



HEALTHY CPS

— OFFICE OF STUDENT HEALTH & WELLNESS —

2024-2025

Libreta de salud estudiantil y formularios escolares



This page is intentionally left blank



2024–2025

Libreta de salud estudiantil y formularios escolares

Formularios que deben ser completados por todos los padres:

Formulario de información médica del estudiante, 2024–2025

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

Declaración de proveedores 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

➔ Favor devolver la libreta entera.



Tabla de contenidos

Carta de introducción para padres	5
Beneficios para niños y familias (folleto de Medicaid y SNAP)	6
Formulario de información médica del estudiante, 2024-2025	7
Requisitos mínimos de salud, 2024-2025	9
Vacunas recomendadas contra el HPV, la influenza y el COVID-19	11
Carta para padres sobre el programa dental	12
Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la 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
Formulario de Informe de Examen Ocular	21
Para estudiantes con asma y preguntas frecuentes	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



Estimados padres y familias de CPS,

La salud y seguridad de sus hijos siempre es nuestra máxima prioridad, especialmente durante una emergencia de salud pública global y nuestra recuperación colectiva de la misma. Cada niño tiene el derecho fundamental a recibir atención médica de alta calidad. Queremos que nuestros estudiantes tengan acceso a proveedores de atención médica especializados en cuidados preventivos y que puedan abordar condiciones agudas y crónicas, así como problemas de salud únicos en los niños. Este folleto tiene como objetivo compartir los requisitos de salud de CPS, recomendaciones y formularios para facilitar el acceso de las familias a información clara y confiable, así como la atención médica básica que todos los estudiantes necesitan para prosperar en la escuela.

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

Por favor, lea este paquete cuidadosamente para obtener información sobre los requisitos y servicios de salud de CPS. Todos los padres y tutores deben enviar los siguientes formularios al secretario 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
- Formulario de Información de Ingresos Familiares

La información sobre los servicios de visión disponibles para todos los estudiantes y los formularios de consentimiento para inscribirse en estos servicios están incluidos en este paquete. El consentimiento debe completarse antes de recibir los servicios. Si lleva a su hijo a un dentista u oftalmólogo privado, pídale a esos médicos que completen el [Formulario de Prueba de Examen Dental](#) o el [Informe de Examen Ocular](#). Por favor, devuelva el formulario completado a la escuela de su hijo.

Si alguno de los siguientes puntos se aplica a su hijo, se requiere una acción adicional:

- **Condición de salud crónica:** Consulte con la enfermera de la escuela de su hijo, quien le proporcionará formularios que deberá completar su proveedor de atención médica.
- **Alergia alimentaria:** Pida a su proveedor de atención médica que complete la [Declaración del Proveedor de Atención Médica para la Sustitución de Alimentos](#) y envíe el formulario completado a la escuela de su hijo.
- **Asma:** Pida a su médico que complete el [Plan de Acción para el Asma](#) y envíe el formulario completado a la escuela de su hijo.

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

Atentamente,

Dra. Sofia M. Adawy Akitundne
Oficial Principal de Salud

RENUEVA TU MEDICAID HOY



¡No Pierdas Tus Beneficios!

El estado de Illinois determina anualmente si eres elegible para los beneficios de Medicaid. La fecha de renovación de cada persona es diferente, por lo que es crucial que te prepares para renovar. Para completar el proceso de renovación, puedes hacerlo de las siguientes maneras:

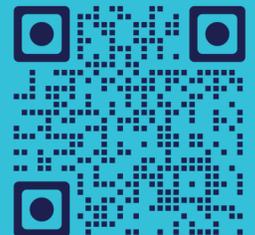
 abe.illinois.gov  1-855-828-4995  Se envían formularios de renovación por correo

¡OBTÉN MÁS INFORMACIÓN!

¡Llama a la Línea Directa de Healthy CPS al
773-553-KIDS (5437)
para comunicarte con el coordinador
de tu escuela local ahora mismo!

cps.edu/medicaid

En asociación con:



¡COMPLETA EL PROCESO DE RENOVACIÓN LO ANTES POSIBLE!!



Formulario de información médica del estudiante 2024 - 2025



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

En caso afirmativo, 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** es lo mismo que un “Plan de atención” (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su estudiante). Si su estudiante 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 el personal de enfermería de su escuela. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su estudiante tiene una condición médica, por favor haga una cita con el personal de enfermería escolar.**

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

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado Marzo de 2024

This page is intentionally left blank



Requisitos mínimos de salud 2024 - 2025



La evidencia muestra que los alumnos saludables tienen mejores patrones de asistencia y rinden mejor académicamente. El estado de Illinois requiere que los padres y tutores legales proporcionen evidencia de haber obtenido las inmunizaciones y exámenes físicos requeridos antes del 15 de octubre de 2024, 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 proporcionar 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 proporciona 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 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 2024.

- Debe ser completado durante los doce meses antes de entrar a prekínder, kínder, sexto grado, y 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 2024 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 2025 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 niño, 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 2024 - 2025



Requisitos de inmunización

Se deben tener al día al momento de matrícula o a más tardar el 15 de octubre de 2024.

En los últimos años, muchos niños no pudieron obtener sus exámenes o vacunas recomendadas. Los 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 cuidado y más allá. Asegurar que su niño 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 ([Illinois Certificate of Religious Exemption Form](#))

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

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 sexto.
- **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.



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

Las vacunas contra el HPV, la influenza y el COVID-19 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 siglas en inglés).

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

Para obtener información sobre estas vacunas, visite [CDC.gov/HPV](https://www.cdc.gov/HPV), [CDC.gov/FLU](https://www.cdc.gov/FLU) o [cdc.gov/coronavirus/2019-ncov](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov).

Para más información sobre dónde puede hacer citas para obtener vacunas o solicitar seguro médico, llame a nuestra línea directa al **773-553-KIDS (5437)**.

Para encontrar una clínica que ofrezca vacunas para niños de 0 a 18 años sin costo alguno, visita la página web de [Clínicas de Inmunización del CDPH](#).

Vacuna para el COVID-19

Proteja a su niño del COVID-19.

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

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

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

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

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

Encuentre una vacuna contra el COVID-19: Busque en [vacunas.gov/search](https://www.vacunas.gov/search), envíe un mensaje de texto con su código postal al 438829 o llame al 1-800-232-0233 para encontrar ubicaciones cerca de usted.

Puede también visitar cps.edu/vaccine para más información.

Vacuna contra la influenza

Proteja a su niño de la influenza todos los años.

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

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

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

Reciba una vacuna contra la influenza para su niño y toda la familia este año.

Vacuna contra el HPV

Proteja ahora a su niño 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.
- 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 niño contra el cáncer.

Vacúnelo contra el HPV.



Estimado padre o tutor legal:

Los dientes saludables son importantes para la salud y el bienestar general de su hijo, y una manera de ayudarlo a mantener dientes saludables es asegurarse de que reciba una limpieza dental cada seis meses. La ley de Illinois requiere que cada niño de Kínder, 2do, 6to y 9no grado tenga un examen dental antes del 15 de mayo de cada año, y para ayudar a las familias a cumplir con este requisito, CPS y el Departamento de Salud Pública de Chicago se han asociado para brindar servicios dentales de alta calidad a estudiantes que no tienen acceso a un dentista. Se recomienda que los estudiantes visiten al dentista cada seis meses.

El Programa Dental de CPS proporciona los siguientes servicios:

- Examen Dental
- Limpieza Dental, si es necesario
- Tratamiento con Flúor, si es necesario
- Selladores Dentales según sea necesario
- Referencia para otros tratamientos, si es necesario

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

1. Formulario de Consentimiento, Liberación de Responsabilidad y Autorización del Programa de Salud Oral en la Escuela, Consentimiento Dental

2. Formulario de Autorización del Programa de Salud Oral en la Escuela - HIPAA

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

Si el estudiante ha recibido un examen dental en los últimos seis meses, el niño solo recibirá un examen dental y selladores dentales según sea necesario. El estudiante no recibirá una limpieza dental.

Si su hijo tiene un dentista privado y no necesitará participar en el Programa Dental de CPS, pídale a su dentista que complete el [Formulario de Prueba de Examen Dental](#) y lo devuelva a la escuela de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de exámenes dentales al (312) 813-6749 o envíe un correo electrónico a oshw@cps.edu.

Atentamente,

Dra. Sofia M. Adawy Akintunde
Oficial Principal de Salud



Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la salud bucal escolar



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DE ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SEXO (Escriba M/F/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 DIGITOS		
NUMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADO					
NÚMERO DE LA PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS		NÚMERO DE GRUPO		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADOS	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR ASEGURADO			FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO		

Como padre o tutor legal del estudiante anteriormente mencionado, entiendo que por medio del Departamento de Salud Pública 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 estudiante en un futuro cercano para evaluar la salud bucal, obtener información sobre altura y peso, proporcionar un EXAMEN/EVALUACIÓN DENTAL y, de ser necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO DE FLUORURO y SELLADORES DENTALES LIBRES DE COSTO a los estudiantes o sus familias de la escuela. Los selladores dentales, además del cepillado y el uso del hilo dental regular, protegen los dientes de su hijo/menor en tutela de las CARIES. Los selladores 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 selladores 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 estudiante y yo, por cualquiera y

todas las pérdidas, lesiones, daños hacia mí o mi estudiante, conocidos y desconocidos, previstos y no previstos, que surjan con relación a la participación de mi estudiante 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 estudiante, firme el Formulario de Autorización que se encuentra en la parte inferior de esta carta. Este formulario de consentimiento firmado es valido por 365 días a partir de la fecha en que se firma por el estudiante o sus padres/tutores legales.

¿RAZA? (Por favor marque uno)

Blanca Negra Asiática / isleño del Pacífico Nativoamericano / Nativo de Alaska Origen hispanico SÍ NO

INFORMACIÓN MÉDICA: ¿Su estudiante alguna vez ha padecido algo de lo que se indica a continuación?

SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, marque todas las condiciones a continuación que apliquen.

- Asma
- Diabetes
- Actualmente tiene sopro cardíaco
- Fiebre o enfermedad cardíaca reumáticas
- Epilepsia
- Enfermedad o trastorno sanguíneo
- Hepatitis

¿TOMA SU ESTUDIANTE ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere los medicamentos

¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA ALERGIA? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las alergias

¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, enumere las condiciones

Por favor firme por ambos lados

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

Firma del padre o tutor legal

Fecha





Formulario de autorización dental, consentimiento dental y relevo de responsabilidad para la salud bucal escolar



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			

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 o divulguen la información protegida de salud de mi estudiante a las siguientes personas u organizaciones con el propósito de preparar informes, documentación de las tendencias en la salud bucal y la facturación para Medicaid y subvenciones: el Departamento de Salud Pública de Chicago, 333 S. State Street, 2nd Floor, Chicago, IL 60604; directores escolares individuales; Illinois Department of Healthcare and Family Services, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; el Departamento de Salud Pública de Illinois - Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761; las Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantiles, 42 West Madison, Garden level, Chicago, IL 60602; centros de salud federalmente calificados; el Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, 1160608; la Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Oak Park-River Forest; el Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, 1160302 y camionetas dentales autorizadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

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 negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información que se divulgue en conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a ser redivulgada por parte del beneficiario, en cuyo caso dejaría de estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) 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. La revocación no es efectiva con respecto a acciones que se tomaron antes de la revocación.

Esta autorización es válida por **365** días a partir del día en que es firmada por el padre o tutor legal.

Por favor firme por ambos lados

Firma del padre/madre/tutor

Fecha





PROOF OF SCHOOL DENTAL EXAMINATION FORM

Illinois law (Child Health Examination Code, 77 Ill. Adm. Code 665) states all children in kindergarten, 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 require 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:	
Parent or Guardian: Last Name	First Name		
Select from the below general racial category which most clearly reflects the student's recognition of his or her community or with which the student most identifies.			
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Two or More Races			

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

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). Please 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: _____

Dental Office Address: _____ Office phone number: _____

Signature of Dentist _____ Date _____





Estudiantes en situaciones de viviendas temporales (STLS)

Aviso sobre los 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 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 querrela al programa de estudiantes en 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).
- Matricularse en 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 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 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

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 a 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 **773-535-8674** o escriba al oshw@cps.edu.



Estimado padre o tutor legal:

Una buena visión es esencial para el éxito en la escuela. Nos complace anunciar que el Programa de Visión de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) atenderá a su escuela este año. CPS proporciona acceso a exámenes de la vista para los estudiantes para que puedan tener éxito en la escuela.

El Programa de Visión de CPS proporciona al estudiante exámenes de la vista y lentes (si es necesario) SIN COSTO. Si el estudiante no tiene seguro, el examen de la vista y los anteojos se proporcionan sin costo alguno para la familia. Si está disponible, se facturará al seguro de salud.

A continuación encontrará señales que indican que su hijo podría beneficiarse de un examen de la vista

Mi hijo experimenta alguno de los siguientes:

- Mi hijo va a entrar al kínder
- Mi hijo va a ingresar a las escuelas de Illinois por primera vez en cualquier nivel de grado
- Mi hijo no pasó el examen de la vista
- Mi hijo tiene un IEP
- El maestro de mi hijo recomendó que reciba un examen de la vista
- Mi hijo entrecierra los ojos
- Mi hijo inclina la cabeza
- Mi hijo se sienta demasiado cerca del televisor
- Mi hijo se pierde mientras lee
- Mi hijo se frota los ojos
- Lagrimeo excesivo o dolores de cabeza

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

- Si su hijo tiene un oftalmólogo privado, pídale a su oftalmólogo que complete el Informe del Examen Ocular del Estado de Illinois en <http://www.idph.state.il.us/HealthWellness/EyeExamReport.pdf>.
- Si su hijo no tiene un oftalmólogo privado, su hijo es elegible para participar en el Programa de Examen de la Vista de CPS. A través de este programa, su hijo recibirá exámenes de la vista. Si su hijo necesita anteojos, un profesional óptico le ayudará a su hijo a seleccionar el marco, y los anteojos se entregarán en la escuela de su hijo dentro de cuatro semanas. Los estudiantes que reciben anteojos son elegibles para anteojos de reemplazo debido a pérdida o daño hasta 12 meses a partir del examen ocular inicial. Si está disponible, se facturará al seguro de visión privado o al seguro gubernamental como Medicaid, Medicare o cualquier Organización de Atención Administrada. Si un estudiante no tiene seguro de visión, los servicios se proporcionan sin costo alguno para la familia.

Las evaluaciones de la vista son realizadas por un empleado capacitado de CPS para determinar si un estudiante requiere un referido para un examen de la vista. Esta evaluación no requiere consentimiento. Un médico realiza exámenes de la vista para determinar la salud general y recetar anteojos si es necesario. Se requiere un formulario de consentimiento firmado.

Para solicitar una Exención Religiosa, consulte: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/religious-exemption-form-081815-040816.pdf>

Para inscribir a su hijo en el Programa de Examen de la Vista de CPS, complete el Formulario de Consentimiento para Servicios de Visión y el Formulario de Historial Médico del Estudiante. Si no desea que su hijo participe en el programa, no es necesario que complete ni devuelva el formulario a la escuela.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de exámenes de la vista al (312) 813-6749 o por correo electrónico a oshw@cps.edu.

Atentamente,

Dra. Sofia M. Adawy Akintunde
Oficial Principal de Salud



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 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 ciudad de Chicago (City of Chicago), a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes; y a la Junta y a sus miembros, síndicos, 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 (por sus siglas en inglés HFS), 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, 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.

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

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.

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 Estudiantil. 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.

Firma del padre o tutor legal

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 o tutor legal

Fecha



Formulario de historial médico del estudiante para servicios de la vista



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

Por favor escriba 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 LENTES O LENTES DE CONTACTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 Otras condiciones _____

¿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?



State of Illinois Eye Examination Report

Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician (such as an ophthalmologist) who provides eye examinations be submitted to the school no later than October 15 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 first day of the school year the child enters the Illinois school system for the first time. The parent of any child who is unable to obtain an examination must submit a waiver form to the school.

Student Name _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle Initial)

Birth Date _____ (Month/Day/Year) Gender _____ Grade _____

Parent or Guardian _____ (Last) _____ (First)

Phone _____ (Area Code)

Address _____ (Number) _____ (Street) _____ (City) _____ (ZIP Code)

County _____

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

	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Uncorrected visual acuity	20/	20/	20/	20/
Best corrected visual acuity	20/	20/	20/	20/

Was refraction performed with dilation? Yes No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External exam (lids, lashes, cornea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Internal exam (vitreous, lens, fundus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pupillary reflex (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"/>	_____
Glaucoma evaluation	<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"/>	_____

NOTE: "Not Able to Assess" refers to the inability of the child to complete the test, not the inability of the doctor to provide the test.

Diagnosis

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other _____



State of Illinois Eye Examination Report

Recommendations

1. Corrective lenses: No Yes, glasses or contacts 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 _____

License Number _____

Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)
 who provided the eye examination MD OD DO

Address _____

Phone _____

<p align="center">Consent of Parent or Guardian</p> <p align="center">I agree to release the above information on my child or ward to appropriate school or health authorities.</p> <p align="center">_____ (Parent or Guardian's Signature)</p> <p align="center">_____ (Date)</p>

Signature _____

Date _____

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. _____, effective _____)



Para estudiantes con asma

El asma es la enfermedad crónica más común de la infancia. Chicago tiene un número especialmente alto de niños con asma, y los niños en algunos vecindarios de Chicago sufren más que otros. 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 acceder o usar beneficios medicos, comuníquese 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 su revisión por parte de 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.

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).

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





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 proporcionado el medicamento:

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

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

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

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

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

¿Necesita un estudiante un plan 504 de acción?

- Se debe ofrecer un plan de la Sección 504. Hable con la enfermera de la escuela de su hijo y / o proveedor de atención médica para determinar si es necesario.
- El plan 504 describirá 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 cps.edu/sites/cps-policy-rules/policies/700/704/704-12/.
- Visite el sitio web de la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil en 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.



Declaración del proveedor de atención médica para la sustitución de alimentos



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

¿COME EN LA ESCUELA SU ESTUDIANTE? SÍ NO

Estimado padre o tutor legal:

La escuela de su estudiante 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 estudiante que rellene este formulario. Por favor devuelva este formulario completo a la escuela de su estudiante junto con un Plan de Acción de Alergia a los Alimentos (que se encuentra en cps.edu/OSHW). Contacte a food@cps.edu con cualquier pregunta adicional:

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL		CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE	
TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL	NOMBRE DE LA ESCUELA		
DIRECCIÓN DE ESCUELA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOTA DEL PROVEEDOR DE SALUD: **Alergia a los alimentos** es una “discapacidad” bajo la Ley de Americanos con Discapacidades. Si el niño tiene una alergia a los alimentos, por favor marque “Sí” en la pregunta 1 abajo.

<p>1. ¿TIENE EL ESTUDIANTE UNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA UNA ADAPTACIÓN A LOS ALIMENTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es NO, vaya al punto 2 a la derecha. <input type="checkbox"/> SÍ</p> <p>Si es SÍ, provea la siguiente información a continuación y responda a las preguntas 3, 4 y 5.</p>	<p>2. EL ESTUDIANTE NO TIENE UNA DISCAPACIDAD, PERO REQUIERE UNA DIETA ESPECIAL. IDENTIFIQUE EL PROBLEMA MÉDICO QUE JUSTIFICA LA DIETA ESPECIAL DEL ESTUDIANTE Y RESPONDA A LAS PREGUNTAS 3, 4 Y 5 ABAJO.</p>
<p>a) ¿Cuál es la discapacidad?</p>	<p>3. ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN SER OMITIDOS:</p>
<p>b) ¿Qué actividad mayor de la vida es afectada?</p>	<p>4. ENUMERE LAS SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS DE ALIMENTOS ACEPTABLES. POR FAVOR, ADJUNTE UN MENÚ SI CORRESPONDE:</p>
<p>c) ¿Qué significa la discapacidad en términos de la dieta del estudiante?</p>	<p>5. FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD</p> <p style="text-align: right;">FECHA</p>

SCHOOL USE ONLY: Please give a copy of this form to the school nurse and the lunchroom manager. Also scan and email the form to food@cps.edu.

School Nurse Signature

Date reviewed

Date scanned to food@cps.edu

This page is intentionally left blank



Formulario de información de emergencia y salud



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(S)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde)		Ciudad	Estado
		Código postal	
FECHA DE NACIMIENTO	AULA #	TELÉFONO DEL DOMICILIO	

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 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.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 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 "SI," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIS.

PADRE/TUTOR E INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO	PADRE O TUTOR CONTACTO	PADRE O TUTOR CONTACTO
	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS
Nombre y apellidos del contacto			
Relación con el estudiante			
Señale todo lo que corresponda:	<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	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde)			
Teléfono primario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono secundario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono terciario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Correo electrónico			
* Idioma para comunicación			
Requiere traductor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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: SÍ 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

This page is intentionally left blank



Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela



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 su consentimiento abajo.

En caso de emergencia, usted será informado por 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 al teléfono(s) provisto 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 Fecha

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

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

This page is intentionally left blank



Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación



Consentimiento/relevo

Por la presente autorizo a que mi estudiante sea fotografiado, grabado digitalmente, grabado en video, audio o entrevistado por la Junta de Educación de Chicago (la "Junta") o por medios de prensa 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, en video, audio o entrevistas sean compartidas con terceras partes que hayan recibido la aprobación por escrito de la Oficina de Comunicaciones. Entiendo que en el curso de las actividades anteriormente descritas la Junta quizás quiera celebrar los logros y el trabajo de mi estudiante. Por lo tanto, también autorizo a la Junta la divulgación de información sobre el nombre de mi estudiante, 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 la imagen de mi estudiante, 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 o pancartas de reconocimiento, exhibidos en, cerca de, o alrededor del edificio escolar.

Como padre o tutor legal del estudiante 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, la imagen o voz en televisión, radio o películas, o en medios impresos, Internet o cualquier otro medio electrónico o digital o con relación a la participación de mi estudiante en eventos escolares virtuales o actividades celebratorias.

Es entendido, además, y estoy de acuerdo, en que no se me debe a mí, a mi estudiante, 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 estudiante durante la participación en cualquiera de las actividades mencionadas, o por el uso de su trabajo creativo, fotografías, la imagen 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, que incluye el verano siguiente.

Instrucciones: marque la caja #1 o caja #2

- 1. Autorizo lo señalado arriba en la sección consentimiento/relevo.
- 2. NO DOY la autorización, según lo descrito arriba 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	Fecha
----------------------	-------	-------

Firma de padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más	Número de ID del estudiante
--	-----------------------------

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

This page is intentionally left blank



Hoja informativa sobre el bloqueo de información

Departamento de Políticas y Procedimientos



Esta hoja informativa para estudiantes y padres ofrece instrucciones sobre cómo usar el formulario “Directory and Recruiter Information Opt-Out Form” y evitar la divulgación de la información de directorio de su 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), 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 las oficinas de CPS que se encargan de la responsabilización (Accountability), o de éxito universitario y profesional (College and Career Success), para estar seguros de que el pedido sea de interés de los estudiantes.

¿Qué es información de directorio?

La información de directorio es la que generalmente no se considera dañina o una invasión de la privacidad si es divulgada. CPS ha designado lo siguiente como información de directorio: nombre 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 (Directory Information Opt-Out Program Process)?

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 más 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



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 matrícula 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) <i>Este número es obligatorio</i>

_____	_____
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 universidad, 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.

_____	_____	_____	Relación con estudiante: Elija uno
Apellido(s)	Nombre	Segundo nombre	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> PADRE O TUTOR LEGAL

Firma			



Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



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

Padres — devuelvan este formulario a la escuela antes del **30 de octubre de 2024**.

Schools — Please enter into ODA by **November 20, 2024**.

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DE ESCUELA

¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET 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			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
		Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre		
<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"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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

- NIÑO SIN HOGAR
- EMIGRANTE
- FUGITIVO
- HEAD START

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

Fecha

PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos

(DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)

Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe.

Frecuencia: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente

OTROS INGRESOS Pueden ser, pero no 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	INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Frecuencia					TODOS OTROS INGRESOS	Frecuencia				
		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente
Nombre: Inicial: Apellido(s)	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								

PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.

- ¡SÍ! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.
- ¡SÍ! 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.. Permiso 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



Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



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 el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre 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 el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre 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 vive 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