



SY25 Lista de verificación de inscripción de estudiantes que regresan

Formularios Escolares

- Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación
- Formulario de información de emergencia y salud
- Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela
- Hoja informativa sobre el bloqueo de información
- Formularios de información de ingresos familiares (una por familia)

Formularios médicos vencidos antes del 15 de agosto de 2024

- Formulario de información médica del estudiante

Uso escolar

Student Name / Nombre del estudiante: _____

Received By / Recibido Por: _____



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 | Número de ID del estudiante |

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

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

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.



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 | | |
|---|---------------------------------|------------------------|------------|------------------------|------------------------|------------|------------------------|------------------------|------------|
| | Contacto del DCFS | | | Contacto del DCFS | | | Contacto del DCFS | | |
| Nombre y apellidos del contacto | | | | | | | | | |
| Relación con el estudiante | | | | | | | | | |
| Señale todo lo que corresponda: | Vive con | Recibe correos | | Vive con | Recibe correos | | Vive con | Recibe correos | |
| | Emergencia | Permiso para recogerlo | | Emergencia | Permiso para recogerlo | | Emergencia | Permiso para recogerlo | |
| Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde) | | | | | | | | | |
| Teléfono primario | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo |
| Teléfono secundario | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo |
| Teléfono terciario | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo | celular | de domicilio | de trabajo |
| Correo electrónico | | | | | | | | | |
| * Idioma para comunicación | | | | | | | | | |
| Requiere traductor | SÍ | NO | | SÍ | NO | | SÍ | NO | |

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

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

| | | |
|-------------------------|----------|------------|
| NOMBRE | RELACIÓN | TELÉFONO # |
| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | | |

Nombre del médico de la familia, dirección y teléfono: Autorizo a que llamen a mi médico familiar, si es necesario, en caso de una emergencia: **SI NO**

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

SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE: (escoja uno de los tres)

Illinois Medical Card/All Kids: provea el número de ID médica del estudiante _____ (número de 9 dígitos que está en el reverso de la tarjeta)

No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? **SÍ NO**

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

NIÑO DE PERSONAL MILITAR (opcional)

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

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

Firma del padre o Tutor

Fecha

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



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 Número de ID del estudiante

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

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

PRIORIDAD #1

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------|--------------------|----------------------|---------------------|---------|--------------------|----------------------|--------------------|---------|--------------------|----------------------|
| Apellido(s) | | | | Nombre | | | | | | | |
| Teléfono principal | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono secundario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono terciario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo |

PRIORIDAD #2

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------|--------------------|----------------------|---------------------|---------|--------------------|----------------------|--------------------|---------|--------------------|----------------------|
| Apellido(s) | | | | Nombre | | | | | | | |
| Teléfono principal | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono secundario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono terciario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo |

PRIORIDAD #3

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------|--------------------|----------------------|---------------------|---------|--------------------|----------------------|--------------------|---------|--------------------|----------------------|
| Apellido(s) | | | | Nombre | | | | | | | |
| Teléfono principal | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono secundario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo | Teléfono terciario | Celular | Teléfono del hogar | Teléfono del trabajo |



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 | ESTUDIANTE PADRE O TUTOR LEGAL |
| _____ | | | |
| Firma | | | |

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



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)*

| ¿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 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|--|--|--------------|------------------|------------------|--------------|----------------------|
| | | Semanalmente | Cada dos semanas | Dos veces al mes | Mensualmente | |
| Nombre Inicial Apellido(s) | | | | | | |
| | \$ | | | | \$ | |
| | \$ | | | | \$ | |
| | \$ | | | | \$ | |
| | \$ | | | | \$ | |
| | \$ | | | | \$ | |

PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.

| | |
|---|-------------|
| ¡SI! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza. ¡SI! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437 ¡SI! 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: | MARQUE UNA O MÁS: | | |
| Hispano/Latino | Asiático | Negro o Afroamericano | Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico |
| No hispano/Latino | 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



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 | | | | Convulsiones/Epilepsia |
| Año diagnosticado _____ | | | | Año diagnosticado _____ |
| Diabetes – por favor marque el tipo | Tipo 1 | Tipo 2 | Otro | Anemia de células falciformes |
| Año diagnosticado _____ | | | | 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 | |

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

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

Revisado Marzo de 2024