



2020-2021

LISTA DE VERIFICACION PARA LOS PADRES

TODOS LOS PADRES DEBEN COMPLETAR

- Formulario de Información Médica del Estudiante 2020-2021Página 5
- Solicitud de Información de Emergencia y Salud.Página 25
- Formulario de Consentimiento de Mensajería Escolar.Página 27
- Consentimiento de Prensa y Dispensa de Responsabilidad.Página 29
- Formularios de Información de Ingresos Familiares.Página 31

Los padres deben completar si quieren servicios dentales y / o de la vista para estudiantes

- Formulario de Consentimiento Odontológico y de Autorización.Página 9
- Formulario de Consentimiento de Vista e Historial Médico del Alumno.Página 13

EL DOCTOR debe completar los formularios y los padres deben regresar al secretario de la escuela

- Formulario de Prueba de Examen Dental – Estudiante con doctores privados.Página 15
- Informe del Examen Ocular del Estado de Illinois - Estudiante con doctores privados. .Página 16
- Plan de Acción para el Asma – Para estudiantes con asma, consulte con el secretario de la escuela o enfermeraPágina 19
- Declaración de su Proveedor Médico para la Sustitución de Alimentos - Para estudiantes con alergias alimentarias, consulte con el secretario de la escuela o enfermer.Página 21



Tabla de Contenidos

• Carta de Introducción para Padres	3
• Requisitos Mínimos de Salud	4
• Formulario de Información Médica del Estudiante	5
• Información para el Registro de Benéficos (Medicaid y SNAP)	7
• Carta para Padres del Programa Dental	8
• Formulario de Consentimiento de Examen Dental	9
• Servicios de Visión Disponibles.....	11
• Carta para Padres Sobre el Programa de Visión.....	12
• Formulario de Consentimiento para el Examen de Vista.....	13
• Prueba de Examen Dental	15
• Informe del Examen Ocular del Estado de Illinois.....	16
• Información Sobre el Asma y las Preguntas Más Frecuentes	17
• Plan de Acción para el Asma	19
• Declaración del Proveedor de Atención Médica para la Sustitución de Alimentos.....	21
• Carta de HPV.....	23
• STLS Aviso Sobre Derechos De Los Estudiantes Sin Hogar.....	24
• Solicitud de Información de Emergencia y Salud.....	25
• Formulario de Consentimiento de Mensajería Escolar	27
• Consentimiento de Prensa y Dispensa de Responsabilidad.....	29
• Formularios de Información de Ingresos Familiares.....	31



Office of Student Health and Wellness
42 W. Madison St., Chicago, IL 60602

Estimados padres y familias:

La salud y la seguridad de sus hijos es siempre nuestra máxima prioridad, especialmente durante una emergencia de salud pública. Todos los niños tienen el derecho fundamental a una atención médica de alta calidad. Queremos que nuestros estudiantes tengan acceso a proveedores médicos que se especialicen en la atención preventiva y que puedan tratar las condiciones crónicas y los asuntos médicos de los niños.

En las CPS, nos comprometemos a proporcionar acceso a los servicios médicos y dentales para todos los estudiantes que los necesiten. Nuestro distrito también recopila información médica clave anualmente, con el fin de garantizar que podemos satisfacer las necesidades específicas de salud y seguridad de todos los niños. Esta información se mantiene en los archivos de la escuela de su hijo, y se mantendrá confidencial.

Por favor lea todo este paquete cuidadosamente para informarse de nuestros requisitos de salud y servicios. Se les requiere a todos los padres y tutores que entreguen los siguientes formularios a la oficinista de su escuela lo antes posible.

- Información médica del estudiante 2019-2020 (Student Medical Information 2019-2020)-página 5
- Solicitud de información de emergencia y salud (Request for Emergency and Health Information)-página 25
- Formulario de consentimiento para recibir mensajes escolares (School Messaging Consent Form)-página 27
- Formulario de consentimiento de prensa y divulgación de información (Media Consent Form and Release)-página 29
- Formularios de información de ingreso familiar (Family Income Information Forms)-página 31

Para obtener información sobre nuestros servicios dentales y de la vista para todos los estudiantes, lea las páginas 8 y 12. Los formularios de consentimiento para inscribir a su hijo en esos servicios se encuentran en las páginas 9 y 13. Si su hijo acude a un dentista u oftalmólogo privado, asegúrese de que los doctores rellenen los formularios de las páginas 15 y 16.

Se le requiere que tome medidas adicionales si su hijo tiene las siguientes condiciones:

- **Enfermedades crónicas:** consulte con el enfermero de su hijo, quien le dará a usted formularios que deberían ser rellenos por su doctor.
- **Alergia alimentaria:** pídale al doctor que rellene el formulario de declaración médica para la sustitución de alimentos (Healthcare Provider Statement for Food Substitution Form) que se encuentra en la página 21. Luego, entregue el formulario relleno en la escuela de su hijo.
- **Asma:** pídale a su doctor que rellene el plan de acción para el asma (Asthma Action Plan) que se encuentra en la página 19. Luego, entregue el formulario relleno en la escuela de su hijo.

Estamos aquí para ayudar que su hijo permanezca saludable y seguro este año escolar. Para obtener ayuda de cómo inscribirse a un programa de seguro médico y a beneficios de SNAP, llame a la línea directa al (773) 553-KIDS (5437), o visite al www.cps.edu/health para más información. Si tiene alguna pregunta o inquietudes, comuníquese con la gerente de proyectos Katheryn Stafford- Hudson al (773) 535-8675 y al kgstafford-h@cps.edu.

Cordialmente,

Dr. Kenneth L Fox
Jefe de Salud
Escuelas Públicas



Requisitos Mínimos de Salud 2020-2021

La evidencia muestra que los alumnos saludables tienen mejores patrones de asistencia y rinden mejor académicamente. Los siguientes requisitos de salud se aplican a todos los niños matriculados en escuelas públicas de Chicago. **Los niños deben presentar prueba de las vacunas exámenes de salud requeridos antes del 15 de octubre de 2020 o pueden ser excluidas de la escuela.**

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

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

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

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

Vacuna Recomendada

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

www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/public/index.html

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

EXÁMENES REQUERIDOS

Examen físico requerido al matricularse, o antes del **10/15/20**

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

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

Examen de la Vista requerido al matricularse, **no más tarde del 10/15/20**

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

~~Examen Dental~~ requerido al **5/15/21** para jardín de infantes, 2º, 6º, Y 9º grado.

REQUISITOS DE VACUNAS

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

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

Polio

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

Sarampión, Paperas y Rubéola

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

Hepatitis B

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

Varicella (Chicken Pox)

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

Influenza, Tipo B (HIB)

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

Enfermedades neumocócicas (PCV)

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

Meningitis (MCV4)

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



Información médica del estudiante 2020 – 2021

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

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Número de identificación del estudiante _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____

1. Por favor indique abajo el estado de salud de su hijo

Mi hijo no tiene condiciones de salud.

Mi hijo tiene condición(es) de salud. Por favor marque todo lo que aplique:

Alergias (alimentarias u otras) – por favor especifique: _____

Asma Año diagnosticado: _____

Diabetes – por favor circule el tipo: Tipo 1 Tipo 2 Año diagnosticado: _____

Convulsiones/Epilepsia Año diagnosticado: _____

Anemia de células falciformes Año diagnosticado: _____

Otro: _____ Año diagnosticado: _____

2. Mi hijo(a) tiene un médico de cabecera (primary doctor) SÍ NO

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

Nombre: _____ *Número de teléfono:* _____

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

3. Mi hijo está cubierto por un seguro médico SÍ NO

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

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

Nombre del padre (Con letra imprenta): _____ Fecha: _____ ^c

Firma del padre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR

SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA CONDICIÓN DE SALUD, LOS PADRES DEBEN HACER UNA CITA CON LA ENFERMERA ESCOLAR

SOLO PARA LAS ENFERMERAS

Reviewed by:
Date and Initial _____



HEALTHY CPS

— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

SER SALUDABLE ES... ¡hacerse exámenes de rutina!

Hacerse exámenes de rutina es importante, tanto como conectar a su familia con un hogar médico donde pueda conocer médicos y enfermeras confiables que conozcan el historial de su hijo y lo ayuden con sus necesidades de atención de salud.

TENER UN HOGAR MÉDICO PERMITE QUE UN MÉDICO »



Se asegure de que su hijo esté dentro de los **parámetros adecuados de estatura y peso.**



Examine la **visión y audición de su hijo** para garantizar su éxito académico.



Detecte **enfermedades** como diabetes, asma, enfermedades del corazón y trastornos en el desarrollo.

La Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil (OSHW, por sus siglas en inglés) puede ayudarle a solicitar un seguro médico gratuito o de bajo costo (Medicaid), así como los servicios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés). Nosotros nos encargamos de:

- ▶ Guiarlo paso a paso para que solicite el seguro médico (Medicaid) y los servicios del SNAP.
- ▶ Ayudarlo a comprender su elegibilidad y los documentos necesarios para hacer la solicitud.
- ▶ Brindarle asistencia respecto a la renovación de su seguro médico o sus beneficios del SNAP.
- ▶ Ayudarlo a conectarse con un plan de salud, un médico de atención primaria y un hogar médico.

**¡LA BUENA SALUD NO DA ESPERA!
¡SOLICITE SU CITA HOY! »**

- ① Llame a la línea **773-553-KIDS (5437)**
- ② Visite **CPS.EDU/HEALTH**

NOTA: en Illinois, los niños pueden ser considerados para el seguro médico de bajo costo/gratuito. Independientemente de su estado migratorio.

La Unidad de Beneficios para Niños y Familias (CFBU, por sus siglas en inglés) de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) es financiado por el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.



HEALTHY CPS

— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —





**Office of Student Health and
Wellness 42 W. Madison St.,
Chicago, IL 60602**

Estimado padre / tutor legal:

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

El Programa Dental de CPS ofrece los siguientes servicios.

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

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

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

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

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

Si su hijo ya tiene dentista, no necesita recibir servicios dentales en la escuela. Por favor solicite a su dentista que complete el formulario del Informe de Examen Dental de Illinois y devuélvelo a su escuela. El formulario se puede encontrar en la página 15. También puede encontrarlo en el siguiente enlace:

<http://cps.edu/OSHW/Documents/ProofDentalExam.pdf>.

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

Sinceramente,

Dr. Kenneth L Fox
Jefe de Salud



Programa de

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Masculino Femenino

Nombre de la escuela: _____ de ID del estudiante _____ Grado: _____ de salón _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Dirección de la casa: _____

Número de teléfono: _____ Código postal: _____ Medicaid/ALL KIDS: de beneficiario de 9 dígitos _____

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

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

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

Raza: (Por favor marque uno) Blanca Negra Asiática/isleño del Pacífico Indio americano/nativode Alaska **Origen hispanico** (Encierre uno con un círculo) Sí No

INFORMACIÓN MÉDICA: su hijo/menor en tutela alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación: **SÍ** o **NO**

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

Asma **Diabetes** **Actualmente tiene soplo cardíaco** **Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática** **Epilepsia** **Enfermedad/trastorno sanguíneo** **Hepatitis**

¿Toma su hijo/menor en tutela algún medicamento? Si su respuesta es **SÍ**, enumere los medicamentos: _____

¿Tiene su hijo/menor en tutela alguna alergia? Si su respuesta es **SÍ**, enumere las alergias: _____

¿Existe alguna otra condición médica relacionada? Si su respuesta es **SÍ**, enumere las condiciones: _____

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

Por favor firme y feche abajo:

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Programa de Dental



Nombre del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

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

El Departamento de Salud Pública de la ciudad de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, pago ni elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo a firmar dicha autorización. Esta Autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmar este formulario de Autorización.

Entiendo que existe la posibilidad de que la información que se divulga de conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a una nueva divulgación por parte del beneficiario y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) y las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta Autorización por escrito al enviar un aviso a HIPAA Privacy Officer, City of Chicago, Department of Public Health, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604, Centro de Salud Con Calificación Federal en Chicago, Infant Welfare Society de Chicago, 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302. y **camionetas dental** aprobado por las Escuelas Públicas de Chicago

La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación. Esta autorización es válida por **365** días desde la fecha en que se firma por el niño / o de los padres que tienen la tutoría.

Por favor firme y feche abajo: **Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica**

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



SERVICIOS DE VISIÓN DISPONIBLES

Las Escuelas Públicas de Chicago se asociaron con Illinois Eye Institute en Princeton y Tropical Optical para ofrecer exámenes de la vista a sus estudiantes. Para su conveniencia, existen siete lugares en la ciudad. Por favor, vea la lista de lugares donde se brindan servicios. Usted puede escoger cualquiera de ellos, o a su proveedor de salud.

Princeton Vision Clinic
5125 S. Princeton
5125 S Princeton Ave.
Chicago, IL 60609

Para citas por la tarde
llamar al
(773)535-8675

Estudiantes Pre K-Secondaria



Illinois Eye Institute
Lewenson Center
3241 S. Michigan
Chicago, IL 60616

Para citas por la tarde
llamar al (312) 949-
7990

Estudiantes Pre K-Secondaria

Tropical Optical
Seleccionar de una
ubicación de abajo

Se atiende sin cita previa
de 10:30 a.m. – 2:00
p.m. o
llamar a Elizabeth
Ramos
(773) 762-5662
Para una cita



Si necesita información
adicional sobre el
programa de visión de
CPS, llame al personal de
salud estudiantil
(773) 535-8675 o
(773) 535-1968

LOCALES DE TROPICAL OPTICAL

6141 West Cermak Rd | Cicero, IL 60804

3213 West 47th Place | Chicago, IL 60632

3624 West 26th Street | Chicago, IL 60623

2767 North Milwaukee Ave | Chicago, IL 60647

2250 South 49th Avenue | Cicero, IL 60804

9137 South Commercial Ave | Chicago, IL 60617



Estimado padre/tutor:

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta por favor contacte a Katheryn Stafford-Hudson, gerente de proyecto, al 773-535-8675 y al kgstafford-h@cps.edu, o al equipo de la Vista de CPS en la Clínica Visual de Princeton (Princeton Visual Clinic) al 773-535-8674.

Cordialmente,

Dr. Kenneth L Fox
Jefe de Salud

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



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

Por favor escriba con letra imprenta:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Masculino Femenino

Correo electrónico del padre _____

Nombre de la escuela: _____ # de identificación del estudiante _____ Grado: _____ # de salón _____

Nombre del padre/tutor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

de Medicaid/tarjeta médica/ # de beneficiario de ALLKids: _____ Raza/grupo étnico _____

Seguro privado de la vista _____ Identificación de grupo _____ # de identificación _____ Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro médico de la vista _____ Identificación de grupo _____ # de identificación _____ Nombre del titular de la tarjeta _____

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

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

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

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

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

Si usted NO desea que su hijo reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada. Tenga en cuenta que se realizarán los servicios a menos que se indique lo contrario.

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

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

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

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

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

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

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

Por favor firme y escriba la fecha en las dos líneas de firma. Rellene el historial médico que se encuentra en el reverso de este formulario.

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

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

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____



Formulario de historial médico del estudiante

Por favor escriba con imprenta:

Nombre del estudiante: _____ Nombre de la escuela: _____

Fecha del último examen de la vista del estudiante: _____ ¿Usa su hijo lentes o lentes de contacto? Sí No

¿Cómo se enteró del Programa de la Vista? (Marque todos los que aplican)

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

¿Tiene su hijo alguna de estas condiciones: (Marque todas las que aplican)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta | <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas endocrinos | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Músculo-esqueléticos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Problema genitourinario |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos/de oídos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otras condiciones _____ | |

¿Toma su hijo algún medicamento? No Sí

Haga una lista de los medicamentos:

¿Usa su hijo gotas ópticas? No Sí

Haga una lista de las gotas ópticas:

¿Tiene su hijo alergias? No Sí

Haga una lista de las alergias:

¿Ha tenido su hijo una cirugía del ojo? No Sí

En caso afirmativo, explique por favor:

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes condiciones?

- | | | |
|--|---|---|
| Terapia visual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Lesión del ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dificultad para terminar su trabajo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Parche de ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Infección del ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Falta de confianza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Cirugía del ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Irritación/ardor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dificultad para estar quieto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Dolor en el ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Secreción del ojo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Evita leer/escribir <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Dificultad para enfocar la vista <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Lagrimo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Dificultad para prestar atención <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Ojo desviado/perezoso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Tiene el nivel de lectura inferior a su grado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Visión borrosa/doble visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Enrojecimiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Mala escritura <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Pierde de líneas cuando lee <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Párpados caídos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Se frustra fácilmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
- Otros _____

¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizado (IEP)? No Sí

El rendimiento académico de mi hijo es:

superior al nivel del grado es del nivel del grado inferior al nivel del grado

Si es inferior al nivel de grado, por favor seleccione las clases (Marque todas las que aplican)

Lectura Escritura Matemáticas Estudios Sociales Otro _____

¿Está recibiendo su hijo alguno de los **servicios mencionados** abajo? (Marque todos los que aplican)

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

Escriba los pasatiempos o los intereses especiales de su niño:

¿Hay algo más que desee que sepamos sobre su hijo?

¿Algún familiar inmediato de su hijo tiene alguno de las siguientes condiciones? (Marque todas las que aplican y la relación con su hijo)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usa lentes | <input type="checkbox"/> Ojo desviado | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Problemas músculo-esqueléticos | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | | | |



PROOF OF SCHOOL DENTAL EXAMINATION FORM

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

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

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

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

To be completed by dentist:

Date of Most Recent Examination: _____ (Check all services provided at this examination date)
 Dental Cleaning Sealant Fluoride treatment Restoration of teeth due to caries

Oral Health Status (check all that apply)

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

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

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

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

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

Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date: _____
 Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date: _____
 Pediatric Dentist Referral Recommended Treatment Completion Date: _____

Additional comments: _____

Signature of Dentist _____ License #: _____ Date: _____



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

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

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

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

To Be Completed By Examining Doctor

Case History

Date of Exam: _____

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

Examination

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

Was refraction performed with cycloplegic agents? Yes No

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

Diagnosis

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other: _____

Recommendations

1. Corrective Lenses: No Yes, glasses should be worn for: Constant Wear Near Vision Far Vision
 May Be Removed for Physical Education

2. Preferential seating recommended: No Yes Comments: _____

3. Recommend re-examination: 3 months 6 months 12 months Other _____

4. _____

5. _____

Print Name: _____
Optometrist or Physician Who Provides Eye Examinations

Address: _____

Signature: _____
Optometrist or Physician Who Provides Eye Examinations

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

(Parent or Guardian's Signature)

Phone: _____

PARA STUDIANTE CON ASMA

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

CPS está trabajando con las familias cercanamente para mantener esta enfermedad bajo control para todos los niños. Queremos que todos los estudiantes, incluidos aquellos con asma, estén en la escuela y a salvo mientras estén allí.

Utilice este Paquete para informar a su escuela sobre el asma de su hijo. La enfermera o el empleado de la escuela pueden tener formularios adicionales para completar. Estos formularios deben actualizarse cada año escolar. Son revisados por la enfermera de la escuela y personal relevante de CPS y se mantienen en el archivo para su uso durante el año escolar.

POR EL ASMA DE SU HIJO/A, ESTOS FORMULARIOS SON **REQUERIDOS** CADA AÑO ESCOLAR:

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

Sabía que cualquier estudiante con asma puede tener un Plan de la Sección 504 para apoyar su cuidado durante el día escolar? El plan proporciona adaptaciones necesarias para ayudar a su hijo a tener éxito en la escuela. Para configurar un plan 504, comuníquese con la enfermera de la escuela.

SIGA ESTOS 4 PASOS FÁCILES AL PRINCIPIO DE CADA AÑO ESCOLAR



CHRONIC DISEASE REPORTING & VERIFICATION PROCESS

DOES YOUR CHILD HAVE A MEDICAL CONDITION?

FOLLOW THESE STEPS

- 1 FORM: COMPLETE STUDENT MEDICAL INFORMATION FORM AND RETURN TO SCHOOL
- 2 DOCTOR: PROVIDE SCHOOL WITH A DOCTOR'S NOTE THAT CONFIRMS STUDENT'S HEALTH CONDITION
- 3 MEDICATION: PROVIDE SCHOOL WITH STUDENT'S MEDICATION AND RELATED PAPERWORK
- 4 504 PLAN: WORK WITH SCHOOL TO COMPLETE 504 PLAN / IEP and/or EMERGENCY ACTION PLAN

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

POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE LE DIGA A LA ESCUELA ACERCA DEL ASMA DE MI HIJO?

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

PUEDE EL PERSONAL ESCOLAR AYUDAR A UN ESTUDIANTE A ADMINISTRAR SU ASMA?

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

PUEDE UN ESTUDIANTE AUTOGESTIONAR SU ASMA?

- **Sí**; Los estudiantes de CPS pueden llevar y administrar su propio medicamento para el asma de "alivio rápido" o "rescate" si el padre / tutor ha otorgado un permiso escrito actualizado anualmente a la escuela y le han proporcionado el medicamento:
- o Solicitud de Formulario de Administración de Medicamentos para el Asma / Alergia (firmado por el padre / tutor)
- o Envase de medicamento para el asma válido y etiquetado o copia de la etiqueta de receta que contiene el nombre del medicamento, el nombre del niño, la fecha de nacimiento y el nombre del recetador

CUÁL ES LA RESPUESTA DE EMERGENCIA DE ASMA / ALERGIA DE LA ESCUELA?

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

QUÉ PASA SI UN ESTUDIANTE TIENE UN ATAQUE DE ASMA PERO NO TIENE PLAN EN EL ARCHIVO?

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

NECESITA UN ESTUDIANTE UN PLAN 504 DE ACCIÓN?

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

ME GUSTARÍA MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL ASMA EN LA ESCUELA.

- Lea sobre la Política de Asma de CPS en <http://policy.cps.k12.il.us>
- Visite el sitio web de la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil en <http://www.cps.edu/oshw>
- Hable con la enfermera de la escuela de su hijo
- Póngase en contacto con la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil en oshw@cps.edu

El Plan de Acción para Pacientes con Asma

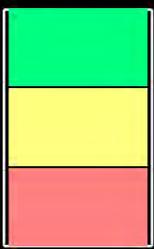
Usted puede usar los colores de los semáforos para ayudarlo a aprender sobre la medicina del asma

Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha
Medico	Padres/Guardián	
Teléfono del Medico	Teléfono de Padres	
Teléfono de Amigo o de Taxi	Teléfono de casa	
Estudiante puede administrar su propio medicamento		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

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

 El Amarillo es un Aviso
 Utilize medicina de Alivio

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



VERDE = "SIGA"

Utilize medicinas de Control

Tiene estos síntomas

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

Número de máximo flujo

a

Medicina	Cantidad	Cuando tomar
20 minutos antes de jugar, tome esta medicina:		

AMARILLO = "PRECAUCIÓN"

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

Tiene estos síntomas

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

Número de máximo flujo

a



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

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

ROJO = "PARA"

Utilize estas medicinas hasta hablar con el doctor:

Tiene estos síntomas

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

Número de máximo flujo

a



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

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

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

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

Comida

Otro

Provocantes de Asma



www.lungchicago.org

Firma de Medico



DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD PARA LA SUSTITUCIÓN DE ALIMENTOS

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

NOMBRE DEL NIÑO:	FECHA:
------------------	--------

Estimado padre/tutor legal:

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

Nombre del padre/Tutor legal	Nombre de la escuela
Teléfono del padre/Tutor legal	Dirección (calle)
Email del padre/Tutor legal	Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

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

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

1. ¿Tiene el niño una discapacidad que requiera una adaptación a los alimentos?
 - No Si es **no**, vaya a la pregunta 2 abajo.
 - Sí Si es **sí**, provea la siguiente información a continuación y responda a las preguntas 3, 4 y 5.
 - a) ¿Cuál es la discapacidad? _____
 - b) ¿Qué actividad mayor de la vida es afectada? _____
 - c) ¿Qué significa la discapacidad en términos de la dieta del niño? _____

2. El niño no tiene una discapacidad, pero requiere una dieta especial. Identifique el problema médico que justifica la dieta especial del niño y responda a las preguntas 3, 4 y 5 abajo.

3. Enumere los alimentos **específicos** que deben ser omitidos.

4. Enumere las sustituciones **específicas** de alimentos aceptables. Por favor, adjunte un menú si corresponde.

5. _____

Firma del proveedor de salud	Fecha
-------------------------------------	--------------

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

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

School Nurse Signature: _____

Date reviewed: _____

Date scanned to food@cps.edu: _____

Vacunas recomendadas: HPV y FLU

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

Vacuna contra el HPV:
Proteja ahora a su hijo
contra algún cáncer que
podría padecer durante la
edad avanzada.

Esta serie de vacunas
previene 6 tipos de cánceres.

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

**Proteja a su hijo contra el
cáncer. Vacúnelo contra el HPV.**

Vacuna contra la gripe (flu):
Proteja a su hijo de la
gripe todos los años.

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

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

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

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

Las vacunas contra el HPV y la gripe son recomendadas por médicos, enfermeros, y organizaciones médicas y de salud públicas como: la Sociedad Americana contra el Cáncer, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH, por su sigla en inglés).

Para obtener información sobre estas vacunas, visite www.CDC.gov/HPV o www.CDC.gov/FLU.

Para informarse sobre dónde puede programar una cita, o cómo solicitar un seguro médico llame a nuestra línea directa al 773-553-KIDS (5437).

Para encontrar una clínica del CDPH, que no requiera una cita médica, visite <http://www.chicago.gov/> e ingrese "find a clinic" en el buscador.

Estudiantes en Situaciones de Vivienda Temporal (STLS) Aviso sobre derechos de los estudiantes sin hogar

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

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

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

• **Todos los estudiantes sin hogar tienen derecho a:**

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

• **Matricularse en:**

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

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

• **Matricularse** en preescolar

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

• **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 asista a su escuela de origen, CPS proveerá transporte hacia y desde la escuela de origen, y a todas las actividades de la escuela, durante el tiempo en que permanezca en la situación de vivienda temporal, o, si el estudiante consigue alojamiento permanente, hasta el fin del año académico.

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

Ejemplos de dificultades que ameriten transporte alternativo:

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

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

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

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

Pedido de Información de Emergencia y Salud

Nombre de la escuela: _____

PADRES/TUTORES: La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. **Por favor escriba con letra clara.** Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela.

#ID Estudiante	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Salón #
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Domicilio del estudiante		Teléfono del domicilio

<p style="text-align: center;">Información confidencial Caja 1</p> <p>Llene esta caja solamente si (1) refleja la situación actual de vivienda del niño; O (2) si refleja la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja:</p> <p><input type="checkbox"/> en un automóvil/otro lugar público</p> <p><input type="checkbox"/> hogar compartido <input type="checkbox"/> en un hotel/motel <input type="checkbox"/> en un refugio <input type="checkbox"/> en alojamiento transitorio</p> <p>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</p>	<p style="text-align: center;">Información confidencial Caja 2</p> <p>¿Exite alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">School Note: If "Yes," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in Legal Alert field and update contact information, as needed, in SIM.</p>
--	---

Padre/Tutor e Información de Contacto de Emergencia: Agregue contactos extras en el reverso de este formulario, de ser necesario.

	Contacto Padre/Tutor	Contacto Padre/Tutor
Nombre del contacto		
Relación con el estudiante		
<i>Señale todo lo que corresponda:</i>	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio <i>si es diferente a la del estudiante</i>		
Teléfono del domicilio, <i>si es diferente al del estudiante</i>		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del trabajo		
* Idioma para comunicación		
<p><small>* CPS se comunica por teléfono. Escoja el idioma que se debe usar para comunicarse con usted. Los idiomas disponibles en este momento para comunicaciones masivas son inglés y español (nota: otros idiomas según disponibilidad).</small></p>		

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

Nombre	Dirección domicilio	Teléfono #	Relación
--------	---------------------	------------	----------

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.

Seguro de salud del estudiante: (escoja uno de los tres)

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

Hijos de personal militar (opcional)

- Como padre o tutor, ¿es usted miembro de alguna rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No
- En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? Sí No

Certifico que la información de este formulario es correcta:

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica

_____ (Firma del padre/Tutor) _____ (Fecha)

Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela

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

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

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

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

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

Instrucciones: Señale la caja para Consentimiento o No consentimiento

- YO DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica

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

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

Nombre del estudiante

Número de ID del estudiante

Fecha

Escuela

Teléfono número 1 para mensajes: (____)____-____-____

Teléfono número 2 para mensajes: (____)____-____-____

Dirección de correo electrónico: _____



Consentimiento de prensa y dispensa de responsabilidad

Consentimiento/Dispensa

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

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

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

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

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

Instrucciones: marque la caja #1 o caja #2

- Autorizo lo señalado arriba en la sección consentimiento/dispensa.
- NO DOY** la autorización, según lo descrito arriba en la sección de consentimiento/dispensa.

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica

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

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

Nombre del estudiante

Número de ID del estudiante

Fecha

Escuela

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



Part 7- Children's Racial and Ethnic Identities (Optional)

Mark one ethnic identity: Hispanic / Latino Not Hispanic / Latino

Mark one or more racial identities: Asian White Black / African American

American Indian / Alaska Native Native Hawaiian / Other Pacific Islander

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING FAMILY INCOME INFORMATION FORM

IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES BENEFITS FROM SNAP/TANF, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: **Part 1:** List all of the household members and date of birth (for students). (Attach another application if necessary). **Part 2:** List the case number of any household member that corresponds with their name in Part 1. Do not use your Medicare card number. **Skip to Part 5:** If you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 6:** Sign the Form. **Part 7:** Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

IF YOU ARE APPLYING FOR A HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY, OR HEAD START CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: **Part 1:** List all of the household members and date of birth (for students). **Skip to Part 3:** Check the appropriate box; obtain date and signature of Homeless, Migrant, or Runaway Liaison/Coordinator. **Skip to Part 5:** If you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 7:** Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

IF YOU ARE APPLYING FOR A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: If all children in the household are foster children: **Part 1:** List Students name, date of birth and check the box for "Foster Child" to the left of your foster child's name. **Skip to Part 5:** If you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 6:** Sign the Form. **If some children in the household are foster children:** **Part 1:** List Students name, date of birth and check the box for "Foster Child" to the left of your foster child's name. **Skip to Part 4:** Follow the instructions under ALL OTHER HOUSEHOLDS INSTRUCTIONS (Part 4) below. **Part 5:** If you are interested in sharing application information with All Kids or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 6:** Sign the Form. **Part 7:** Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS: **Part 1:** List all of the household members and date of birth (for students). **Skip to Part 4:** Follow these instructions to report total household income:

Column 1 Name: List the first and last name of each person in your household who receives income, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends. Attach another sheet of paper if necessary). **Columns 2 & 3 Gross Income Amounts and Frequency:** The Gross Income is the amount earned before taxes and other deductions. It should be noted on pay stubs. This is not the same as take-home pay. List the amount each person receives from these sources. Round to the nearest dollar. **All other** sources of income should also be noted on this application. Next to each amount fill in the circle that indicates how often the person receives their stated income (weekly, every other week, twice a month, monthly, or annually). If you do not wish to disclose your income, please note "decline to answer" in this section. Be aware that if you are low-income, failure to share household income information could reduce the funds your school may otherwise receive. **Part 5:** If you are interested in sharing application information with Medicaid or SNAP agencies, check the box and sign. **Part 6:** Sign the Form. **Part 7:** Check the appropriate box to indicate your racial and ethnic identities.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: **Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.) **Sección 2:** Escriba el número de caso correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica. **Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. **Sección 6:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Sección 7:** Marque los cuadrados que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN NIÑO(A) SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO(A) O NIÑO EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES: **Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). **Avance a Sección 3:** Marque el cuadrado que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de alumnos sin hogar, emigrantes o fugitivos. **Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. **Sección 7:** Marque los cuadrados que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTA APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES: **Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:** **Sección 1:** Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo(a)s de crianza. **Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. **Sección 6:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza:** **Sección 1** Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo(a)s 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 el cuadrado y firme. **Sección 6:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Sección 7:** Marque los cuadrados que corresponda a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ÉSTAS: **Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.). **Avance a Sección 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1 Nombre: Escriba nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos, sea paciente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.). **Columnas 2 & 3 Ingreso Bruto y cada cuánto es recibido:** El Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. **Todas** las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque el cuadrado que indica la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente). **Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme. **Sección 6:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Sección 7:** Marque los cuadrados que corresponda a su identidad racial y étnica.

CPS FAMILY INCOME INFORMATION FORM 2020-2021

Parents - Please return form to school by September 30, 2020.
Schools - Please enter into ODA by October 18, 2020

School Name (Nombre de Escuela): _____

The purpose of this form is for CPS to obtain information about families' income to determine school funding. CPS and your school may receive additional funding based on the number of low-income families enrolled. Please complete this form and return it to the school's main office. (El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre el ingreso de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor, complete este formulario y entréguelo a la oficina de la Escuela)

Part 1 - HOUSEHOLD INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR)

List names of all members of your household living with you. (Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar.)

*Foster Children (legal responsibility of welfare agency or court)

Foster Child? (¿Hijo de Crianza?)	CPS Student? (¿Estudiante de CPS?)	All Household Member Names		Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	DHS Case Number (Numero del Caso del DHS)	<input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Head Start
		Last (Apellido)	First (Nombre) MI (Inicial)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /		

Part 3 - Homeless, Migrant, Runaway Child, or child enrolled in Head Start (Niño sin Hogar, Emigrante, Fugitivo o Niño en el programa Head Start)

Homeless, Migrant, Runaway or Head Start Liaison Signature _____
Date (Fecha) _____

Part 4 - List Household Members With Income (SKIP THIS if you answered any of steps 2 or 3) Enter the amount of income and how often it is received for each household member. (Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos. Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe. DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)
Frequency (Frecuencia): Weekly (Semanalmente) Every 2 Weeks (Cada dos semanas) Monthly (Mensualmente) Twice Monthly (Mensualmente) Annually (Anualmente)
OTHER INCOME can be but not limited to Welfare, Child Support, Retirement, Social Security, Worker's Comp. and Unemployment.

Household Member Names With Income	Gross Income (before deductions) (Ingresos Brutos)			Other Income (Todos Otros Ingresos)			
	First (Nombre) MI (Inicial) Last (Apellido)	Weekly	Twice Monthly	Annually	Weekly	Twice Monthly	Annually
	\$			\$			
	\$			\$			
	\$			\$			
	\$			\$			
	\$			\$			

Part 5 - Opt In of information about other benefits. (Otros Beneficios)

YES! I am interested in applying for a waiver of instructional fees. SI Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.

YES! I am interested in applying for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and/or the Medicaid Program. SI Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o la Medicaid. Or call 773-553-5437

Part 6 - Signature (Firma): _____
Signature of adult household member (Firma del miembro adulto del hogar) _____
Address (Dirección postal o de domicilio) _____

Parent / Guardian Last Name (Apellido del adulto del hogar) _____
Parent / Guardian First Name (Nombre del adulto del hogar) _____
Zip Code (Código Postal) _____

SCHOOL USE ONLY Initial Determination: ELIGIBLE (FREE OR REDUCED) INELIGIBLE (DENIED, N/A OR ?)