asistencia donde sean elegibles para concurrir los estudiantes o jóvenes sin domicilio (área de asistencia de la escuela).
- Matricularse en preescolar.

Permanecer inscripto en la escuela elegida durante el tiempo que permanezca sin hogar, o si el estudiante consigue vivienda permanente, hasta el fin del año académico.

Access a escuelas chárter, de matrícula selectiva, magnet y todos los demás programas de CPS de la misma manera que los estudiantes que tienen hogar permanente, recibir ayuda a pedido para el proceso de inscripción.

Participate en servicios de tutoría más allá de los provistos a todos los estudiantes; en actividades de la escuela y/o recibir otros servicios de apoyo.

Receive alimentación gratuita en la escuela, dispensas, uniformes gratuitos, además de servicios médicos de bajo costo o gratuitos.

Transportation services: Si los padres/cuidadores deciden que el estudiante asista a su escuela de origen, CPS proveerá transporte hacia y desde la escuela de origen, y a todas las actividades de la escuela, durante el tiempo en que permanezca en la situación de vivienda temporaria, o, si el estudiante consigue alojamiento permanente, hasta el fin del año académico.

- **Estudiantes elegibles reciben tarjetas de CTA y permisos necesarios, así como los encargados adultos de estudiantes elegibles en los grados PK-6 reciben tarjetas de CTA para acompañarlos a la escuela. Los estudiantes elegibles en los grados PK-6 cuyos cuidadores no puedan acompañarlos en el transporte público pueden solicitar el servicio de autobuses amarillos y presentar documentación o declaración de su imposibilidad de transportar al estudiante.**

  Ejemplos de dificultades que ameriten transporte alternativo:

  - Empleo de los padres/cuidadores, capacitación laboral o programa educativo.
  - Incapacidad mental y/o física de los padres/cuidadores.
  - Niños que necesitan ser transportados hacia y desde la escuela en diferentes lugares.
  - Reglas del refugio o instalación similar que no permitan salir al padre/tutor legal para trasportar al niño hacia y desde la escuela.
  - Actividades requeridas por orden de la Corte, DCFS o de un agente contratado por DCFS que no permitan al padre/tutor legal transportar al niño hacia y desde la escuela.
  - Otra causa válida por la cual el padre/tutor legal no pueda usar el transporte público para llevar y traer al niño de la escuela.

Si tiene alguna pregunta sobre matrícula en escuelas o quiere más información sobre los derechos de los estudiantes sin hogar en las Escuelas Públicas de Chicago, llame al programa por el **(773) 553-2242**, fax **(773) 553-2182**, o escriba al correo electrónico **STLSInformation@cps.edu**.

Pedido de Información de Emergencia y Salud

Chicago Public Schools

PADRES/TUTORES: La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. Por favor escriba con letra clara.
Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela. Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica.

NOMBRE DE LA ESCUELA	#ID ESTUDIANTE

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal

FECHA DE NACIMIENTO	SALÓN #	TELÉFONO DEL DOMICILIO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CAJA 1

Llene esta caja solamente si (1) refleja la situación actual de vivienda del niño; O **(2)** si refleja la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). **Señale una caja:**

- ☐ en un automóvil/otro lugar público
- ☐ hogar compartido
- ☐ en un hotel/motel
- ☐ en un refugio
- ☐ en alojamiento transitorio

School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CAJA 2

¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIS.

Padre/Tutor e Información de Contacto de Emergencia: *Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.*

	CONTACTO PADRE/TUTOR	CONTACTO PADRE/TUTOR
Nombre del contacto		
Relación con el estudiante		
Señale todo lo que corresponda:	☐ Vive con ☐ Recibe correos ☐ Emergencia ☐ Permiso para recogerlo	☐ Vive con ☐ Recibe correos ☐ Emergencia ☐ Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio *si es diferente a la del estudiante* *(incluya el número de unidad si corresponde)*		
Teléfono del domicilio, *si es diferente al del estudiante*		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		
**** Idioma para comunicación***		

* CPS se comunica por teléfono. Escoja el idioma que se debe usar para comunicarse con usted. Los idiomas disponibles en este momento para comunicaciones masivas son inglés y español (nota: otros idiomas según disponibilidad).

Nombre del familiar o vecino que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #

DIRECCIÓN DOMICILIO

Nombre del médico de la familia, dirección y teléfono: Autorizo a que llamen a mi médico familiar, si es necesario, en caso de una emergencia.

NOMBRE	DIRECCIÓN DOMICILIO *(incluya el número de unidad si corresponde)*	Ciudad	Estado	Código postal
TELÉFONO #				

SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE: (escoja uno de los tres)

- ☐ Illinois Medical Card/All Kids: provea el número de ID médica del estudiante _____ *(número de 9 dígitos que está en el reverso de la tarjeta)*
- ☐ No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
- ☐ Seguro de salud privado/Seguro de salud del empleador: no se necesita información adicional

HIJOS DE PERSONAL MILITAR *(opcional)*

Como padre o tutor, ¿es usted miembro de alguna rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Firmra del padre/Tutor
Certifico que la información de este formulario es correcta

Fecha

Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela

Estimado padre/tutor legal/estudiante si tiene 18 años o es mayor:

Su escuela y el distrito enviarán periódicamente información relacionada con la escuela o eventos del distrito, actualizaciones o iniciativas. Utilizaremos el sistema de mensajes telefónicos para recordarle sobre esos eventos, actualizaciones e iniciativas; incluyendo la distribución del boletín de calificaciones, visitas de estudio, eventos comunitarios, conferencias entre padres y maestros, anuncios, información y exámenes de COVID-19 y más. Para que reciban notificaciones y recordatorios periódicos de la escuela o del distrito, se necesita su consentimiento abajo.

Ante la posibilidad de una emergencia, usted será informado por los números de contacto provistos, sin importar que haya dado o no el consentimiento. Las llamadas de emergencia incluirán cierres de escuelas debido al clima, riesgos de salud, amenazas, ausencias injustificadas y otras situaciones que afecten la salud o seguridad de los estudiantes y del personal docente. Las llamadas de emergencia serán enviadas a todos los números telefónicos, incluyendo celulares, listados en los registros del estudiante. Por favor, asegúrese de que estos números estén actualizados en la escuela.

Por favor, llene este formulario y entréguelo para estar seguro de que recibirá llamadas informativas y textos.

Al firmar este formulario usted estará autorizado a las Escuelas Públicas de Chicago para que usen un sistema automático de distribución periódica de llamadas informativas o mensajes de texto al teléfono (s) provisto abajo. Si cambia su número telefónico, o no desea recibir más llamadas automáticas y textos, usted está de acuerdo en avisar inmediatamente a las Escuelas Públicas de Chicago. Al firmar abajo, usted está de acuerdo en que este consentimiento continuará válido y usted recibirá llamadas automáticas y textos, a menos que lo revoque. Es posible que se apliquen tasas de cobro para mensajes y datos.

☐ **YO DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.**

☐ **NO DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.**

Por favor escriba con imprenta:

Nombre del estudiante

Nombre en imprenta del padre/tutor legal/estudiante de 18 años o mayor

Escuela

Fecha

Firma del padre/tutor legal/estudiante de 18 años o mayor

Número de ID del estudiante

Teléfono número 1 para mensajes

Teléfono número 2 para mensajes

Dirección de correo electrónico

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

Consentimiento de prensa y dispensa de responsabilidad

Consentimiento/Dispensa

Por la presente autorizo a que mi niño sea fotografiado, grabado digitalmente, grabado en video, audio y /o entrevistado por la Junta de Educación de Chicago (la "Junta") o por medios de prensa cuando la escuela está en sesión, ya sea en persona o presentada de forma remota, o cuando el niño se encuentre bajo la supervisión de la Junta. Más aun, autorizo que dichas fotografías, grabaciones digitales, en video, audio y/o entrevistas sean compartidas con terceras partes que hayan recibida la aprobación por escrito de la Oficina de Comunicaciones. Entiendo que en el curso de las actividades descriptas la Junta quiera celebrar los logros y el trabajo de mi niño. Por lo tanto, también autorizo a la Junta la divulgación de información sobre el nombre de mi niño, de sus premios académicos y no académicos y de información relacionada con su participación en actividades auspiciadas por la escuela, organizaciones y deportes.

También autorizo a la Junta el uso del nombre, fotografías o retratos de mi niño, o de su voz o trabajo creativo, en Internet o en un CD educativo, o en cualquier otro medio electrónico/digital o impreso, que puede incluir rótulos/pancartas de reconocimiento, exhibidos en, cerca de, o alrededor del edificio escolar o la comunidad.

Como padre o tutor legal del niño estoy de acuerdo y libero de toda responsabilidad e indemnizo a la Junta, a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados ante cualquiera y todos los reclamos, demandas, acciones, quejas, juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir por cualquier razón, o puedan ser causadas por el uso del trabajo creativo, fotografía, retrato o voz en televisión, radio o películas, o en medios impresos, Internet o cualquier otro medio electrónico/digital o con relación a la participación de mi hijo en eventos escolares virtuales y / o actividades celebratorias.

Es entendido, además, y estoy de acuerdo, en que no se me debe a mí, a mi niño, a nuestros herederos, agentes o designados ningún dinero o consideración de ninguna especie, incluyendo el reembolso de cualquier gasto realizado por mí o por mi niño durante la participación en cualquiera de las actividades mencionadas, o por el uso de su trabajo creativo, fotografías, retrato o voz.

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento mediante una comunicación por escrito al director escolar. También entiendo que mi consentimiento es válido por un año escolar, incluyendo el verano siguiente.

Instrucciones: marque la caja #1 o caja #2

☐ **1. Autorizo lo señalado arriba en la sección consentimiento/dispensa.**

☐ **2. NO DOY la autorización, según lo descripto arriba en la sección de consentimiento/dispensa.**

Por favor escriba con imprenta:

Nombre del estudiante _____

Firma padre o tutor, o del estudiante si tiene 18 años o más _____

Escuela _____

Fecha _____

Nombre en imprenta del padre o tutor, o del estudiante si tiene 18 años o más _____

Número de ID del estudiante _____

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros de mi estudiante, de disputar el contenido de dichos registros; y limito mi consentimiento a los registros designados o porciones designadas de información contenida en los registros.

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

Formularios de información de ingresos familiares

Chicago Public Schools

El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre el ingreso de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor, complete este formulario y entréguelo a la oficina de la Escuela.

Padres – devuelvan este formulario a la escuela antes del **29 de Octubre de 2022**
Schools – Please enter into ODA by **November 18, 2022.**

Por favor escriba con imprenta:

NOMBRE DE ESCUELA

¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET EN CASA? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

PARTE 1: Información sobre el hogar— Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar.
**Hijo de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)*

PARTE 2: N° de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar (*siga la parte 6*)

ESTUDIANTE EN ADOPCIÓN TEMPORAL	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR (Apellido, Nombre, Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

PARTE 3: Niño sin Hogar, Emigrante, Fugitivo o Niño en el programa Head Start

- ☐ **NIÑO SIN HOGAR**
- ☐ **EMIGRANTE**
- ☐ **FUGITIVO**
- ☐ **HEAD START**

Firma del intermediario del niño sin hogar, emigrante, fugitivo o en Head Start _____ **Fecha** _____

PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos
(*DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.*)
Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe.
Frecuencia: Semanalmente, Cada dos semanas, Dos veces al mes, Mensualmente, Anualmente

OTROS INGRESOS pueden ser pero no limitados a Bienestar, Manutención de Menores, Jubilación, Seguro Social, Compensación al Trabajador y Desempleo.

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS (Nombre, Inicial, Apellido)	INGRESOS BRUTOS (*antes de deducciones*)	Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente	TODOS OTROS INGRESOS	Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○

PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.

- ☐ **¡SI!** Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.
- ☐ **¡SI!** Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o la Medicaid. *O llame al 773-553-5437*
- ☐ **¡SÍ!** Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.

Firma _____

PARTE 6

Firma: Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información; y si doy información falsa intencionalmente, me pueden llevar a juicio. Permito que el distrito comparta el estatus de elegibilidad para recibir beneficios basados en el estatus de elegibilidad.

Firma del miembro adulto del hogar _____ **Nombre del adulto del hogar** _____ **Apellido del adulto del hogar** _____

Dirección postal o de domicilio _____ **Código Postal** _____ **Fecha** _____

Este formulario debe ser firmado a mano; una firma electrónica no es aceptable.

Formularios de información de ingresos familiares

Chicago Public Schools

PARTE 7: identidades raciales y étnicas de los niños *(opcional)*

MARQUE UNA:

- ☐ Hispano/Latino
- ☐ No Hispano/Latino

MARQUE UNA O MÁS:

- ☐ Asiático
- ☐ Negro O Afroamericano
- ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacifico
- ☐ Blanco
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska

Instrucciones para llenar la solicitud

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Sección 2: Escriba el número de caso del DHS (SNAP o TANF) correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrito y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadritos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN NIÑO(A) SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO(A) O NIÑO EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos).

Avance a Sección 3: Marque el cuadrito que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de alumnos sin hogar, emigrantes o fugitivos.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrito y firme.

Sección 7: Marque los cuadritos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTA APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrito "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrito y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar **debe** firmar la solicitud.

Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrito "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Skip to Part 4: Avance a Sección 4: Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrito y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar **debe** firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadritos que corresponda a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ÉSTAS:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Avance a Sección 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1 Nombre:
Escriba nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos, sea pariente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.).

Columnas 2 & 3 Ingreso Bruto y cada cuánto es recibido:
El Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. **Todas** las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque el cuadrito que indica la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrito y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar **debe** firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadritos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SCHOOL USE ONLY

Initial Determination: ☐ **ELIGIBLE (Free or Reduced)** ☐ **INELIGIBLE (Denied, N/A or ?)**

CONFIRMATION *(Only for those applications selected for verification)*

Signature of Confirming Official (Required)

Date