

# Hamilton

FINE & PERFORMING ARTS SCHOOL

## **SY25/26 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 2025**

- 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



# 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 Hawái o de otras islas del Pacífico** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Hawái, 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).



# Home Language Survey

Office of Multilingual-Multicultural Education (OMME)



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 Offici	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 OMME 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 OMME 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 OMME 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

Office of Multilingual-Multicultural Education (OMME)



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.

آیا ستاسو په کور کېد انگلیسی پرته بله ژبه وپلکیري؟  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 Gẹ̀ẹ̀si sí.

1. Njẹ ẹ n sọ èdè miran yatọ si Èdè-Gẹ̀ẹ̀si ninu idile yin bí?  Bẹ̀ẹ̀ni (yes)  Bẹ̀ẹ̀ko (no) Èdè wo? \_\_\_\_\_

2. Ẹ akẹ̀kọ̀ọ́ nàá n sọ èdè miran yatọ sí èdè-Gẹ̀ẹ̀si bí?  Bẹ̀ẹ̀ni (yes)  Bẹ̀ẹ̀ko (no) Èdè 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 Offici	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 copy of the survey in the student's English Learner Folder. *Must have an original signature; an electronic signature is not acceptable*



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

### CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 1

Llene estas casillas solamente si (1) reflejan la situación actual de vivienda del niño; O (2) si reflejan la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja:

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

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

### CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 2

¿Existe alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?

SÍ  NO

¿Existe actualmente una orden inhibitoria o orden judicial vinculada a este estudiante?

SÍ  NO

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

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

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

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

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

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		

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

NOMBRE	DIRECCIÓN DE DOMICILIO <i>(incluya el número de unidad si corresponde)</i>	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 que dé su consentimiento a continuación.

En caso de emergencia, usted será informado por medio de los números de contacto provistos, sin importar que haya dado o no el consentimiento. Estos casos incluyen cierres de escuelas debido al clima, riesgos de salud, amenazas, ausencias injustificadas y otras situaciones que afecten la salud o seguridad de los estudiantes y del personal docente. Las llamadas de emergencia serán enviadas a todos los números telefónicos, incluyendo celulares, listados en los registros del estudiante. Por favor asegúrese de que la escuela tenga las versiones actualizadas de estos números.

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

**Al firmar este formulario usted estará autorizando a las Escuelas Públicas de Chicago para que usen un sistema automático de distribución periódica de llamadas informativas o mensajes de texto a los teléfonos provistos abajo. Si cambia su número telefónico, o no desea recibir más llamadas automáticas y textos, usted acuerda avisar inmediatamente a las Escuelas Públicas de Chicago. Al firmar abajo, usted acepta que este consentimiento continuará válido y usted recibirá llamadas automáticas y textos, a menos que lo revoque. Es posible que se apliquen tasas de cobro para mensajes y datos.**

**SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO** para lo señalado en la sección de arriba.

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

Por favor escriba en letra de molde:

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

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

Nombre de la escuela      Grado      Número de ID del estudiante

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

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

## PRIORIDAD #1

Apellido(s)      Nombre

Teléfono principal  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono secundario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono terciario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo

## PRIORIDAD #2

Apellido(s)      Nombre

Teléfono principal  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono secundario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono terciario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo

## PRIORIDAD #3

Apellido(s)      Nombre

Teléfono principal  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono secundario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo      Teléfono terciario  Celular  Teléfono del hogar  Teléfono del trabajo



# Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación



## Consentimiento/relevo

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

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

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

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

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

### Instrucciones: Marque la caja #1 o caja #2

- 1. Autorizo lo señalado anteriormente en la sección "Consentimiento/relevo".
- 2. NO CONSIENTO a lo señalado anteriormente en la sección de "Consentimiento/relevo".

Por favor escriba en letra de molde:

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

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

Nombre de la escuela	Grado	Número de ID del estudiante

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

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

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



# Formularios de información de ingresos familiares 2025 -2026



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

**Padres** — devuelvan este formulario a la escuela antes del **30 de octubre de 2025**.

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

Por favor escriba en letra de molde:

APPELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	SEGUNDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA	# DE ID DEL ESTUDIANTE	¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET EN SU DOMICILIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

PARTE 1: Información sobre el hogar — Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar. <i>*Estudiante de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)</i>				PARTE 2: # de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar (siga la parte 6)
¿HIJO DE CRIANZA?	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR Apellido(s)      Nombre      Inicial del segundo nombre	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

SIN HOGAR  
 FUGITIVO  
 HEAD START

\_\_\_\_\_  
Firma del intermediario del estudiante sin hogar, fugitivo o en Head Start

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos (DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)

Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe.  
**Frecuencia:** semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente

**OTROS INGRESOS** Pueden ser, pero no se limitan a, fondos de bienestar social, manutención de menores, jubilación, Seguro Social, compensación al trabajador o desempleo.

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS Nombre      Inicial      Apellido(s)	INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Frecuencia					TODOS OTROS INGRESOS	Frecuencia				
		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>								

### PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.

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

¡SÍ! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437

¡SÍ! Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.

\_\_\_\_\_  
Firma

### PARTE 6

**Firma:** Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información; y que intencionalmente brindar información falsa podría resultar en mi enjuiciamiento.. Permiso que el distrito comparta el estatus de elegibilidad para recibir beneficios basados en el estatus de elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro adulto del hogar

\_\_\_\_\_  
Nombre del adulto del hogar

\_\_\_\_\_  
Apellido(s) del adulto del hogar

\_\_\_\_\_  
Dirección postal o de domicilio

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Formularios de información de ingresos familiares 2025 -2026



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

### MARQUE UNA:

- Hispano/Latino
- No hispano/Latino

### MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
- Blanco
- Natioamericano o Nativo de Alaska

## Instrucciones para llenar la solicitud

### SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. Adjunte otra solicitud, si es necesario.

**Sección 2:** Escriba el número de caso del DHS (SNAP o TANF) correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica.

**Avance a la Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

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

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

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

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

**Avance a Sección 3:** Marque la casilla que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de estudiantes sin hogar, emigrantes o fugitivos.

**Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

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

### SI ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

**Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:**

**Sección 1:** Escriba los nombres y fechas de nacimiento de sus estudiantes y marque la casilla "¿Hijo de Crianza?" al lado de los nombres de sus hijos de crianza.

**Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

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

### SI ALGUNOS, PERO NO TODOS, LOS NIÑOS EN EL HOGAR SON HIJOS DE CRIANZA:

**Sección 1:** Escriba los nombres y fechas de nacimiento de sus estudiantes y marque la casilla "¿Hijo de Crianza?" al lado de los nombres de sus hijos de crianza.

**Avance a Sección 4:** Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.

**Avance a Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

**Sección 6:** Firme el formulario.

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

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. Adjunte otra solicitud, si es necesario.

**Avance a Sección 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

#### Columna 1 Nombre:

Escriba el nombre y los apellidos de cada persona que viva en su hogar que reciba ingresos, sea pariente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.)

#### Columnas 2 & 3 Ingreso bruto y cada cuánto es recibido:

El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. Todas las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque la casilla que indique la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

**Sección 5:** Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

**Sección 6:** Firme el formulario.

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

## SCHOOL USE ONLY

**Initial Determination:**  ELIGIBLE (Free or Reduced)  INELIGIBLE (Denied, N/A or ?)

**CONFIRMATION** (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official (Required)

Date



# 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 para el bloqueo de información” y evitar la divulgación de la información de directorio de su estudiante. Adjuntamos para su conveniencia un formulario para optar por la no divulgación (Opt-Out).**

La *Ley de Protección de los Derechos Educativos y de la Familia (FERPA)*, la *Ley de Registros Escolares del Estudiante en Illinois (ISSRA)* y la Política 706.3 de la Junta de Educación de Chicago *Derechos de Padres y Estudiantes sobre Acceso y Confidencialidad de los Registros del Estudiante*, requieren que las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) obtengan su consentimiento por escrito antes de divulgar información personal contenida en los registros educativos de su estudiante, con ciertas excepciones. **Las Escuelas Públicas de Chicago pueden divulgar “información de directorio” sin consentimiento escrito, a menos que usted haya comunicado al Distrito que no quiere que esa información sea compartida, usando el formulario adjunto.** Este formulario debe ser entregado al momento de la matrícula o para el 1 de diciembre.

## ¿Quién tendrá acceso a esta información?

CPS puede compartir la información de directorio con terceras partes (tales como agencias municipales o proveedores de servicios educativos) que tienen un interés educativo en la información y la soliciten. Todos los pedidos de partes externas relacionadas con investigación son analizados por la Oficina de Medidas e Investigaciones de la Calidad Escolar o la Oficina de Éxito Universitario y Profesional, para estar seguros de que el pedido sea de interés de los estudiantes.

## ¿Qué es información de directorio?

La información de directorio es la que generalmente no se considera dañina o una invasión de la privacidad si es divulgada. CPS ha designado lo siguiente como información de directorio: nombre completo del estudiante; nombres de los padres; dirección domiciliaria; número de teléfono del hogar; fecha de nacimiento; nivel de grado; fechas de asistencia; fotografías escolares o su escuela de CPS más reciente.

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

El padre o tutor legal, o el estudiante de 18 años de edad, **deben llenar anualmente este formulario y entregarlo al oficinista de la escuela en el momento de la matrícula o registro.** El formulario completado debe ser entregado a la escuela anualmente, no 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 universidades, o ambos, señalando las casillas de abajo.

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

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

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

Firma

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



# Formulario de información médica del estudiante 2025 -2026



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

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

Por favor escriba en letra de molde.

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
SEXO (Escriba M/F/X/N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA		
# DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	# DE AULA		

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

SÍ  NO

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

Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Asma  
Año diagnosticado \_\_\_\_\_

Convulsiones/Epilepsia  
Año diagnosticado \_\_\_\_\_

Diabetes – por favor marque el tipo  Tipo 1  Tipo 2  Otro  
Año diagnosticado \_\_\_\_\_

Anemia de células falciformes  
Año diagnosticado \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Año diagnosticado \_\_\_\_\_

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

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

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar.

Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

Firma del padre o tutor legal

Correo electrónico

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

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado en febrero de 2025

RETAIN IN THE STUDENT HEALTH RECORD



# Requisitos mínimos de salud 2025 - 2026



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

El seguro médico puede ofrecer a los estudiantes y sus familias cobertura de atención médica que puede ser utilizada para visitas al doctor, inmunizaciones, medicaciones, atención dental, exámenes oculares, lentes y más. Medicaid Insurance ofrece cobertura para los niños de Illinois, sin importar su estatus migratorio. Si le gustaría tener ayuda para inscribir a su niño en el programa de atención médica, llame a la línea directa de Healthy CPS, 773 553-KIDS (5437), o visite [cps.edu/cfbu](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 2025.

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

### Examen ocular

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

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

### Examen dental

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

## Vacunas recomendadas

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

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

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

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

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



# Requisitos mínimos de salud 2025 - 2026



## Requisitos de inmunización

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

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

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

#### Difteria, pertussis, tétano

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

#### Polio

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

#### Sarampión, paperas y rubéola

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

- La evidencia de haber contraído **paperas** anteriormente será verificada por un médico y evidencia de laboratorio.
- Evidencia de laboratorio de inmunidad a la **rubéola**.

#### Haemophilus influenzae de tipo B (HiB)

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

#### Enfermedades neumocócicas invasivas (PCV)

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

#### Hepatitis B

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

#### Varicela (vacuna de varicela)

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

#### Meningitis (MCV4), (MenACWY)

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

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



State of Illinois  
Illinois Department of Public Health

## Formulario de prueba del examen dental escolar

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

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

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

Nombre del estudiante:	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):
Dirección:	Calle	Ciudad	Código postal	
Escuela:	Nombre	Código postal	Nivel escolar:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Padre, madre o tutor:	Apellido	Nombre		
Raza/Origen étnico del estudiante:				
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De Oriente Medio o norte de África <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Desconocido				

### To be completed by the dentist:

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

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

#### Oral Health Status (check all that apply)

- Dental Sealants Present on Permanent Molars
- Caries Experience / Restoration History — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent first molars.
- Untreated Caries — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.
- Urgent Treatment — Abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

#### Treatment Needs (check all that apply)

For Head Start Agencies, please also list the appointment date or date of the most recent treatment.

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

Office Address: \_\_\_\_\_ Office Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Dentist: \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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



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

Nombre del/la Estudiante \_\_\_\_\_  
(Primer Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Día/Mes/Año)

Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_  
(Primer Apellido) (Nombre)

Teléfono \_\_\_\_\_  
(Código de Área)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Número) (Ciudad) (Código Postal)

Condado \_\_\_\_\_

**Para Ser Completado por el/la Doctora Examinadora**

**Historia del Caso**

Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Historia Ocular:  Normal o Positivo para \_\_\_\_\_

Historia Médica:  Normal o Positivo para \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos:  NKDA o Alérgico(a) a \_\_\_\_\_

Otra información \_\_\_\_\_

**Examen**

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

¿Se realizó la refracción con dilatación?  Sí  No

	Normal	Anormal	No se Puede Evaluar	Comentarios
Examen externo (párpados, pestañas, córnea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Examen interno (vítreo, lente, fondo del ojo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reflejo pupilar (pupilas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Función binocular (estereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Acomodación y vergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación de glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evaluación oculomotora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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

**Diagnosis**

Normal  Miopía  Hipermetropía  Astigmatismo  Estrabismo  Ambliopía

Otro \_\_\_\_\_



**Recomendaciones**

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

2. Se recomienda un asiento preferencial:  No  Sí

Comentarios

3. Se recomienda una reevaluación:  3 meses  6 meses  12 meses

Otro \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Optometrista o médico (como un oftalmólogo)  
que realizó el examen ocular  MD  OD  DO

Dirección

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 (Firma del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

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