



## **SY25 Lista de verificación de inscripción de nuevos estudiantes**

Todos los formularios escolares y documentos de inscripción DEBEN entregarse en un lugar seguro.

### **Formularios Escolares**

- Formulario de matrícula escolar
- Encuesta sobre el idioma del hogar
- Encuesta sobre raza y etnicidad
- 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)

### **Documentos de Inscripción**

- Prueba de edad (Certificado de nacimiento)
- Comprobante de domicilio, 2 formularios: Factura de servicios públicos, licencia de conducir

### **Formularios médicos vencidos antes del 15 de agosto de 2024**

- Formulario de información médica del estudiante
- Formulario médico de Illinois (No mayor de 1 año)
- Formulario dental (No mayor de 1 año)
- Informe de examen ocular (No mayor de 1 año)

### **Uso escolar**

Student Name / Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Received By / Recibido Por: \_\_\_\_\_



# Formulario de matrícula escolar



Por favor escriba en letra de molde.

## Información sobre el estudiante

NOMBRE DE LA ESCUELA

# DE ID DEL ESTUDIANTE

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

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

APELLIDOS LEGALES

1ER. NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

GENERACIÓN  
(Jr., etc)

FECHA NACIMIENTO  
(mes/día/año)

SEXO LEGAL  
(F/M/N)

\*GÉNERO AFIRMADO  
(F/M/N/U)

\*1ER NOMBRE AFIRMADO

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

\*Opcionales. Para obtener más información sobre género afirmado y nombre afirmado, visite: [Supporting Gender Diversity Toolkit](#)

\*SEGUNDO NOMBRE AFIRMADO

\*APELLIDOS AFIRMADOS

## Información personal

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ARCHIVADO

S  N

TIPO DE VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO

(certificado de nacimiento, pasaporte, tarjeta médica, etc.)

\*PAÍS DE NACIMIENTO

ESTADO DE NACIMIENTO

CIUDAD DE NACIMIENTO

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

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

AÑOS COMPLETADOS EN UNA ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS:

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

## Dirección y teléfono del estudiante

DIRECCIÓN FÍSICA (DOMICILIO) (incluya el número de unidad si corresponde)

Ciudad

Estado

Código postal

TELÉFONO DEL DOMICILIO

DIRECCIÓN POSTAL (incluya el número de unidad si corresponde) (si es diferente al domicilio)

Ciudad

Estado

Código postal

SIN HOGAR O EN CONDICIONES DE VIVIENDAS TEMPORERAS

## Matrícula

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

\*ESCUELA DE LA QUE SE TRANSIERE (si no es una escuela pública, options, chárter o por contrato de Chicago)

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

\*¿SE ENCUENTRA EN REGLA EL ESTUDIANTE?

S  N

(Instructions to school: for out-of-state public school or any private school students, a certification of "good standing" should be received from the Parent/Guardian. Refer to CPS Policy 702.1 for more information.)

¿RECIBE EL ESTUDIANTE ALGÚN TIPO DE SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL?

S  N

SI ELIGE "SI", OFREZCA DETALLES

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

ESTUDIANTE MATRICULADO POR (Escriba, en letra del molde, sus apellidos y nombres, y su relación al estudiante)

## Información incluida

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

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

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

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

### Códigos de los estatus de matrícula:

01 - No escuela previa      05 - Escuela privada IL, no Chicago

02 - Escuela Pública de Chicago (incluyendo options, chárter o de contrato)      06 - Escuela pública US, no Illinois

03 - Escuela privada de Chicago      07 - Escuela privada US, no Illinois

04 - Escuela pública IL, no Chicago      08 - Fuera de los Estados Unidos

[CPS Enrollment and Leave Code User Guide](#)

Firma del padre o tutor legal

Fecha de la matriculación

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

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

CUMULATIVE FOLDER



# Home Language Survey 2024-2025

Office of Language and Cultural Education



Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.

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

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SCHOOL NAME		
STUDENT ID #	NETWORK	ROOM #

## English

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

1. Is a language other than English spoken in your home?  Yes  No Which language?

2. Does the student speak a language other than English?  Yes  No Which language?

## Spanish/Español

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

1. ¿Se habla algún otro idioma que no sea inglés en su hogar?  Sí (yes)  No (no) ¿Cuál idioma?

2. ¿Habla el estudiante algún otro idioma que no sea inglés?  Sí (yes)  No (no) ¿Cuál idioma?

## Chinese / 中文

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

英語之外的其他語言?  是的 (yes)  不是 (no) 什麼語言?

女是否說英語之外的其他語言?  是的 (yes)  不是 (no) 什麼語言?

## Arabic / العربية

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

هل تُستخدم لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية في منزلك؟  لا (no)  نعم (yes) أي لغة؟

هل يتحدث الطالب لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟  لا (no)  نعم (yes) أي لغة؟

## Polish/Polski

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

1. Czy mówi się w domu językiem innym niż angielski?  Tak (yes)  Nie (no) Jakim językiem?

2. Czy uczeń mówi innym językiem niż angielski?  Tak (yes)  Nie (no) Jakim językiem?

## Ukrainian / Українська

Якщо ви відповіли «Так» на будь-яке з цих запитань, школа буде зобов'язана за законом оцінити рівень володіння вашою дитиною англійською мовою.

1. Чи розмовляєте Ви вдома іншою мовою окрім англійської?  Так (yes)  Ні (no) Якою мовою?

2. Чи розмовляє Ваша дитина іншою мовою окрім англійської?  Так (yes)  Ні (no) Якою мовою?

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

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

### OFFICE USE ONLY

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

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

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

### ASPEN REGISTRATION PROCESS

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

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

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

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

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

Maintain Home Language Survey in the Student Cumulative Folder. If the student is an English Learner (EL), maintain the original survey in the Cumulative Folder and also maintain a copy of the survey in the student's English Learner Folder.



# Home Language Survey 2024-2025

Office of Language and Cultural Education



Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
-------------------	------------	-------------

SCHOOL NAME
-------------

STUDENT ID #	NETWORK	ROOM #
--------------	---------	--------

**Bosnian/Serbian(Latin) Bosanski/Srpski** Ukoliko ste na bilo koje od ovih pitanja odgovorili sa „Da“, škola će biti zakonski dužna da procijeni nivo znanja engleskog jezika kod vašeg djeteta.

1. Da li se u kući govori na stranom jeziku (različitom od engleskog)?  Da (yes)  Ne (no) Koje jezike?

2. Da li učenik govori neki drugim jezikom (različitim od engleskog)?  Da (yes)  Ne (no) Koje jezike?

**Vietnamese / Tiếng Việt** Nếu câu trả lời cho một trong hai câu hỏi trên là có thì luật pháp yêu cầu trường học phải đánh giá khả năng thông thạo Anh ngữ của con quý vị.

1. Ngôn ngữ khác tiếng Anh có được sử dụng trong nhà quý vị không?  Có (yes)  Không (no) Ngôn ngữ gì?

2. Con quý vị có nói một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không?  Có (yes)  Không (no) Ngôn ngữ gì?

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

کیا آپ کے گھر میں انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولی جاتی ہے؟  ہاں (yes)  نہیں (no) کون سی زبان؟

کیا طالب علم انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بول سکتا ہے؟  ہاں (yes)  نہیں (no) کون سی زبان؟

**Pashto/انگلیسی** که د هرې پوښتنې ځواب هو وي، قانون له مخې پوښتونځي اړتيا لري چې ستاسو د ماشوم د انگلیسی ژبې مهارت ارزونه وکړي.

آیاستاسو په کور کېد انگلیسی پرته بله ژبه ولیکړي؟  هو (yes)  نه (no) کومه ژبه؟

آیا ستاسو ماشوم د انگلیسی پرته په بله ژبه خبرې کوي؟  هو (yes)  نه (no) کومه ژبه؟

**Gujarati / ગુજરાતી** તમારા બાળકના અંગ્રેજી ભાષાના કૌશલ્ય માટે આકારણી કરाववा मांगे છે. જો બન્નેમાંથી કોઈ એક પુસ્ત્રનો જવાબ પણ હા માં હોય તો, કાયદો શાળા પાસે

1. શું આપના ઘરમાં અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા અન્ય કોઈ ભાષા બોલ આવે છે?  હા (yes)  નહીં (no) કઈ ભાષા?

2. શું વિદ્યાર્થીઓ અંગ્રેજી સિવાયની કોઈ ભાષા બોલે છે?  હા (yes)  નહીં (no) કઈ ભાષા?

**Yoruba / Yorùbá** Tí idáhùn sí ibèèrè nàá bá jẹ̀ Bẹ̀ẹ̀ni, òfin bèèrè pé kí ilé-ẹ̀kọ́ nàá ẹ̀e igbéléwọ̀n bí ọmọ ẹ̀ẹ̀ Gẹ̀ẹ̀sì sí.

1. Njẹ ẹ n sọ èdè miran yatọ sí Èdè-Gẹ̀ẹ̀sì ninu idile yin bí?  Bẹ̀ẹ̀ni (yes)  Bẹ̀ẹ̀kọ (no) Edè wo?

2. Ẹ akẹ̀kọ̀ọ́ nàá n sọ èdè miran yatọ sí èdè-Gẹ̀ẹ̀sì bí?  Bẹ̀ẹ̀ni (yes)  Bẹ̀ẹ̀kọ (no) Edè wo?

**Russian / Русский** Если на любой из этих вопросов дан утвердительный ответ, согласно законодательству школа должна оценить уровень владения английским языком вашего ребёнка.

1. Вы говорите у себя дома на ином языке, нежели на английском?  Да (yes)  Нет (no) На каком языке?

2. Ваш ребёнок говорит на ином языке, нежели на английском?  Да (yes)  Нет (no) На каком языке?

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

1. May iba pa bang lengguwahe bukod sa Ingles na ginagamit sa iyong tahanan?  Mayroon (yes)  Wala (no) Anong wika?

2. May ginagamit ba na ibang lengguwahe ang mag-aaral bukod sa Ingles?  Mayroon (yes)  Wala (no) Anong wika?

Signature of School Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Maintain Home Language Survey in the Student Cumulative Folder. If the student is an English Learner (EL), maintain the original survey in the Cumulative Folder and also maintain acopy of the survey in the student's English Learner Folder. *Must have an original signature; an electronic signature is not acceptable*



# Encuesta sobre raza y etnicidad



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SEXO	NOMBRE DE ESCUELA		
FECHA DE NACIMIENTO	ID# ESCUELA (6 dígitos) para ser completado por el personal de la escuela.		

## Instrucciones

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

## PARTE A

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

- No, no es hispano/latino**
- Sí, es hispano/latino**

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

## PARTE B

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

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



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

\* 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

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](mailto: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.**

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

*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)*

**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		

**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.**

¡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

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



# Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



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

<b>MARQUE UNA:</b>	<b>MARQUE UNA O MÁS:</b>		
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](https://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



## State of Illinois Certificate of Child Health Examination

FOR USE IN DCFS LICENSED CHILD CARE FACILITIES  
CFS 600  
Rev 2/2013



<b>Student's Name</b>			<b>Birth Date</b>	<b>Sex</b>	<b>Race/Ethnicity</b>	<b>School /Grade Level/ID#</b>
Last	First	Middle	Month/Day/Year			
Address			Parent/Guardian		Telephone # Home	
Street	City	Zip Code			Work	

**IMMUNIZATIONS:** To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given *after* the minimum interval or age. **If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.**

Vaccine / Dose	1 MO DA YR			2 MO DA YR			3 MO DA YR			4 MO DA YR			5 MO DA YR			6 MO DA YR		
	<b>DTP or DTaP</b>																	
<b>Tdap; Td or Pediatric DT</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT		
<b>Polio</b> (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV		
<b>Hib</b> Haemophilus influenza type b																		
<b>Hepatitis B (HB)</b>																		
<b>Varicella</b> (Chickenpox)										<b>COMMENTS:</b>								
<b>MMR</b> Combined Measles Mumps. Rubella																		
<b>Single Antigen Vaccines</b>	<b>Measles</b>			<b>Rubella</b>			<b>Mumps</b>											
<b>Pneumococcal Conjugate</b>																		
<b>Other/Specify</b> Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza																		

**Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below.** If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)

<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>
<b>Signature</b>	<b>Title</b>	<b>Date</b>

**ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY**

**1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician.** \*(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)

\*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature

**2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.**  
Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

Date of Disease	Signature	Title	Date
-----------------	-----------	-------	------

**3. Laboratory confirmation (check one)** Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella  
**Lab Results** Date MO DA YR (Attach copy of lab result)

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN													
<b>Date</b>													<b>Code:</b> P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts
<b>Age/Grade</b>													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
<b>Vision</b>													
<b>Hearing</b>													

Last First Middle	Birth Date Month/Day/ Year	Sex	School	Grade Level/ ID
-------------------------	-------------------------------	-----	--------	-----------------

**HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER**

<b>ALLERGIES</b> (Food, drug, insect, other)			<b>MEDICATION</b> (List all prescribed or taken on a regular basis.)		
Diagnosis of asthma?	Yes	No	Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)	Yes	No
Child wakes during night coughing?	Yes	No	Hospitalizations? When? What for?	Yes	No
Birth defects?	Yes	No	Surgery? (List all.) When? What for?	Yes	No
Developmental delay?	Yes	No	Serious injury or illness?	Yes	No
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes	No	TB skin test positive (past/present)?	Yes*	No
Diabetes?	Yes	No	TB disease (past or present)?	Yes*	No
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes	No	Tobacco use (type, frequency)?	Yes	No
Seizures? What are they like?	Yes	No	Alcohol/Drug use?	Yes	No
Heart problem/Shortness of breath?	Yes	No	Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes	No
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Other		
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.		
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)			<b>Parent/Guardian Signature</b>	<b>Date</b>	
Ear/Hearing problems?	Yes	No			
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes	No			

**PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA**  
**HEAD CIRCUMFERENCE** if < 2-3 years old      **HEIGHT**      **WEIGHT**      **BMI**      **B/P**

**DIABETES SCREENING** (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) **BMI>85% age/sex** Yes  No  And any two of the following: **Family History** Yes  No   
**Ethnic Minority** Yes  No  **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes  No  **At Risk** Yes  No

**LEAD RISK QUESTIONNAIRE** Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

**Questionnaire Administered?** Yes  No       **Blood Test Indicated?** Yes  No       **Blood Test Date**      **Result**

**TB SKIN OR BLOOD TEST** Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines.      **No test needed**       **Test performed**

**Skin Test: Date Read** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **mm** \_\_\_\_\_

**Blood Test: Date Reported** / /      **Result: Positive**  **Negative**       **Value** \_\_\_\_\_

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine		
Ears			Gastrointestinal		
Eyes		Amblyopia Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Genito-Urinary		LMP
Nose			Neurological		
Throat			Musculoskeletal		
Mouth/Dental			Spinal Exam		
Cardiovascular/HTN			Nutritional status		
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health		
Currently Prescribed Asthma Medication: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			Other		

**NEEDS/MODIFICATIONS** required in the school setting      **DIETARY** Needs/Restrictions

**SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES** e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

**MENTAL HEALTH/OTHER** Is there anything else the school should know about this student?  
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title:  Nurse  Teacher  Counselor  Principal

**EMERGENCY ACTION** needed while at school due to child's health condition (e.g. seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?  
 Yes  No  If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in \_\_\_\_\_ (If No or Modified please attach explanation.)

**PHYSICAL EDUCATION** Yes  No  Modified       **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes  No  Limited

Print Name \_\_\_\_\_ (MD,DO, APN, PA)      Signature \_\_\_\_\_      Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_      Phone \_\_\_\_\_

(Complete Both Sides)



## 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 \_\_\_\_\_







## 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 \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

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

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



# 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](https://cps.edu/cfbu). Si necesita ayuda para encontrar un centro de salud cerca a usted, visite [findahealthcenter.hrsa.gov](https://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](https://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](https://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.