Chicago Public Schools

HEALTHY CPS

— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

2025-2026

Libreta de salud estudiantil y formularios escolares

This page is intentionally left blank

Chicago Public Schools

HEALTHY CPS

OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS

2025-2026

Libreta de salud estudiantil y formularios escolares

Formularios que deben ser completados por todos los padres:

- Formulario de información médica del estudiante, 2025-2026
- Formulario de información de emergencia y salud
- Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela
- Consentimiento de prensa y relevo de responsabilidad
- Formulario de información de ingresos familiares

(Opcional)

Los padres deben completar estos si quieren servicios dentales o de la vista para estudiantes:

- Formulario de consentimiento dental
- Formulario de consentimiento de visión

Formularios que deben ser completados por el doctor y regresado por los padres al secretario de la escuela

BAJAR	**Formulario de prueba de examen dental escolar** Para estudiantes con dentistas privados
BAJAR	**Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos** Para estudiantes con alergias alimentarias: favor ver al personal de enfermería u oficina de la escuela para obtener formularios adicionales
BAJAR	**Informe de examen de la vista del estado de Illinois** Para estudiantes con un oftalmólogo privado

***Nota: Todos los formularios deben tener una firma original. No se aceptará una firma electrónica.**

Chicago Public Schools

HEALTHY CPS

OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS

Tabla de contenido

Carta de introducción para padres	5
Beneficios para niños y familias (folleto de Medicaid y SNAP)	6
Formulario de información médica del estudiante	7
Requisitos mínimos de salud	9
Directorio de centros de salud basados en la escuela (SBHC)	11
Carta para padres sobre el programa dental	12
Formulario de consentimiento dental, liberación de responsabilidad y autorización del programa de salud bucal escolar	13
Formulario de prueba de examen dental escolar	15
STLS: Aviso sobre los derechos de los estudiantes sin hogar	16
Programa de la vista: Programe un examen ocular	17
Carta para padres sobre el programa de visión	18
Formulario de consentimiento, relevo de responsabilidad y autorización para servicios de la vista	19
Informe de examen de la vista del estado de Illinois	21
Información y respuestas a preguntas frecuentes para estudiantes con asma	23
Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos	25
Formulario de información de emergencia y salud	27
Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela	29
Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación	31
Formulario para el bloqueo de información	34
Formulario de información de ingresos familiares	35

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

Estimados padres y familias de CPS,

La salud y la seguridad de sus hijos siempre son nuestra principal prioridad. Cada niño tiene el derecho fundamental a recibir atención médica de alta calidad. Queremos que nuestros estudiantes tengan acceso a proveedores de salud especializados en atención preventiva, capaces de atender condiciones agudas, crónicas y otros temas de salud propios de la niñez.

Este folleto tiene como propósito compartir con ustedes los requisitos, recomendaciones y formularios de salud de CPS, con el fin de facilitar el acceso de las familias a información transparente y confiable, así como a la atención médica básica que todos los estudiantes necesitan para prosperar en la escuela.

En CPS, estamos comprometidos a brindar acceso a servicios médicos y dentales para todos los estudiantes que los necesiten. Nuestro distrito también recopila información clave de salud cada año para asegurarnos de poder satisfacer las necesidades individuales de cada niño. Esta información se archiva en la escuela de su estudiante y se mantendrá confidencial.

Le pedimos que lea detenidamente este paquete, ya que contiene información sobre los requisitos y servicios de salud de CPS. Todos los padres y tutores deben entregar los siguientes formularios al secretario o secretaria de la escuela lo antes posible:

- Información Médica del Estudiante
- Solicitud de Información de Emergencia y Salud
- Formulario de Consentimiento para Mensajes Escolares
- Formulario de Consentimiento y Autorización de Medios de Comunicación
- Formulario de Información sobre Ingresos Familiares

Este paquete también incluye información sobre los servicios de exámenes dentales y de la vista disponibles para todos los estudiantes, así como los formularios de consentimiento para inscribirse en dichos servicios.

- El consentimiento debe completarse antes de recibir los servicios.
- Si lleva a su estudiante a un dentista u optometrista privado, pídale al profesional que complete el Formulario de Comprobante de Examen Dental o el Informe de Examen de la Vista.
- Devuelva el formulario completo a la escuela de su estudiante.

Si alguna de las siguientes situaciones aplica a su estudiante, se requiere acción adicional:

- **Condición crónica de salud:** Consulte con la enfermera escolar, quien le proporcionará los formularios que deberán ser completados por su proveedor de salud.
- **Alergia alimentaria:** Solicite a su proveedor de salud que complete la Declaración del Proveedor de Atención Médica para la Sustitución de Alimentos y entregue el formulario completo en la escuela.

Para obtener ayuda con el seguro médico, beneficios de SNAP o si tiene preguntas, llame a nuestra línea directa al (773) 553-KIDS (5437), visite www.cps.edu/oshw, o escriba a oshw@cps.edu.

Atentamente,

TaShunda Green, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Subjefa - Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles

Chicago Public Schools | STUDENT HEALTH AND WELLNESS

RENUEVA TU MEDICAID HOY

¡Mantén a tu familia fuerte y saludable!

Toma el control y aprovéchate de los beneficios de salud para el ciclo escolar entrante.

Estamos a tu disposición para ayudarte a:

- Hacerte una evaluación de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid y otros beneficios públicos
- Administrar tus beneficios en línea
- Notificar cambios (por ejemplo, ingresos, integrantes de la familia, dirección)
- Comprender las cartas que recibes relacionadas a tus beneficios

¡INFÓRMATE MÁS!

Llama a la Línea Directa de Healthy CPS al

773-553-KIDS (5437)

o visita cps.edu/cfbu

para ponerte en contacto hoy mismo con el coordinador de tu escuela local.

En asociación con:

HFS Illinois Department of Healthcare and Family Services

HealthChoice Illinois Illinois Department of Healthcare and Family Services

Formulario de información médica del estudiante 2025-2026

Chicago Public Schools

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

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

Por favor escriba en letra de molde.

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

SEXO (Escriba M / F / X / N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

# DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	# DE AULA

1. ¿SABE SI SU ESTUDIANTE POSEE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si su estudiante tiene una condición de salud, favor programar una cita con su personal de enfermería escolar. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

☐ Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique: _____

☐ Asma

Año diagnosticado _____

☐ Convulsiones/Epilepsia

Año diagnosticado _____

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

Año diagnosticado _____

☐ Anemia de células falciformes

Año diagnosticado _____

☐ Otro _____ Año diagnosticado _____

2. MI ESTUDIANTE TIENE UN MÉDICO DE CABECERA (PRIMARY DOCTOR) ☐ SÍ ☐ NO

Si tiene, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre _____ **Número de teléfono** _____

☐ **Doy permiso a que el personal de enfermería de la escuela de mi estudiante o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi estudiante.**

3. MI ESTUDIANTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO: ☐ SÍ ☐ NO

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

Este formulario NO reemplaza una orden médica, un plan de acción ni un plan de atención médica. Si su estudiante tiene una condición de salud como las mencionadas anteriormente, por favor visite cps.edu/oshw para consultar los formularios médicos requeridos por CPS para esa condición específica. Los formularios de salud de CPS deben ser completados por un profesional médico y entregados a la enfermera escolar para garantizar la salud y seguridad de su estudiante en la escuela. Si tiene preguntas sobre los formularios médicos requeridos, le recomendamos programar una llamada o reunión con la enfermera de su escuela.

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar.
Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal _____ **Fecha** _____ **Número de teléfono** _____

Firma del padre o tutor legal _____ **Correo electrónico** _____

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

Solo para las enfermeras **Revisado por (Iniciales)** _____ **Fecha** _____

Revisado en febrero de 2025

RETAIN IN THE STUDENT HEALTH RECORD

This page is intentionally left blank

Requisitos mínimos de salud 2025 - 2026

Chicago Public Schools

La evidencia muestra que los estudiantes saludables tienen mejores patrones de asistencia y rinden mejor académicamente. El estado de Illinois requiere que los padres y tutores legales den evidencia de haber obtenido las inmunizaciones y exámenes físicos requeridos antes del 15 de octubre de 2025, o su estudiante será excluido de la escuela. Para más información sobre los requisitos de salud de CPS, contacte al personal de enfermería de su escuela.

El seguro médico puede ofrecer a los estudiantes y sus familias cobertura de atención médica que puede ser utilizada para visitas al doctor, inmunizaciones, medicaciones, atención dental, exámenes oculares, lentes y más. Medicaid Insurance ofrece cobertura para los niños de Illinois, sin importar su estatus migratorio. Si le gustaría tener ayuda para inscribir a su niño en el programa de atención médica, llame a la línea directa de Healthy CPS, 773 553-KIDS (5437), o visite cps.edu/cfbu. Si necesita ayuda para encontrar un centro de salud cerca a usted, visite findahealthcenter.hrsa.gov.

Requisitos de examinación

Examen físico

Se debe al momento de matrícula o no más tarde del 15 de octubre de 2025.

- Debe ser completado durante los doce meses antes de entrar a prekínder, kínder, sexto grado, o noveno grado; también debe ser completado por cualquier estudiante que se integre a CPS por primera vez.

Examen ocular

Se debe al momento de matrícula o no más tarde del 15 de octubre de 2025 y debe ser proporcionado por:

- aquellos que estén entrando al estado de Illinois por primera vez, en cualquier grado y
- aquellos que estén ingresando a kínder.

Examen dental

Se debe no más tarde del 15 de mayo de 2026 para kínder, segundo grado, sexto grado y noveno grado.

Vacunas recomendadas

CPS recomienda que, si tiene preguntas sobre cuáles vacunas son las mejores para usted y su estudiante, favor de hablar con su doctor u otro profesional de salud que sepa de su historial médico.

VPH: Recomendada para prevenir algunos cánceres relacionados al virus de papiloma humano (VPH). Recomendada para jóvenes de once o doce años.

COVID-19: Ayuda a protegerle de enfermedades serias, la hospitalización, y otros efectos. Recomendada para toda persona de seis meses o más de edad.

Influenza: Se recomienda que toda persona de seis o más meses de edad obtenga una vacuna contra la influenza cada año.

Estas vacunas son recomendadas por proveedores médicos. En Illinois no son requeridas para que un niño pueda asistir a la escuela. Para más información, visite cps.edu/vaccine

Requisitos mínimos de salud 2025-2026

Chicago Public Schools

Requisitos de inmunización

Se deben tener al día al momento de matrícula o a más tardar el 15 de octubre de 2025.

Los Centers for Disease Control and Prevention (Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades o CDC) y la American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría o AAP) recomiendan que los niños se pongan al día con las vacunas de niñez rutinarias y así volver a andar en buen camino en cuanto a la escuela, el cuido y más allá. Asegurar que su estudiante esté al día con las vacunas recomendadas y las requeridas por la escuela es la mejor manera de protegerlos de una variedad de enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Las vacunas a continuación son requeridas por el estado de Illinois para todo estudiante que asista a la escuela, a menos de que se reciba un Formulario de Certificación de Exención Religiosa de Illinois.

Para saber más de cada tipo de vacuna, hable con el proveedor de atención médica de su estudiante o visite cdc.gov/vaccines/parents.

Difteria, pertussis, tétano

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Tres dosis de la vacuna DTP o DTap para el primer cumpleaños. Una dosis de refuerzo adicional para el segundo cumpleaños.
- **Comienzo de grado (kínder o primer grado):** Cuatro o más dosis de DTP o DTaP; la última, una dosis de refuerzo, debería ser obtenida en o después del cuarto cumpleaños.
- **Comienzo de grado (otros grados):** Tres o más dosis de DTP, DTaP o Td; la última dosis califica como una de refuerzo si se recibe al cumplir los cuatro años o después.
  - Para aquellos estudiantes menores de once años entrando al sexto grado: Una dosis de Tdap.
  - Una dosis de Tdap o DTaP administrada a los diez años o después ahora puede ser considerada como la dosis de refuerzo para adolescentes.
- **Intervalo mínimo entre dosis en la serie:** Cuatro semanas (28 días). Intervalo entre la serie y la dosis de refuerzo: seis meses.

Polio

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Dos dosis para el primer cumpleaños. Una dosis adicional para el segundo cumpleaños. Tres dosis, con los intervalos apropiados, para cualquier niño de veinticuatro o más meses de edad.
- **Comienzo de grado (kínder o primer grado):**
  - Todo niño que ingrese a kínder deberá mostrar evidencia de cuatro dosis, con la cuarta en o después del cuarto cumpleaños.
  - Según la serie de recuperación de terreno del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de los CDC (ACIP, según sus siglas en inglés), una cuarta dosis de la vacuna contra el polio no es necesaria si la tercera dosis fue administrada a los cuatro años o después y al menos seis meses después de la dosis previa.
- **Comienzo de grado (otros grados):**
  - Tres o más dosis de la vacuna contra el polio, con la última en o después del cuarto cumpleaños.
- El requisito de cuatro dosis aplica a los grados de kínder a octavo.
- **Intervalo mínimo entre las dosis de la serie:** Cuatro semanas (28 días)
- La cuarta dosis debe ser obtenida al menos seis meses después de la dosis previa.

Sarampión, paperas y rubéola

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Una dosis en o después del primer cumpleaños.
- **Kínder a duodécimo grado:** Dos dosis de la vacuna contra el sarampión/paperas/rubéola; la primera dosis debe haber sido recibida en o después del primer cumpleaños y la segunda no menos de cuatro semanas (28 días) después.
- La evidencia de haber contraído **sarampión** anteriormente será verificada por un médico y evidencia de laboratorio.
- La evidencia de haber contraído **paperas** anteriormente será verificada por un médico y evidencia de laboratorio.
- Evidencia de laboratorio de inmunidad a la **rubéola**.

Haemophilus influenzae de tipo B (HiB)

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Evidencia de inmunización que cumpla con las recomendaciones del ACIP para la vacunación contra el HiB. Los niños de 24 a 59 meses de edad sin una serie de vacunas completada deberán demostrar evidencia de haber recibido una dosis de la vacuna a los quince meses o después.
- **Kínder a duodécimo grado:** No se requiere para niños de cinco o más años de edad.

Enfermedades neumocócicas invasivas (PCV)

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Evidencia de inmunización que cumpla con las recomendaciones del ACIP para la PCV. Los niños de 24 a 59 meses de edad sin una serie primaria de vacunas PCV deberán demostrar evidencia de haber recibido una dosis de la vacuna después de los veinticuatro meses de edad.
- **Kínder a duodécimo grado:** No se requiere para niños de cinco o más años de edad.

Hepatitis B

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Tres dosis, con intervalos apropiados (ver dosis bajo intervalo mínimo). La tercera dosis debe haber sido administrada en o después de seis meses de edad.
- **Comienzo de grado (kínder o primer grado):** No es requerida de kínder a quinto grado.
- **Comienzo de grado (otros grados):** Los estudiantes que ingresen a CPS para el sexto a duodécimo grado necesitan haber recibido tres dosis de la vacuna contra el hepatitis B, administrada con intervalos apropiados.
- **Intervalo mínimo entre dosis:** El intervalo entre la primera y la segunda dosis debe ser de al menos cuatro semanas. El intervalo entre la segunda y la tercera debe ser de al menos ocho semanas. El intervalo entre la primera y la tercera dosis debe ser de al menos dieciséis semanas.
- La evidencia de vacunación puede ser sustituida por evidencia de infección previa o actual, si es verificada con evidencia de laboratorio.

Varicela (vacuna de varicela)

- **Niñez temprana (programas preescolares):** Una dosis en o después del primer cumpleaños.
- **Kínder a duodécimo grado:** Dos dosis para los estudiantes ingresando en todos los grados; la primera dosis debe haber sido en o después del primer cumpleaños y la segunda no menos de cuatro semanas (28 días) después.
- La evidencia de haber contraído **varicela** anteriormente será verificada por un médico y evidencia de laboratorio.

Meningitis (MCV4), (MenACWY)

Las vacunas MenACWY pueden ser administradas al mismo tiempo que las vacunas Men B, pero en otro lugar de la anatomía.

- **Comienzo de grado (otros grados):**
  - **Aplica a los estudiantes ingresando a los grados del sexto al undécimo:** Una dosis de la vacuna contra la meningitis.
  - **Estudiantes ingresando al duodécimo grado:** Dos dosis de la vacuna contra la meningitis.
- **Intervalos de administración mínimos:**
  - **Para aquellos ingresando en el sexto grado:** La primera dosis debe ser recibida en o después del undécimo cumpleaños.
  - Si fue vacunado anteriormente (entre los diez y los once años), siga las directrices del Departamento de Salud Pública de Illinois.
  - **Para aquellos ingresando en el duodécimo grado:** Se requiere la segunda dosis en o después de cumplir los dieciséis años y al menos ocho semanas después de la primera dosis.
  - Solo se requiere una dosis si la primera dosis fue recibida a los dieciséis años o después.

Directorio de centros de salud basados en la escuela (SBHC)

HEALTHY CPS
OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS

Centros de salud basados en la escuela de CPS - Abiertos a TODOS los estudiantes de CPS

BEETHOVEN ES *Friend Health*
Grand Boulevard (N9; N17)
25 W 47th St, Chicago, IL, 60609
312-682-6110
Horas: J-V: 8a-5p

CHICAGO VOCATIONAL HS *CFHC*
Avalon Park (N12; N17)
2100 E 87th St, Chicago, IL, 60617
773-768-5000
Horas: L-V: 8:30a-5:00p

DAVIS N ES *UI Health*
Brighton Park (N8; N16)
3050 W. 39th Pl, Chicago, IL, 60632
312-413-3090
Horas: L/Ma/Mi/V: 8:00a-4:30p, J: 10a-6p

DRAKE ES *UI Health*
Douglas (N9; N17)
2710 S Dearborn St, Chicago, IL, 60616
312-355-5746
Horas: L-V: 8a-4p

ENGLEWOOD STEM HS *UI Health*
Englewood (N11; N16)
6835 S Normal Blvd, Chicago, IL, 60621
312-355-5801
Horas: L-V: 8:00a-4:30p

FARRAGUT HS *LCHC*
South Lawndale (N7; N16)
2345 S Christiana Ave, Chicago, IL, 60623
872-588-3540
Horas: L-V: 8:30a-5:00p

JOHNSON ES *Erie Family Health Centers*
North Lawndale (N5; N15)
1420 S Albany Ave, Chicago, IL, 60623
312-666-3494
Horas: L-V: 8:00a-4:30p

JUAREZ HS *Alivio Medical Center*
Lower West Side (N7; N16)
1450 W Cermak Rd, Chicago, IL, 60608
773-579-2691
Horas: L/Mi/J: 8:30a-4:30p

MARINE LEADERSHIP AT AMES HS *PCH CHC*
Logan Square (N4; N14)
1920 N Hamlin Ave, Chicago, IL, 60647
Contacta: 773-772-7202
Horas: L-V: 9a-5p

MARQUETTE ES *Esperanza*
Chicago Lawn (N10; N16)
6550 S Richmond St, Chicago, IL, 60629
773-584-6200
Horas: L: 7:30a-5:00p, Ma: 7:30a-5:00p, Mi: 7:30a-5:00p, J (1, 3 del mes): 11:30a-6:30p, J (2, 4, 5 del mes): 7:30a-5:00p, V: 7:30a-1:00p, Sá (rotativo): 7:30a-3:30p

NOBLE-COMER *ACCESS*
Greater Grand Crossing (N12; N17)
7200 S Ingleside Ave, Chicago, IL, 60619
773-324-6942
Horas: L/Mi/V: 8:30a-5:00p, Ma/J: 9:30a-6:00p (horario abierto) el horario de programación varía

OROZCO *Alivio Medical Center*
Lower West Side (N7; N16)
1940 W 18th St, Chicago, IL, 60608
773-254-1400
Horas: L-V: 8:30a-4:15p

SIMPSON HS *RushU Medical Center*
Near West Side (N6; N15)
1321 S Paulina St, Chicago, IL, 60608
773-534-7202
Horas: L-J: 9:00a-3:30p, V: 9a-1p

STEINMETZ HS *PCC CWC*
Belmont Cragin (N3; N15)
3030 N Mobile Ave, Chicago, IL, 60634
773-622-5679
Horas: L-V: 8a-5p, Mi (3, 4 del mes): 9a-5p, J: 8a-8p (dependiendo de la disponibilidad del médico) Si el médico no está disponible, SBHC cerrará a las 5p el J.

WARD L ES *Erie Family Health Centers*
Humboldt Park (N5; N15)
646 N Lawndale Ave, Chicago, IL, 60624
312-666-3494
Horas: L/Ma/J/V: 8:00a-4:30p, Mi:10:00a-4:30p

Los SBHC ofrecen servicios que incluyen, entre otros: inmunizaciones y exámenes físicos.

Si ninguno de estos SBHC funciona con el horario de una familia, pueden ubicar un Centro de salud calificado federalmente (FQHC) en https://findahealthcenter.hrsa.gov/ donde se ofrecen los mismos servicios por código postal.

Comuníquese con https://www.cps.edu/services-and-supports/health-and-wellness/medical-food-benefits/ para obtener más información sobre los beneficios para los que su familia podría calificar, incluidos Medicaid, SNAP y TANF. Llame al 773-553-5437 para más información.

Los servicios de atención móvil de CPS están disponibles para proporcionar inmunizaciones y exámenes físicos (cuando estén disponibles) en nuestras escuelas primarias y secundarias/escuelas chárter aqui: https://events.juvare.com/IL-IDPH/jm7yr/.

Para obtener más información, llame al 773-553-5437 o envíe un correo electrónico a schoolhealth@cps.edu.

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

Estimado padre o tutor legal:

La salud dental es clave para el bienestar general de su estudiante. Para mantener una buena salud bucal, es importante que su estudiante tenga un examen dental al año y una limpieza cada seis meses. La ley del estado de Illinois exige que todos los niños en Kindergarten, 2.º, 6.º y 9.º grado se hagan un examen dental antes del 15 de mayo de cada año.

CPS y el Departamento de Salud Pública de Chicago han establecido una alianza para ofrecer servicios dentales de alta calidad a estudiantes que no tienen acceso a un dentista. Si su estudiante no tiene un dentista privado y no ha recibido atención dental en los últimos seis meses, le animamos a participar en el Programa Dental de CPS. Está diseñado especialmente para su estudiante.

Los servicios dentales están disponibles sin costo alguno; sin embargo, si su estudiante tiene seguro médico público (Medicaid), se utilizarán esos beneficios. El dentista visitará la escuela de su estudiante una vez durante el año escolar. El Programa Dental de CPS ofrece los siguientes servicios:

- Examen Dental
- Limpieza dental (si se necesita)
- Tratamiento con flúor (si se necesita)
- Selladores dentales (si se necesita)
- Referencias para tratamientos adicionales (si se necesita)

Para inscribir a su estudiante en el Programa Dental de CPS, complete y firme ambos lados de los siguientes dos formularios incluidos en este paquete y devuélvalos a la escuela lo antes posible:

1. ***Formulario de consentimiento dental, liberación de responsabilidad y autorización del programa de salud bucal escolar***
2. ***Formulario de autorización del programa de salud oral en la escuela - HIPAA***

Actualizaciones importantes del Programa Dental de CPS:

- Las caries son comunes en la infancia. Nuestro dentista cuenta con una alternativa segura sin dolor al tratamiento tradicional de caries llamada Fluoruro Diamino de Plata (SDF). El SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que ayuda a prevenir la formación, el crecimiento y la propagación de caries a otros dientes. El dentista simplemente aplica el SDF en los dientes posteriores. El diente tratado puede cambiar de color.
- La facturación paralela permite que los estudiantes con Medicaid reciban exámenes dentales tanto del programa escolar como de su dentista privado sin costo adicional para los padres.
- Si su estudiante ya recibió un examen dental en los últimos seis meses, solamente recibirá un examen dental y selladores dentales si son necesarios. No se hará una limpieza dental.

Si su estudiante tiene un dentista privado y no participará en el Programa Dental de CPS, solicite al dentista que complete el Formulario de Prueba de Examen Dental y devuélvalo a la escuela de su estudiante.

Para obtener ayuda con el seguro médico, beneficios de SNAP o preguntas sobre los servicios dentales, llame a nuestra línea directa al (773) 553-KIDS (5437), visite www.cps.edu/oshw o escriba a oshw@cps.edu.

Atentamente,

TaShunda Green, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Subjefa - Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles

Formulario de consentimiento dental, liberación de responsabilidad y autorización del programa de salud bucal escolar

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

GÉNERO (F / M / X / N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA

# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	GRADO	# DE AULA

NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR	MEDICAID/ALL KIDS — # DE BENEFICIARIO DE 9 DÍGITOS

TELÉFONO	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya número de unidad si corresponde)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SEGURO DENTAL PRIVADO — NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

SEGURO DENTAL PRIVADO — # DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA	# DE GRUPO	SEGURO DENTAL PRIVADO — # DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR ASEGURADO/A	FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ASEGURADO/A

Como padre, madre o tutor/a del estudiante mencionado anteriormente, entiendo que, a través del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el Programa de Salud Bucal Escolar de las Escuelas Públicas de Chicago (el "PROGRAMA"), dentistas o higienistas con licencia visitarán próximamente la escuela de mi estudiante o menor bajo mi tutela para evaluar su salud bucal, recopilar información sobre su estatura y peso, y hacer un EXAMEN O REVISIÓN DENTAL y, si es necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO CON FLÚOR, TRATAMIENTO(S) CON SDF, y SELLADORES DENTALES, SIN COSTO alguno para los estudiantes ni sus familias. Los selladores dentales, además del cepillado y uso regular del hilo dental, ayudan a proteger los dientes de su estudiante contra la CARIES. Los selladores son recubrimientos delgados de plástico que se aplican sobre la parte superior de las muelas para SELLAR los alimentos y gérmenes. Se colocan en dientes que no presentan caries visibles y no causan dolor. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN PERFORACIONES NI INYECCIONES.

Entiendo que, en consideración por la participación de mi estudiante o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA, y como se demuestra con mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de toda responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, a sus departamentos —incluido el Departamento de Salud Pública—, así como a sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes, y a la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados, de cualquier responsabilidad que pudiera recaer sobre mí o sobre mi estudiante o menor bajo mi tutela, por todas y cada una de las pérdidas, lesiones o daños, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, que surjan en relación con la participación de mi estudiante en el PROGRAMA, independientemente de si dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resultan total o parcialmente de negligencia por parte de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos (incluido el Departamento de Salud Pública), sus empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o por parte de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

También entiendo que, como se evidencia con mi firma a continuación, reconozco que un dentista o higienista con licencia que brinde atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento sin cobrar honorarios, en representación del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago, no es responsable por daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento bajo el Programa, excepto en casos de conducta intencional o negligencia grave. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago a compartir información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA ofrecidos a su estudiante, o menor bajo su tutela, por favor firme el Formulario de Autorización que se encuentra al reverso de esta página. Este formulario de consentimiento firmado tiene validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmado por el padre, madre o tutor/a del estudiante.

¿RAZA? (Por favor marque una opción)

☐ Blanco/a ☐ Negro/a ☐ Asiático/a ☐ Isleño/a del Pacífico ☐ Indígena Americano/a ☐ Nativo/a de Alaska ☐ Hispano/a

INFORMACIÓN MÉDICA:
¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si respondió SÍ: Por favor marque todas las condiciones que correspondan:

- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes
- ☐ Actualmente tiene soplo cardíaco
- ☐ Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
- ☐ Epilepsia
- ☐ Trastorno / enfermedad de la sangre
- ☐ Hepatitis

¿SU ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si respondió SÍ, por favor indique los medicamentos:

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA ALERGIA? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIA A LA PLATA? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si respondió SÍ, por favor indique las alergias:

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

Si respondió SÍ, por favor indique las condiciones:

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

Por favor firme al frente y al reverso

Como padre, madre o tutor/a del estudiante o menor mencionado/a anteriormente, autorizo la participación de mi hijo/a o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/revisión dental y, si es necesario, una limpieza dental, tratamiento con flúor y aplicación de selladores dentales, así como exámenes de control de calidad. Autorizo al proveedor dental a utilizar el número de Medicaid, ALL KIDS o seguro dental privado de mi hijo/a o menor únicamente con fines de facturación. Entiendo que, si no firmo este Formulario de Consentimiento Dental y Liberación de Responsabilidad, mi hijo/a o menor bajo mi tutela no recibirá ningún servicio bajo este programa.

X _____
Firma del Padre, Madre o Tutor/a

_____
Fecha

Chicago Public Schools

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS

Formulario de autorización del programa de salud bucal en la escuela - HIPAA

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

NOMBRE DE LA ESCUELA

NUEVA Autorización para el Uso de Fluoruro Diamino de Plata (SDF)

¡Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries!

BENEFICIOS DEL SDF: Las caries dentales son comunes en la infancia, pero ahora nuestros dentistas cuentan con una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales que requieren perforación: el Fluoruro Diamino de Plata (SDF). El SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que ayuda a prevenir que las caries se formen, crezcan o se propaguen a otros dientes. El dentista simplemente aplica el SDF en los dientes posteriores con un cepillo. Razones para evitar el tratamiento con SDF: alergia a la plata, antecedentes de llagas bucales o presencia de llagas dolorosas en las encías.

Antes de SDF

Despues de SDF

Alternativas

- Sin tratamiento: El diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de flúor, un empaste o corona, o la extracción del diente.

Riesgos

- El tratamiento con SDF puede no eliminar la necesidad de un empaste tradicional.
- Es normal que el SDF manche la caries de color marrón o negro — eso significa que el tratamiento está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y debería desaparecer en menos de una semana.
- El SDF puede causar un sabor metálico temporal.
- Para más información, escanee el código QR.

Consentimiento para el Tratamiento con SDF (Fluoruro Diamino de Plata)

Certifico que he leído y entiendo completamente la información sobre la(s) aplicación(es) propuesta(s) de Fluoruro Diamino de Plata (SDF), o que he hablado de este tratamiento con el proveedor de atención dental y he recibido respuestas a todas mis preguntas. Entiendo los posibles riesgos asociados con el tratamiento con SDF y confirmo que no tengo (o que el/la paciente a quien represento no tiene) contraindicaciones para su uso. Autorizo la aplicación del tratamiento con SDF.

X _____ _____

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para el Tratamiento con Fluoruro Diamino de Plata (SDF) **Fecha**

Autorización HIPAA

Al firmar a continuación, entiendo que estoy otorgando mi autorización al proveedor dental y al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) para usar y/o divulgar la información médica protegida de mi hijo/a o menor bajo mi tutela a las siguientes personas u organizaciones con fines de elaboración de informes, documentación de tendencias de salud bucal y facturación a Medicaid y subvenciones: Ciudad de Chicago, Departamento de Salud Pública, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602; Director/a de la escuela; Departamento de Servicios de Salud y Familia del Estado de Illinois, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL 62763; Departamento de Salud Pública de Illinois – Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2.º piso, Springfield, IL 62761; Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil, 42 West Madison, Chicago, IL 60602; Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC); Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, IL 60608; Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, IL 60647; Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302; y las unidades móviles dentales aprobadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

El Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización o a mi negativa a firmarla. Esta autorización es voluntaria, y puedo negarme a firmarla. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización pueda ser revelada nuevamente por el destinatario y que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) ni por las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta autorización por escrito enviando una notificación al Oficial de Privacidad HIPAA, City of Chicago, Department of Public Health, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602. La revocación no será efectiva respecto a las acciones realizadas antes de la revocación.

Esta autorización tendrá validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmada por el padre, madre o tutor/a legal del niño/a o menor bajo tutela.

X _____ _____

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para la Autorización HIPAA **Fecha**

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

Por favor firme al frente y al reverso

Chicago Public Schools

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS

El dentista debe llenar el formulario. Padres, favor de regresar el formulario a la escuela de su estudiante, o envíelo a healthforms@cps.edu

State of Illinois
Illinois Department of Public Health

Formulario de prueba del examen dental escolar

La ley de Illinois (Código de Examen de Salud Infantil, 77 Ill. Adm. Código 665) establece que todos los niños en el jardín de infantes y en segundo, sexto y noveno grado de cualquier escuela pública, privada o parroquial deben tener un examen dental. El examen debe haberse realizado en un plazo de 18 meses antes del 15 de mayo del año escolar. Un dentista autorizado debe completar el examen y firmar y fechar este Formulario de prueba de examen dental escolar. Si no puede obtener este examen obligatorio para su hijo, complete un Formulario de exención de examen dental por separado.

Este examen importante le permitirá saber si hay algún problema dental que requiera la atención de un dentista. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y estar preparados para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en etapas posteriores de la vida. Por este motivo, le agradecemos que contribuya a la salud y bienestar de su hijo.

Para que complete el padre, la madre o el tutor (en letra de imprenta):

Nombre del estudiante:	*Apellido*	*Primer nombre*	*Segundo nombre*	Fecha de nacimient *(Mes/Día/Año)*:
Dirección:	*Calle*	*Ciudad*		*Código postal*
Escuela:	*Nombre*	*Código postal*	Nivel escolar:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
Padre, madre o tutor:	*Apellido*	*Nombre*		

Raza/Origen étnico del estudiante:

☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ De Oriente Medio o norte de África ☐ Dos o más razas ☐ Desconocido

To be completed by the dentist:

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

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

Oral Health Status *(check all that apply)*

☐ Dental Sealants Present on Permanent Molars

☐ 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 first molars.

☐ 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.

☐ 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 the appointment date or date of the most recent treatment.

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

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

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

Office Address: _____ Office Phone: _____

Signature of Dentist: _____ License #: _____ Date: _____

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

Printed by Authority of the State of Illinois 2/25 IOCI 25-1275

RETAIN IN THE STUDENT HEALTH RECORD

Estudiantes en situaciones de viviendas temporales (STLS)

Aviso sobre los derechos de los estudiantes sin hogar

Chicago Public Schools

La Junta de Educación de la ciudad de Chicago (la Junta) proveerá un ambiente educativo que trate a todos los estudiantes que asistan a las Escuelas Públicas de Chicago con dignidad y respeto. Cada alumno en una situación de viviendas temporales 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;
- son abandonados en hospitales;
- viven en autos, parques, lugares públicos, edificios abandonados, casas en malas condiciones, estaciones de autobuses o trenes o lugares similares;
- son niños migrantes que viven en alguna de las condiciones mencionadas;
- son jóvenes que viven solos, 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 a 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 querella al Departamento de Estudiantes in Situaciones de Viviendas Temporales (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 asunto sea resuelto. Cada Escuela Pública de Chicago, incluyendo las escuelas charter, 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 aún cuando carezcan de registros de salud, de vacunas o escolares, o carezcan de pruebas de tutela o domicilio. “Matriculación” significa estar inscrito 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 inscritos (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).
- la escuela preescolar.

Permanecer inscritos en la escuela elegida durante el tiempo que permanezcan sin hogar, o se consigue vivienda permanente, hasta el fin del año académico.

Acceso a escuelas charter, de matrícula selectiva, magnet y todos los demás programas de CPS de la misma manera que los estudiantes que tienen hogar permanente; también tendrán acceso a ayuda con el proceso de inscripción, de ser solicitada.

Participar 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.

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

Servicios de transporte: Si los padres/cuidadores deciden que el estudiante continuará asistiendo 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 viviendas temporales, o, si el estudiante consigue alojamiento permanente, hasta el fin del año académico.

- **Los estudiantes elegibles recibirán 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 meriten transporte alternativo:**
  - Empleo de los padres/cuidadores, capacitación laboral o programa educativo.
  - Incapacidad mental y/o física de los padres/cuidadores.
  - Niños que necesiten 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 estudiante de la escuela.

Para obtener más información sobre los derechos de los estudiantes en situaciones de viviendas temporales en las Escuelas Públicas de Chicago, llame al programa STLS al **(773) 553-2242**, envíe un fax al **(773) 553-2182**, escriba un correo electrónico a STLSInformation@cps.edu, visite cps.edu/STLS o consulte los reglamentos de STLS en cps.edu/STLSpolicy.

Programa de la vista: Programe un examen ocular

HEALTHY CPS
OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS

Las Escuelas Públicas de Chicago colaboran con el Illinois Eye Institute en Princeton, Tropical Optical y Ageless Eye Care 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 su proveedor de salud.

Tropical Optical

Seleccione una de las siguientes ubicaciones

Por favor llame para una cita.

Para niños de 5 años en adelante.

Locales de Tropical Optical

6104 West Cermak Road, Cicero, IL 60804
llame al 708-780-0090

3624 West 26th Street, Chicago, IL 60623
llame al 773-762-5662

3205 West 47th Place, Chicago, IL 60632
llame al 773-247-2360

2767 North Milwaukee Avenue, Chicago, IL 60647
llame al 773-276-4660

9137 South Commercial Avenue, Chicago, IL 60617
llame al 773-768-3648

Illinois Eye Institute (IEI)

Lewenson Center
3241 South Michigan Avenue, Chicago, IL 60616

Por favor llame al 312-225-6200 para una cita.

Para niños de 3 años hasta la escuela secundaria.

Ageless Eye Care

329 W. 18th Street #311
Chicago, IL 60616

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

Para niños de 5 años hasta la escuela secundaria.

Para más información sobre el programa de visión de CPS, llame al **773-553-5437** o escriba al oshw@cps.edu.

Chicago Public Schools

HEALTHY CHICAGO
CHICAGO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

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

Estimado padre o tutor legal:

Tener una buena visión es esencial para el éxito escolar. El Programa de Visión de CPS ofrece a los estudiantes exámenes visuales y anteojos (si se necesitan) sin costo alguno. Si el estudiante no tiene seguro médico, tanto el examen visual como los anteojos se proveen sin costo para la familia. En caso de contar con seguro de salud, se facturará a la aseguradora correspondiente.

A continuación, se presentan algunas señales que podrían indicar que su estudiante necesita un examen de la vista:

- Mi estudiante va a ingresar a kindergarten o a una escuela de Illinois por primera vez (en cualquier grado)
- Mi estudiante no pasó la evaluación visual
- Mi estudiante tiene un IEP (Programa de Educación Individualizado)
- El maestro o maestra recomendó un examen de la vista
- Entrecierra los ojos
- Inclina la cabeza al mirar
- Se sienta muy cerca de la televisión o la pantalla
- Pierde el lugar al leer
- Se frota los ojos, tiene lagrimeo excesivo o dolores de cabeza

Todos los estudiantes de kindergarten y cualquier niño que ingrese por primera vez al Estado de Illinois deben hacerse un examen de la vista antes del 15 de octubre, según lo exige la ley estatal.

- Si su estudiante tiene un oculista privado, por favor pídale al especialista que complete el Informe de Examen de la Vista del Estado de Illinois, disponible aqui: https://drive.google.com/file/d/1f2uB3bMYIdJlOPctJ8uj-EZdqEm4Cv5t/view?usp=drive_link.
- Si su estudiante no tiene un oculista privado, puede participar en el Programa de Visión de CPS. A través de este programa, su estudiante recibirá un examen de la vista. Si necesita anteojos, un óptico le ayudará a elegir un armazón, y los anteojos se entregarán directamente en la escuela dentro de un plazo de cuatro semanas. Los estudiantes que reciban anteojos podrán solicitar un reemplazo por pérdida o daño durante los 12 meses posteriores al examen inicial. Si tiene seguro de visión privado o público (como Medicaid, Medicare o alguna Organización de Atención Administrada), se usará ese beneficio. Si no tiene seguro de visión, los servicios serán completamente gratuitos para la familia.

Para inscribir a su estudiante en el Programa de Examen Visual de CPS, complete el Formulario de Consentimiento para Servicios de Visión y el Formulario de Historial Médico del Estudiante. Si no desea que su estudiante participe en el programa, no necesita completar ni devolver los formularios a la escuela.

Si necesita ayuda con seguro médico, beneficios de SNAP o tiene preguntas sobre los servicios de visión, llame a nuestra línea directa al (773) 553-KIDS (5437), visite https://www.cps.edu/oshw o escriba a oshw@cps.edu.

Atentamente,

TaShunda Green, MSN, MBA, RN, NEA-BC
Subjefa - Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles

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

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

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S)	**NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**		
SEXO (Escriba M / F / X / N)	**FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE**	**NOMBRE DE LA ESCUELA**		
# DE ID DEL ESTUDIANTE	**GRADO**	**# DE AULA**		
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR	**CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE**			
TELÉFONO	**DIRECCIÓN DE DOMICILIO** (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**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**# DE GRUPO**	**# DE IDENTIFICACIÓN**
SEGURO MÉDICO DE LA VISTA	**NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**# DE GRUPO**	**# DE IDENTIFICACIÓN**

Como padre o tutor legal del estudiante que se menciona anteriormente, entiendo que este 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. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba un examen o un tratamiento de la vista.

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 estudiante, y que ni la Junta ni la escuela serán responsables por la calidad de dichos servicios o materiales.

Teniendo en cuenta los servicios y los materiales que recibirá mi estudiante, por la presente acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la cuidad 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 estudiante. También realizaré esto por todos los reclamos, las pérdidas, las lesiones, los daños que me ocurran a mí o a mi estudiante, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y los materiales recibidos por mi estudiante, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades que se deriven en su totalidad o en parte de la negligencia de la ciudad 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 (HFS, por sus siglas en inglés), o a cualquier otro seguro privado que sea actualmente aplicable para los servicios o materiales reembolsables.

Si usted NO desea que su estudiante 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 estudiante. 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 estudiante, creando así inseguridad cuando camine sin asistencia o cuando conduzca durante el resto del día.

☐ **Actualmente, SÍ doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi estudiante.**

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

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 estudiante 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) utilice las fotografías, la voz o la imagen de mi estudiante, pero que no usen el apellido de mi estudiante. Entiendo que no recibiré ninguna compensación, dinero ni reembolso por la participación de mi estudiante.

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

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 estudiante. 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 estudiante, 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 estudiante. También, autorizo a que CDPH divulgue a la Junta la información de mi estudiante, la fecha y el tipo de servicios de la vista provistos, ya sea si se le recomendó servicios de seguimiento 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 estudiante o a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles. El 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.

Por la presente, doy mi consentimiento a que un proveedor haga 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.

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

Firma del padre o tutor legal _____ **Fecha** _____

Firma del padre o tutor legal _____ **Fecha** _____

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS

Formulario de historial médico del estudiante para servicios de la vista

Chicago Public Schools

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

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA		¿USA SU ESTUDIANTE ANTEOJOS 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 estudiante no aprobó ☐ Amigo ☐ Otro Añada detalles _____

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES? (Marque todas las que apliquen)

☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Problemas genitourinarios ☐ Enfermedad cardíaca ☐ Problemas músculoesqueléticos

☐ Trastorno de déficit de atención ☐ Problemas endocrinos ☐ Glaucoma ☐ Alta presión arterial ☐ Problemas neurológicos

☐ Problemas de conducta ☐ Problemas gastrointestinales ☐ Problemas auditivos o de oídos ☐ Enfermedad mental ☐ Otra condicion _____

¿TOMA SU ESTUDIANTE ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Haga una lista de los medicamentos:

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIAS? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Haga una lista de las alergias:

¿USA SU ESTUDIANTE 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 ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

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

☐ Parche de ojo ☐ Pierde su lugar 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

☐ Otras _____

¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican)

☐ Usa lentes ☐ Glaucoma ☐ Ojo perezoso ☐ Alta presión arterial

☐ Ceguera ☐ Degeneración macular ☐ Diabetes ☐ Ojo desviado

☐ Enfermedad cardíaca ☐ Problemas cardiovasculares ☐ Problemas neurológicos ☐ Enfermedad mental

☐ Problemas músculo esqueléticos

¿TIENE SU ESTUDIANTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP O PLAN 504)? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI ESTUDIANTE 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 ☐ Matemáticas ☐ Ciencias Sociales ☐ Escritura ☐ Otra _____

¿ESTÁ RECIBIENDO SU ESTUDIANTE 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 ESTUDIANTE:

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

RETAIN IN A BINDER FOR 2 YEARS

El doctor debe llenar el formulario. Padres, favor de regresar el formulario a la escuela de su estudiante, o envíelo a healthforms@cps.edu

Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

Estado de Illinois
Informe del Examen de la Vista

La ley de Illinois requiere que se entregue a la escuela la prueba de un examen de la vista realizado por un optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realiza exámenes de la vista, a más tardar del 15 de octubre del año en que se inscribió al niño por primera vez o según lo exija la escuela para otros niños. El examen debe completarse dentro de un año antes del primer día del año escolar en que el niño ingresa al sistema escolar de Illinois por primera vez. El padre de cualquier niño que no pueda obtener un examen debe presentar un formulario de exención a la escuela.

Nombre del/la Estudiante _____
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____
(Día/Mes/Año)

Padre/Madre/Guardián _____
(Primer Apellido) (Nombre)

Teléfono _____
(Código de Área)

Dirección _____
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Condado _____

Para Ser Completado por el/la Doctora Examinadora

Historia del Caso

Fecha del Examen_____

Historia Ocular: □ Normal o Positivo para _____

Historia Médica: □ Normal o Positivo para _____

Alergias a Medicamentos: □ NKDA o Alérgico(a) a _____

Otra información_____

Examen

	Distancia			Cerca
	Derecho	Izquierdo	Ambos	Ambos
Agudeza visual no corregida	20/	20/	20/	20/
Mejor agudeza visual corregida	20/	20/	20/	20/

¿Se realizó la refracción con dilatación? □ Sí □ No

	Normal	Anormal	No se Puede Evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	□	□	□	_____
Examen interno (vítreo, lente, fondo del ojo, etc.)	□	□	□	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	□	□	□	_____
Función binocular (estereopsis)	□	□	□	_____
Acomodación y vergencia	□	□	□	_____
Color de la visión	□	□	□	_____
Evaluación de glaucoma	□	□	□	_____
Evaluación oculomotora	□	□	□	_____
Otro_____	□	□	□	_____

NOTA: "No se Puede Evaluar" se refiere a la incapacidad del niño para completar el examen, no a la incapacidad del médico para realizar el examen.

Diagnosis

□ Normal □ Miopía □ Hipermetropía □ Astigmatismo □ Estrabismo □ Ambliopía

Otro_____

Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

Estado de Illinois
Informe del Examen de la Vista

Recomendaciones

1. Lentes Correctivos: □ No □ Sí, se deben usar anteojos o lentes de contacto para:
   □ Desgaste constante □ Visión cercana □ Visión lejana
   □ Pueden ser removidos para educación física

2. Se recomienda un asiento preferencial: □ No □ Sí
   Comentarios

3. Se recomienda una reevaluación: □ 3 meses □ 6 meses □ 12 meses
   □ Otro _____

4. _____

5. _____

Nombre en letra de imprenta _____
Optometrista o médico (como un oftalmólogo) que realizó el examen ocular □ MD □ OD □ DO

Número de Licencia_____

Dirección

Teléfono _____

Consentimiento del Padre/Madre/Tutor
Acepto divulgar la información anterior sobre mi hijo/a o dependiente a las autoridades escolares o de salud apropiadas.

_____
(Firma del padre o tutor)

_____
(Fecha)

Firma_____ Fecha _____

(Fuente: Modificado en 32 Ill. Reg. _____, efectivo _____)

Impreso por la Autoridad del Estado de Illinois IOCI 15-391

Para estudiantes con asma

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

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. Todos los estudiantes, incluidos aquellos con asma, deberían sentirse seguros y apoyados en la escuela.

Por favor use los formularios en este paquete para informar a la escuela sobre la condición asmática de su estudiante. 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**.
- **Original (o copia clara) del envase del medicamento para el asma o la etiqueta de la farmacia que contiene la información de su estudiante.**

PROCESO ANUAL DE REPORTE Y VERIFICACIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS DE CPS

1 **Complete los formularios necesarios.**
Obtenga los formularios en cps.edu/medicalforms.

2 **Pidale a su medico que complete y firme los formularios.**
Para aceder o usar beneficios medicos, comuniquese con nosotros al 773-553-KIDS o visitenos en cps.edu/cfbu.

3 **Traiga los formularios firmados y la medicación del estudiante (con etiquetas de receta) a su escuela para que sean revisados por la enfermera escolar.**

4 **Contacte su enfermera escolar para completar un plan 504.**
El plan 504 es un documento legal que garantiza que el estudiante esté seguro y apoyado en la escuela.

Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles al 773-553-KIDS (5437)

Chicago Public Schools

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

Si su estudiante tiene una condición médica crónica, siga los siguientes cuatro pasos:

- Cualquier estudiante con asma, alergias alimentarias, diabetes o cualquier otra condición crónica tiene derecho a un plan de Sección 504 para que se sienta respaldado durante el día de clases.
- Un plan de Sección 504 designa los cambios que la escuela debe hacer para ayudar a su estudiante a tener éxito en ella.
- Para más información, contacte a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles al cps.edu/oshw o al **(773) 533-KIDS (5437)**.

Chicago Public Schools

Para estudiantes con asma

HEALTHY CPS
— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ASMA 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 dado el medicamento.

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

- Si un estudiante tiene dificultad para respirar y no tiene un Plan de Acción para el Asma, 504, o IEP, o si tiene un plan pero no tiene acceso a su inhalador, se le administrará el inhalador de reserva. Todas las escuelas de CPS y Charter tienen Albuterol en inhalador HFA disponible.
- Si el medicamento no funciona, se llamará al 911. Los padres serán contactados después de llamar al 911.

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

La escuela seguirá el protocolo de inhalador de reserva de CPS en caso de que un estudiante sin un Plan de Acción para el Asma sufra un ataque de asma. Si los síntomas no se resuelven, se llamará al 911. Los padres o tutores siempre serán notificados si su estudiante recibe tratamiento con el inhalador de reserva y/o si se llama 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.
- Un Plan 504 no significa que el estudiante tenga una discapacidad. El plan 504 describirá los cambios necesarios que una escuela debe hacer para que su estudiante esté seguro en la escuela.

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

- Lea sobre la Política de Asma de CPS en **cps.edu/sites/cps-policy-rules/policies/700/704/704-12/.**
- Visite el sitio web de la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles en cps.edu/oshw.
- Hable con la enfermera de la escuela de su hijo.
- Póngase en contacto con la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles en **oshw@cps.edu.**

Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos

Chicago Public Schools

Este formulario debe ser completado si un padre, madre, tutor/a o estudiante solicita sustituciones en el menú del comedor escolar debido a una necesidad médica del estudiante (por ejemplo, alergia alimentaria, intolerancia u otra discapacidad física o mental).

Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), un estudiante con alergias alimentarias puede ser considerado como una persona con una discapacidad física o mental que limita de manera significativa una o más actividades importantes de la vida diaria.

Las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) participan en programas federales de nutrición infantil que ofrecen comidas y leche a los estudiantes. Si un médico documenta una necesidad dietética especial, se deben hacer cambios en las comidas.

Pida al médico de su hijo que complete este formulario y lo entregue a la enfermera de la escuela, junto con un Plan de Acción para Alergias Alimentarias (cps.edu/healthforms).

¿SU HIJO COME O PLANEA COMER LAS COMIDAS DE LA ESCUELA? ☐ SÍ ☐ NO

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DE LA ESCUELA	DIRECCIÓN DE ESCUELA

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O TUTOR LEGAL	TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Esta sección debe ser completada por un profesional de la salud con licencia estatal (autorizado para emitir recetas médicas) o por un dietista registrado.

1. DESCRIBA LA DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL DEL ESTUDIANTE Y CÓMO RESTRINGE SU DIETA Y/O SU ACCESO A LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN..

2. ¿HAY ALGÚN ALIMENTO Y/O INGREDIENTE QUE DEBA EVITARSE? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió SÍ, por favor enumere los alimentos y/o ingredientes que deben evitarse.

3. ENUMERE LAS ALTERNATIVAS QUE PUEDEN PROPORCIONARSE PARA LOS ALIMENTOS O INGREDIENTES MENCIONADOS.

4. ENUMERE CUALQUIER OTRA MODIFICACIÓN Y/O SERVICIO ADICIONAL NECESARIO PARA ATENDER LA DISCAPACIDAD DEL ESTUDIANTE DURANTE LAS HORAS DE COMIDA.

5. FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD **FECHA**

SCHOOL USE ONLY:
A copy of this form must be shared with the school nurse and emailed to food@cps.edu with a school nurse's signature.

School Nurse Name and Email

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

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

CONTACT FOOD@CPS.EDU WITH QUESTIONS

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

RETAIN IN THE STUDENT CUMULATIVE FOLDER

This page is intentionally left blank

Formulario de información de emergencia y salud

Chicago Public Schools

PADRES Y 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.

NOMBRE DE LA ESCUELA	#ID ESTUDIANTE

APELLIDO DE ESTUDIANTE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

FECHA DE NACIMIENTO	AULA #	TELÉFONO DEL DOMICILIO

CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 1

Llene estas casillas solamente si (1) reflejan la situación actual de vivienda del niño; O **(2)** si reflejan 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:

- ☐ automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda subestándar u otro lugar público
- ☐ hogar compartido
- ☐ hotel, motel, parque de caravanas o espacio para acampar
- ☐ refugio
- ☐ alojamiento transitorio

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

CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 2

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

¿Existe actualmente una orden inhibitoria o orden judicial vinculada a este estudiante?
☐ **SÍ** ☐ **NO**

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

INFORMACIÓN SOBRE PADRES/TUTORES LEGALES Y CONTACTOS DE EMERGENCIA: *Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.*

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO ☐ Contacto del DCFS	PADRE O TUTOR CONTACTO ☐ Contacto del DCFS	PADRE O TUTOR CONTACTO ☐ Contacto del DCFS
Nombre y apellidos 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	☐ 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 primario	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo
Teléfono secundario	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo
Teléfono terciario	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo	☐ celular ☐ de domicilio ☐ de trabajo
Correo electrónico			
**** Idioma para comunicación***			
Requiere traductor	☐ **SÍ** ☐ **NO**	☐ **SÍ** ☐ **NO**	☐ **SÍ** ☐ **NO**

* 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 el inglés y el español (nota: otros idiomas según disponibilidad).

Nombre del familiar, vecino amigo de familia o adulto de confianza que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #

DIRECCIÓN DEL 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: ☐ **SI** ☐ **NO**

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

TELÉFONO #

SEGURO MÉDICO 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 médico privado o proporcionado por el patrono: no se necesita información adicional

NIÑO 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**

Firma del padre o Tutor _____ **Fecha** _____

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

RETAIN 1 YEAR AFTER SUPERSEDED OR STUDENT HAS PERMANENTLY WITHDRAWN

This page is intentionally left blank

Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela

Chicago Public Schools

Estimado padre, tutor legal o estudiante de dieciocho o más años:

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 de boletas de calificaciones, giras escolares, 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 que dé su consentimiento a continuación.

En caso de emergencia, usted será informado por medio de los números de contacto provistos, sin importar que haya dado o no el consentimiento. Estos casos incluyen 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 la escuela tenga las versiones actualizadas de estos números.

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

Al firmar este formulario usted estará autorizando a las Escuelas Públicas de Chicago para que usen un sistema automático de distribución periódica de llamadas informativas o mensajes de texto a los teléfonos provistos abajo. Si cambia su número telefónico, o no desea recibir más llamadas automáticas y textos, usted acuerda avisar inmediatamente a las Escuelas Públicas de Chicago. Al firmar abajo, usted acepta 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.

☐ **SÍ 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 en letra de molde:

Apellido(s) del estudiante | **Nombre** | **Segundo nombre** | **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**

Nombre en letra de molde del padre, tutor legal o estudiante de 18 o más años de edad

Nombre de la escuela | **Grado** | **Número de ID del estudiante**

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

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

PRIORIDAD #1

Apellido(s) | **Nombre**

Teléfono principal ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono secundario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono terciario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

PRIORIDAD #2

Apellido(s) | **Nombre**

Teléfono principal ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono secundario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono terciario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

PRIORIDAD #3

Apellido(s) | **Nombre**

Teléfono principal ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono secundario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

Teléfono terciario ☐ Celular ☐ Teléfono del hogar ☐ Teléfono del trabajo

RETAIN IN THE STUDENT CUMULATIVE FOLDER

This page is intentionally left blank

Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación

Consentimiento/relevo

Por la presente autorizo que mi estudiante sea fotografiado, grabado digitalmente, grabado en video, audio o entrevistado por la Junta de Educación de Chicago ("la Junta") o por los medios noticieros cuando la escuela esté en sesión — ya sea en persona o presentada de forma remota — o cuando mi estudiante se encuentre bajo la supervisión de la Junta. También autorizo que dichas fotografías, grabaciones digitales o análogas — en video o audio —, o entrevistas sean compartidas con terceras partes que hayan recibido autorización escrita de la Oficina de Comunicaciones. Comprendo que la Junta quizás quiera celebrar los logros y el trabajo de mi estudiante en el transcurso de las actividades anteriormente descritas; por lo tanto, también autorizo a la Junta a divulgar información sobre el nombre de mi estudiante, sus premios académicos y no académicos, e información relacionada con su participación en actividades, organizaciones y deportes auspiciados por la escuela.

También autorizo a la Junta a utilizar el nombre, la imagen, la voz, fotografías u obras creativas de mi estudiante en el internet o un CD o cualquier otro medio electrónico, digital o impreso, que puede incluir rótulos o pancartas de reconocimiento exhibidos en, cerca de o alrededor del edificio o comunidad escolar. Comprendo y consiento a que la Junta o sus representantes autorizados mantengan el derecho a utilizar cualquier material capturado en medios digitales o impresos (incluidos video, audio, fotografías o la imagen) para cualquier propósito establecido o relacionado a lo anteriormente dicho. Este material también puede ser utilizado por el Distrito en años siguientes.

Como padre o tutor legal del estudiante, consiento en relevar, indemnificar y mantener libre de culpa a la Junta, sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de cualquier reclamo, demanda, acción, querella, o cualquier otra forma de responsabilización que surja por razón de o sea causada por el uso del nombre, la imagen, la voz, fotografías u obras creativas de mi estudiante, sea en televisión, radio o películas; en el Internet o cualquier archivo digital, o en cualquier otro medio electrónico/digital o impreso; o en relación a la participación de mi estudiante en eventos escolares o actividades celebratorias virtuales.

También se entiende y estoy de acuerdo en que la participación de mi estudiante en las actividades anteriormente mencionadas, o el uso antes mencionado del nombre, la imagen, la voz, fotografías u obras creativas de mi estudiante, no resultará que se deba en cualquier momento dinero alguno, o cualquier otro tipo de consideración, a mí o mi estudiante, o a nuestros herederos, agentes o cesionarios. Esto incluye reembolsos por gastos incurridos por mí o mi estudiante.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización mediante una comunicación por escrito al director escolar. También comprendo que mi consentimiento es válido por un año escolar, que incluye el verano que le sigue.

Instrucciones: Marque la caja #1 o caja #2

☐ **1. Autorizo lo señalado anteriormente en la sección "Consentimiento/relevo".**

☐ **2. NO CONSIENTO a lo señalado anteriormente en la sección de "Consentimiento/relevo".**

Por favor escriba en letra de molde:

Apellido(s) del estudiante | **Nombre** | **Segundo nombre** | **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)**

Nombre en letra de molde del padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más

Nombre de la escuela | **Grado** | **Número de ID del estudiante**

Firma de padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más | **Fecha**

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

Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar el expediente de mi estudiante, disputar el contenido de dicho expediente y limitar mi autorización a los expedientes designados o porciones de información designadas en el expediente. Departamento de Políticas y Procedimientos Educativos, 1 de junio de 2020.

This page is intentionally left blank

Hoja informativa sobre el bloqueo de información

Departamento de Políticas y Procedimientos

Chicago Public Schools

Esta hoja informativa para estudiantes y padres ofrece instrucciones sobre cómo usar el "Formulario para el bloqueo de información" y evitar la divulgación de la información de directorio de su estudiante. 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), la *Ley de 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 estudiante, 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 al momento de la matrícula o para el 1 de diciembre.

¿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 soliciten. Todos los pedidos de partes externas relacionadas con investigación son analizados por la Oficina de Medidas e Investigaciones de la Calidad Escolar o la Oficina de Éxito Universitario y Profesional, 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 completo del estudiante; nombres de los padres; dirección domiciliaria; número de teléfono del hogar; fecha de nacimiento; nivel de grado; fechas de asistencia; fotografías escolares o su escuela de CPS más reciente.

¿Cómo completo el proceso para optar por la no divulgación?

El padre o tutor legal, o el estudiante de 18 años de edad, **deben llenar anualmente este formulario y entregarlo al oficinista de la escuela en el momento de la matrícula o registro**. El formulario completado debe ser entregado a la escuela anualmente, no mas tarde del 1 de diciembre. Si usted tiene más de un estudiante 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 o tutores legales de estudiantes de UNDÉCIMO Y DUODÉCIMO GRADO SOLAMENTE:

Por ley, si reclutadores militares solicitan información de contacto (nombre, dirección, teléfono) de estudiantes del undécimo o duodécimo 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, u otros, según se solicite.

¿Preguntas o preocupaciones?

De tener alguna pregunta sobre la política de CPS relacionada con la divulgación de información de los estudiantes a terceras partes, reclutadores o universidades, favor contactar a policy@cps.edu.

Formulario para el bloqueo de información

Departamento de Políticas y Procedimientos

Chicago Public Schools

Complete este formulario solo si desea bloquear alguna de la información indicada.

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 oficinista de su escuela al momento de la matricula o inscripción. Si no presenta un formulario completo para optar por la no divulgación, la información de directorio de su estudiante puede ser revelada por CPS a reclutadores o partes externas, cuando la soliciten. Si usted presenta este formulario pero no señala por lo menos un encasillado, la información de directorio de su estudiante puede ser divulgada reclutadores o partes externas que la soliciten. Si tiene más de un estudiante en escuelas de CPS, debe presentar un pedido separado por cada uno.

Por favor escriba en letra de molde o con computadora.

Apellido(s) del estudiante | **Nombre** | **Segundo nombre** | **Número de ID (ocho dígitos)** *Este número es obligatorio*

Nombre de la escuela | **Fecha**

PARA TODOS LOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS PRIMARIAS, INTERMEDIAS Y SECUNDARIAS.

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

SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE UNDÉCIMO Y DUODÉCIMO GRADO DE ESCUELA SECUNDARIA

Usted puede prohibir la divulgación de la información de contacto específicamente a reclutadores militares, colegios y universidades, o ambos, señalando las casillas de abajo.

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

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

Apellido(s) | **Nombre** | **Segundo nombre**

Relación con estudiante: Elija uno

☐ **ESTUDIANTE**

☐ **PADRE O TUTOR LEGAL**

Firma

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

RETAIN IN THE STUDENT CUMULATIVE FOLDER

Formularios de información de ingresos familiares 2025-2026

Chicago Public Schools

El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre los ingresos 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 **30 de octubre de 2025.**

Schools — Please enter into ODA by **November 20, 2025.**

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	SEGUNDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA	# DE ID DEL ESTUDIANTE	¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET EN SU DOMICILIO? ☐ SÍ ☐ NO

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

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

¿HIJO DE CRIANZA?	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR — Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					
☐	☐					

PARTE 3: Estudiante sin hogar, fugitivo o inscrito en el programa Head Start

☐ SIN HOGAR
☐ FUGITIVO
☐ HEAD START

Firma del intermediario del estudiante sin hogar, 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 se limitan a, fondos de bienestar social, manutención de menores, jubilación, Seguro Social, compensación al trabajador o desempleo.

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS — Nombre	Inicial	Apellido(s)	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 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 que intencionalmente brindar información falsa podría resultar en mi enjuiciamiento.. 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(s) 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.

RETAIN IN FIIF FOLDER FOR 4 YEARS

Formularios de información de ingresos familiares 2025-2026

Chicago Public Schools

PARTE 7: Identidades raciales y étnicas de los estudiantes *(opcional)*

MARQUE UNA:

- ☐ Hispano/Latino
- ☐ No hispano/Latino

MARQUE UNA O MÁS:

- ☐ Asiático
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Nativoamericano 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 la fecha de nacimiento de cada estudiante. 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 la 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 la casilla y firme.

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

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN ESTUDIANTE SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO O EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante.

Avance a Sección 3: Marque la casilla que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de estudiantes 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 la casilla y firme.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI ESTÁ 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 los nombres y fechas de nacimiento de sus estudiantes y marque la casilla "¿Hijo de Crianza?" al lado de los nombres de sus hijos 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 la casilla 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 los nombres y fechas de nacimiento de sus estudiantes y marque la casilla "¿Hijo de Crianza?" al lado de los nombres de sus hijos de crianza.

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 la casilla y firme.

Sección 6: Firme el formulario.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. 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 el nombre y los apellidos de cada persona que viva en su hogar que reciba 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 la casilla que indique la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

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 la casilla y firme.

Sección 6: Firme el formulario.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan 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** _____

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

RETAIN IN FIIF FOLDER FOR 4 YEARS