



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 2023

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) 什么语言?

女是否說英語之外的其他語言? 是的 (yes) 不是 (no) 什么语言?

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) اي لغة؟

هل يتحدث الطالب لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟ لا (no) نعم (yes) اي 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 2023

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 (različito od engleskog)? Da (yes) Ne (no) Koje jezike?

2. Da li učenik govori neki drugim jezikom (različito 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 انگليسي ژبې مهارت ارزونه وکړي.

آيا ستاسو په کور کېد انگليسي پرته بله ژبه ويلکيږي؟ هو (yes) نه (no) کومه ژبه؟

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

Gujarati / ગુજરાતી તમારા બાળકના અંગ્રેજી ભાષાના કૌશલ્ય માટે આકારણી કરાવવા માંગે છે. જો બન્નેમાંથી કોઈ એક પુત્રનો 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 ibèrè nàá bá jẹ Bẹ̀ẹ̀ni, òfin bèèrè pé kí ilé-ẹ̀kọ́ nàá ẹ̀şe igbéléwọ̀n bí ọmọ ẹ̀dè Gẹ̀ẹ̀sì sí.

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

2. Ẹ akẹ̀kọ̀ọ́ nàá n sọ èdè miran yatọ sí èdè-Gẹ̀ẹ̀sì bí? Bẹ̀ẹ̀ni (yes) Bẹ̀ẹ̀ko (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 a copy 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 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).



Formulario de información médica del estudiante 2023–2024



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

Por favor escriba en letra de molde.

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).

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

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.

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: www.cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su estudiante tiene una condición médica, por favor haga una cita con el personal de enfermería escolar.**

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar. Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

Firma del padre o tutor legal

Correo electrónico

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado el 17 de Abril de 2023

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



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 las inmunizaciones y exámenes físicos requeridos antes del 15 de octubre de 2023, 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 www.cps.edu/cfbu. Si necesita ayuda para encontrar un centro de salud cerca a usted, visite <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.



Requisitos de examinación

Examen físico

Se debe al momento de matrícula o no más tarde del 15 de octubre de 2023.

- 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 2023 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 2024 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 hablele a 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 www.cps.edu/vaccine

Requisitos de inmunización

Se deben al momento de matrícula o no más tarde del 15 de octubre de 2023.

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 <https://www.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.



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

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

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

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

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

Todos los estudiantes sin hogar tienen derecho a

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

Matricularse en:

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

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

Acceso a escuelas chárteres, de matrícula selectiva, mágnets y todos los demás programas de CPS de la misma manera que los estudiantes que tienen hogar permanente, recibir ayuda a pedido para el proceso de inscripción.

Participar en servicios de tutoría más allá de los provistos a todos los estudiantes; en actividades de la escuela y/o recibir otros servicios de apoyo.

Recibir alimentación gratuita en la escuela, dispensas, uniformes gratuitos, además de servicios médicos de bajo costo o gratuitos.

Servicios de transporte: Si los padres/cuidadores deciden que el estudiante continuará asistiendo a su escuela de origen, CPS proveerá transporte hacia y desde la escuela de origen, y a todas las actividades de la escuela, durante el tiempo en que permanezca en la situación de vivienda temporaria, o, si el estudiante consigue alojamiento permanente, hasta el fin del año académico.

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

Ejemplos de dificultades que ameriten transporte alternativo:

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

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



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

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; 0 (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 interdicto vinculada a este estudiante?

SÍ NO

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

Padre/tutor e información de contacto de emergencia: Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO	PADRE O TUTOR CONTACTO	PADRE O TUTOR CONTACTO
	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS <input type="checkbox"/> Requiere traductor _____
Nombre del contacto (nombre y apellidos)			
Relación con el estudiante			
Señale todo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde)			
Teléfono primario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono secundario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono terciario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Correo electrónico			
Nombre y dirección del patrono			
* Idioma para comunicación			

* 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.

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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---

Firma del padre o Tutor

Fecha

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



Consentimiento de prensa y dispensa de responsabilidad



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 retratos 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, retrato 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, retrato o voz.

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

Instrucciones: marque la caja #1 o caja #2

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

Por favor escriba en letra de molde:

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

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

Nombre de la escuela	Grado	Fecha

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

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

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



Formularios de información de ingresos familiares



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

MARQUE UNA:

- Hispano/latino
- No hispano/latino

MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
- Blanco Nativoamericano o nativo de Alaska

Instrucciones para llenar la solicitud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos de crianza.

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

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

Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos de crianza.

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

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

Sección 6: Firme el formulario.

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

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

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

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

Columna 1 Nombre:

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

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

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

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

Sección 6: Firme el formulario.

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

SCHOOL USE ONLY

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

CONFIRMATION (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official (Required)

Date