C.U.S.D. 303

DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIDAD COMUNITARIA 303
ST. CHARLES, ILLINOIS
PRUEBA PREESCOLAR/FORMULARIO DE REFERENCIA BASADO EN LA EVALUACIÓN

Nombre Completo del Niño/a:
Primer Nombre: Segundo Nombre: Apellido:

Fecha de Nacimiento: / /

Número de Teléfono de Casa: **Celular/Número de Teléfono Alternativo:**

Domicilio: **Ciudad:** **Código Postal:**

El niño/a vive con: ☐ Madre y Padre ☐ Solo Madre ☐ Solo Padre ☐ Otro: (Si marcó otro – llene la información abajo)
Nombre: Parentesco al Niño/a : Número de Teléfono:

☐ **NIÑO** (o) ☐ **NIÑA**

Raza del Niño/Origen Étnico:

¿Habla otro idioma que no sea inglés en casa? ☐ No ☐ Sí (si contestó sí, cuál idioma/s)
Marque **TODAS** las opciones cuales apliquen a su niño/a: ☐ Escucha/ está expuesto al idioma ☐ Entiende el Idioma ☐ Habla el Idioma

Información de la Madre	Información del Padre
Nombre:	Nombre:
Edad o Fecha de Nacimiento:	Edad o Fecha de Nacimiento:
Profesión y Número de Teléfono del Trabajo: ¿Está trabajando?: ☐ Sí ☐ No	Profesión y Número de Teléfono del Trabajo: ¿Está trabajando?: ☐ Sí ☐ No
Número de Años de Escuela Completados: ☐ primaria a menos ☐ Preparatoria/GED ☐ clases de Universidad/certificado ☐ Licenciatura ☐ Licenciatura o más ☐ Otro:	Número de Años de Escuela Completados: ☐ primaria o menos ☐ Preparatoria/GED ☐ clases de Universidad/certificado ☐ Licenciatura ☐ Licenciatura o más ☐ Otro:

Escriba los nombres de todos los hermanos y hermanas

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:

Tiene hijos identificados con Discapacidades o Reciben ayuda especial en la Escuela ☐ Sí ☐ No (Si contestó Sí, escriba el nombre/s abajo)

Otras Personas viven en el hogar aparte de usted y sus hijo/a (s)
(Escriba: ejemplo: Abuelo/Tío/Primo/ etc.)

Número Total de Personas que viven en el Hogar

Marque Aproximadamente el Ingreso Anual de la Familia

☐ $6,000-8,100	☐ $16,500-18,500	☐ $32,900-37,000	☐ $65,900-74,300
☐ $8,100-10,000	☐ $18,500-20,600	☐ $37,100-41,300	☐ $74,300-82,600
☐ $10,200-12,300	☐ $20,600-24,600	☐ $41,300-49,200	☐ $82,600-o más
☐ $12,300-14,400	☐ $24,600-28,800	☐ $49,200-57,600	
☐ $14,400-16,500	☐ $28,800-32,900	☐ $57,600-65,900	

Agencias Trabajando con el Niño/a o Familia

☐ Intervención Temprana/CFC ☐ HeadStart ☐ Depto. De Salud del Condado ☐ DCFS envolucrado
☐ Medicaid (escriba el número de ID)
☐ Ayuda Pública (Escriba su Número de ID)
☐ WIC o Beneficios de SNAP ☐ Inscrito en TANF ☐ Beneficios de Seguro Social:
☐ Pago de Asistencia de Vivienda/Sección 8 ☐ Tutela del Estado ☐ Otro

Vea al reverso ⟶

¿A cuál escuela elemental pertenece acuerdo a su vecindario? (escribe el nombre (o) si no lo sabe marque aquí → ☐ no estoy seguro)

☐ Anderson School ☐ Bell Graham School ☐ Corron School ☐ Davis/Richmond School ☐ Ferson Creek School
☐ Fox Ridge School ☐ Lincoln School ☐ Munhall School ☐ Norton Creek School ☐ Wasco School ☐ Wild Rose School

¿Su hijo tiene experiencia o ha estado en un preescolar o guardería? ☐ Sí ☐ No (Si marcó Sí, complete la sección de abajo)

☐ Programa Preescolar ☐ Cuidado de Niño/Guardería ☐ Lo cuidan alguien en casa ☐ HeadStart ☐ Otro:	**Nombre y Domicilio del Preescolar:**	**Asiste al preescolar estos días:** ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mié ☐ Jue ☐ Vie ☐ Sá/Dom **Número de Horas al día:**

¿Su niño recibe servicios de Educación Temprana o Terapias / Servicios Privados? ☐ Sí ☐ No	(Si marcó Sí, por favor marque cuáles servicios abajo) ☐ Terapía del Habla ☐ Terapía de Desarrollo ☐ Terapia Ocupacional ☐ Terapia Física ☐ Trabajadora Social ☐ Otro:

¿Últimamente ha sucedido algún evento que haya afectado a su niño/a en el desarrollo?
(ejemplo: muerte/divorcio/bebé nuevo/cambio de casa)
☐ Sí ☐ No
(Si marcó Sí, explique)

¿Hubo algún problema de salud durante el embarazo o al nacer el niño/a? ☐ Sí ☐ No (Si marcó Sí, explique)	**Edad de la madre cuando nació su primer bebé:** **Edad de la madre cuando nació este hijo/a:**

¿Se le ha diagnosticado algún problema de salud o médico a su hijo/a recientemente?
☐ Sí ☐ No (Si marcó Sí, explique)

¿Su hijo/a tiene acceso a cuidado de salud y visitas al médico? ☐ Sí ☐ No	**Médico Familiar:** (escriba el nombre)

Por favor indique cualquier área de preocupación acerca de su hijo/a: ☐ Ninguna Preocupación – Solo revisión de desarrollo

☐ Aprende lento comparado a niños de la misma edad	☐ Parece estar triste o deprimido seguido
☐ No tiene/limitado el lenguaje/palabras/comunicación	☐ No juega con juguetes como niños de la misma edad
☐ Entendimiento o Comprensión de Lenguaje	☐ Auto ayuda/Habilidades Funcionales
☐ Comportamiento difícil/No hace caso	☐ Visión/Oído: (escriba)
☐ Suele ser callado/penoso cuando está con otros	☐ Habilidades Motrices (objetos pequeños/usando crayones/brincando/corriendo)
☐ Tiene experiencia limitada con otros niños	☐ Otro: (escriba)

Si necesita, por favor explique abajo:

¿Cómo se enteró de nuestra Prueba de Desarrollo o Programa de Educación Temprana? (escriba abajo)

Por favor traiga este formulario *completo* a su cita junto a cualquier otro formulario que esté incluido en este paquete.

Si necesita ayuda o tiene preguntas de cualquier formulario por favor comuníquese a la Oficina de Educación Temprana al (331) 228-2884

Distrito Escolar Comunitario Nº 303

Encuesta del Idioma del Hogar/Información Sobre la Raza y Etnicidad

El estado requiere que el distrito recoja una Encuesta del Idioma del Hogar para cada nuevo estudiante. Esta información se utiliza para contar los estudiantes cuyas familias hablan un idioma distinto del Inglés en el hogar. También ayuda a identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados para el dominio del idioma Inglés.

Nombre del Estudiante:_____ **Grado**:_____

Escuela:_____ **Teléfono:**_____

1. **¿Se habla en su casa otro idioma que no es el inglés?**
   ☐ No ☐ Sí ¿Cuál idioma? _____

2. **¿Habla su niño/a un idioma que no es el inglés?**
   ☐ No ☐ Sí ¿Cuál idioma? _____

Si la respuesta a las preguntas 1 o 2 es "Si", la ley requiere que la escuela evalúe el dominio del idioma ingles de su hijo. Por favor complete la encuesta extendida del idioma en el hogar.

3. **Yo prefiero las comunicaciones escolares en:** ☐ **Inglés** ☐ **Español**

Parte A. ¿Es su hijo Hispano/Latino? (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.) **Escoja sola una**.

☐ No, no es Hispano/Latino ☐ Sí, es Hispano/Latino

Parte B. ¿Cuál es la raza de su hijo? Escoja una o más de las siguientes.

☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska**: Una persona que tiene orígenes en cualquier pueblo original de Norteamérica o Sudamérica, incluyendo América Central y que mantiene afiliación tribal o comunitaria.

☐ **Asiático**: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste de Asia, o el Subcontinente Índio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ **Negro o Afroamericano**: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

☐ **Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico:** Una persona que tiene orígenes en cualquier pueblo originario de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas del Pacífico.

☐ **Blanco**: Una persona que tiene orígenes en cualquier pueblo de Europa, el Medio Oriente, o el Norte de África.

_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

23 IL Adm. Code 228.15

Distrito Escolar Comunitario № 303

Encuesta Extendida del Idioma en el Hogar

Nombre del Estudiante:_____

Nombre(s) de los Padres:_____ Grado en que va a entrar:_____

Lugar de Nacimiento (ciudad, estado, país):_____ Fecha de Nacimiento:_____

Fecha de ingreso en las escuelas de los Estados Unidos:_____

¿Dónde asistió a la escuela su hijo/a fuera de los Estados Unidos?

_____

País_____Ciudad_____

EDUCACIÓN DEL ESTUDIANTE

	Pre-escolar	Kinder	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Años escolares completados **fuera de los EE.UU**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Años escolares completados **dentro de los EE.UU**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Años en clases Bilingües o de Inglés como Segundo Idioma (ESL)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Años en clases de educación especial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

USO DEL IDIOMA

1. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo? _____

2. Escriba qué idiomas se hablan normalmente en su casa_____

3. ¿Qué idioma usa usted (padre/guardián) más frecuentemente para hablar con su hijo?_____

4. ¿Qué idioma usa su hijo más frecuentemente cuando él habla con usted?_____

¿Habla con sus hermanos?_____ ¿Habla con sus amigos?_____

6. ¿Su hijo lee en otro idioma aparte de inglés? ☐ Sí ☐ No

¿Qué idioma?_____

7. ¿Su hijo escribe en otro idioma aparte de inglés? ☐ Sí ☐ No

¿Qué idioma?_____

Firma de Padre/Guardián_____ Fecha_____

Distrito Escolar Comunitario 303

Nueva Información de Registro del Estudiante

Este formulario debe ser llenado, firmado y devuelto a la escuela para cada estudiante.

Nombre del Estudiante:_____ **Escuela y Grado:**_____ **Fecha**_____

INFORMACIÓN PARA HIJOS DE PADRES EN LAS FUERZAS ARMADAS: La información dada nos ayudará a identificar familias de Illinois que forman parte de las fuerzas armadas. Su respuesta a estas preguntas voluntarias ayudará a las escuelas obtener asistencia del Departamento de Defensa de Estados Unidos para hijos cuyos padres/guardianes sirven en el ejército, la Guardia Nacional o la Reserva .

¿Alguno de los padres/guardianes del niño sirve en las Fuerzas Armadas, incluyendo, la Guardia Nacional o Reserva?

☐ SI ☐ NO

¿Alguno de los padres o guardianes del niño está actualmente sirviendo en una misión militar activa o espera ser enviado a una misión militar durante este año?

☐ SI ☐ NO

¿Alguno de los padres o guardianes ha regresado de una misión militar durante los últimos seis (6) meses?

☐ SI ☐ NO

PASEOS ESCOLARES: De vez en cuando podemos tomar excursiones educativas en los alrededores**.** Su firma da permiso para que el estudiante mencionado anteriormente pueda asistir a excursiones educativas en el Distrito Escolar Comunitario 303. ***Se le notificará antes de cada paseo.***

AUTORIZACIÓN DEL DISTRITO DE ACCESO A LA RED ELECTRÓNICA: He leído la política del Distrito sobre el acceso a las redes electrónicas (http://district.d303.org/6235-access-electronic-networks) y Autorización del Distrito para el Acceso a la Red Electrónica (6:235 AP1). Entiendo que la falta de cualquier estudiante de seguir los términos de esta política y procedimiento administrativo dará lugar a la pérdida de privilegios, acción disciplinaria y/o acción legal apropiada.

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y/O ESTUDIANTE DEL MANUAL DE ESTUDIANTE: Entiendo que todos los estudiantes serán considerados responsables de su comportamiento y estarán sujetos a las consecuencias explicadas en el manual del estudiante encontrado en el sitio web del distrito en http://district.d303.org/student-handbooks.

FERPA otorga a los padres custodios y no custodios ciertos derechos con respecto a los expedientes académicos de sus hijos, a menos que se le proporcione a la escuela evidencia de que una orden judicial o ley estatal estipula específicamente lo contrario. Si no es así, los padres custodios y no custodios ambos tienen el derecho de acceder a los registros de educación de sus hijos, el derecho a pedir que se modifiquen tales registros, el derecho a dar su consentimiento antes de que se divulgue la información de identificación personal en los registros (excepto en determinadas circunstancias descritas en las regulaciones FERPA, algunas de las cuales se discuten a continuación), y el derecho a presentar una queja ante el Departamento. Los "registros de educación" son aquellos que contienen información directamente relacionada con un estudiante y que son mantenidos por una agencia o institución educativa, o por un representante de la agencia o institución. Tenga en cuenta que cuando el estudiante cumple los 18 años de edad o asiste a una institución de educación superior, se convierte en un "estudiante apto", y todos los derechos FERPA se transfieren de los padres al estudiante.

Firma de los padres:_____ Fecha:_____

Firma del Estudiante:_____ Fecha:_____

Servicios Escolares de Salud del Distrito Escolar Comunitario 303

Estimados Padres de Niños que Empezarán en el Programa de Educación Temprana o Pre-K,

La salud de su hijo/a es muy importante al proceso educativo y por eso, el estado de Illinois requiere un examen de salud completo para los niños que inscriben en una escuela de Illinois por la primera vez.

Los formularios del examen médico completo y de las inmunizaciones requeridas **se deben entregar al distrito antes del primer día de clases** para todos que van a empezar en Pre-kinder o Educación Temprana. Los estudiantes que no entregan los formularios de salud requeridos serán excluidos de la escuela hasta que los requisitos de salud sean reunidos.

Por favor observe los siguientes requisitos de salud:

EL EXAMEN MÉDICO:

- El examinador tiene que ser un médico licenciado para ejercer la medicina en todas sus ramas, un asistente médico licenciado, o una enfermera de práctica avanzada. Un examen por un quiropráctico no es aceptable.
- La parte de Historia Médica en la parte trasera del formulario Certificado de Examen Médico del Niño se tiene que completar y firmar por el padre o guardián antes del examen de su hijo/a.
- Informe a su médico de cualquier enfermedad conocida, preocupación física o de la salud que podría ser importante en la determinación de la condición física de su hijo/a.
- El examen médico tiene que incluir una evaluación de todos los sistemas del cuerpo incluyendo:
  - Estatura, peso, tensión arterial, una evaluación para descartar diabetes/IMC,
  - Se requiere una evaluación de sangre para evaluar plomo para los niños de seis años y menores para admisión en los programas de prekinder o kinder.
- El examinador tiene anotar los medicamentos, restricciones de dieta, alergias, equipo especial u otras necesidades.

INMUNIZACIONES REQUERIDAS:

Prueba de inmunidad contra las siguientes enfermedades se tiene entregar según el siguiente horario:

- 4 dosis de DPT (Difteria, Tos Ferina, Tétanos)
- 3 dosis de Polio
- 1 dosis de MMR después de 12 meses de edad
- 1 dosis de Varicela en o después del primer cumpleaños o una declaración escrita por un médico que verifica la enfermedad varicela
- Serie de 3 dosis de Hepatitis B recibida por el intervalo correcto
- Vacuna HIB (a la edad de 2 años o después antes de entrar en Pre-K En-Riesgo o el Programa de Educación Temprana)
- Pneumococcal vacuna

Todos los formularios de salud se pueden obtener en el sitio web de CUSD 303, www.d303.org bajo de "**For Parents**" bajo de "**Forms**." También, todos los formularios son disponibles en la escuela de su hijo/a.

Si su hijo/a tiene una condición médica que podría afectar a una parte del día escolar, por favor, comuníquese con la Enfermera Escolar Certificada de la escuela de su hijo/a para que los cambios o modificaciones puedan ser hechos.

Gracias por su cooperación con estos asuntos de la salud importantes.

Servicios Escolares de Salud del Distrito Escolar Comunitario 303

STATE AND CUSD 303
MEDICAL/DENTAL/VISION REQUIREMENTS BY GRADE

*This table reflects the vaccines that are **mandated** in association with grades when a physical is required, a dental exam is required or a special vaccine is mandated. (Early Childhood, Kindergarten, Second, Sixth, Ninth and Twelfth grades). Students entering any other grade are subject to the minimum immunization requirements required for entry into a school in the State of Illinois. Your school nurse will review all vaccine and physical exam data for students to assure compliance.*

Care For Kids

CLICK HERE FOR HEALTH / DENTAL / EYE EXAM FORMS

	EC	Kdg	2nd	6th	9th	12th
Physical Exam	Due prior to the first day of attendance	Due prior to the first day of attendance		Due prior to the first day of attendance	Due prior to the first day of attendance	
	*Note: Diabetic and Lead screening are required. Parent must complete and sign Health History portion. A TB test is recommended for Early Childhood students.					
Dental Exam	Recommended but not required	Required	Required	Required		
Vision Exam		Required	Required for transfer students new to Illinois			
IMMUNIZATIONS						
Diphtheria/ Tetanus/ Pertussis (DTP/DTaP)	4 doses (4th dose must be 6 mos or more after 3rd dose)	4 or more doses with last dose after 4th birthday		Required for students in grades sixth thru ninth (if not already received after age 4)		
Tetanus/ Diphtheria /Pertussis (Tdap)				1 dose required for students in grades six thru twelve (if not already received after age 10)		
Polio (IPV/OPV)	3 doses administered at proper intervals	3 or more doses with last dose after 4th birthday	Required for students in grades kindergarten thru twelfth (if not already received)			
Varicella	1 dose required after the age of 12 months	2 doses administered at proper intervals		2 doses administered at proper intervals (if not already received.)	2 doses administered at proper intervals (if not already received.)	
Hepatitis B	3 doses administered at proper intervals			3 doses administered at proper intervals (if not already received.)	3 doses administered at proper intervals (if not already received.)	3 doses administered at proper intervals (if not already received.)
Measles/Mumps / Rubella (MMR)	1 dose after the age of 12 months	2 doses of MMR or 2 doses of the measles, mumps and rubella live vaccines administered at proper intervals. Required for students in grades kindergarten thru twelve (if not already received).				
Haemophilus Influenzae Type B (Hib)	Primary series and booster administered at proper intervals or 1 dose after 15 months					
Pneumococcal	Primary series or a single dose between 24-59 months of age.					
Meningococcal (MCV)				1 dose required for students entering sixth grade received on or after their tenth birthday.		2nd dose or initial dose required after 16th birthday.

CLICK HERE FOR HEALTH / DENTAL / EYE EXAM FORMS

State of Illinois
Certificate of Child Health Examination

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

IMMUNIZATIONS: **To be completed by health care provider. The mo/da/yr for *every* dose administered is required. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached by the health care provider responsible for completing the health examination explaining the medical reason for the contraindication.**

REQUIRED Vaccine / Dose	**DOSE 1** MO DA YR	**DOSE 2** MO DA YR	**DOSE 3** MO DA YR	**DOSE 4** MO DA YR	**DOSE 5** MO DA YR	**DOSE 6** MO DA YR
DTP or **DTaP**						
Tdap; **Td** or Pediatric **DT (**Check specific type)	☐Tdap☐Td☐DT	☐Tdap☐Td☐DT	☐Tdap☐Td☐DT	☐Tdap☐Td☐DT	☐Tdap☐Td☐DT	☐Tdap☐Td☐DT
Polio (Check specific type)	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV
Hib Haemophilus influenza type b						
Pneumococcal Conjugate						
Hepatitis B						
MMR Measles Mumps. Rubella				**Comments:**		
Varicella (Chickenpox)						
Meningococcal conjugate (MCV4)						
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose						
Hepatitis A						
HPV						
Influenza						
Other: Specify Immunization Administered/Dates						

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

Signature **Title** **Date**

Signature **Title** **Date**

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis (measles, mumps, hepatitis B) is allowed when verified by physician and supported with lab confirmation. Attach copy of lab result.
***MEASLES (Rubeola)** MO DA YR ****MUMPS** MO DA YR **HEPATITIS B** MO DA YR **VARICELLA** MO DA YR

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

Date of Disease **Signature** **Title**

3. Laboratory Evidence of Immunity (check one) ☐Measles* ☐Mumps ☐Rubella ☐Varicella Attach copy of lab result.**

*All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.
**All mumps cases diagnosed on or after July 1, 2013, must be confirmed by laboratory evidence.

Completion of Alternatives 1 or 3 MUST be accompanied by Labs & Physician Signature: _____
Physician Statements of Immunity MUST be submitted to IDPH for review.

Certificates of Religious Exemption to Immunizations or Physician Medical Statements of Medical Contraindication Are Reviewed and Maintained by the School Authority.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.

HISTORIAL MÉDICO- PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES/TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)	Sí No	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí No	
¿Tiene diagnóstico de asthma? ¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí No		¿Tiene pérdida de funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí No	
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí No		¿Ha sido hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No	
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí No				
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí No		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No	
¿Tiene diabetes?	Sí No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí No	
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí No	*Si contestó sí, refiera al departamento de salud local
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí No	
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí No	
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí No		¿Toma alcohol/drogas?	Sí No	
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí No		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí No	
¿Problemas con los ojos/visión? _____ Lentes ☐ Lentes de Contacto ☐ Último examen _____ ¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)			Dental ☐ Ganchos ☐ Puente ☐ Placas Otro		
¿Tiene problemas de los oídos/no oye bien?	Sí No		La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos/articulaciones/heridas/escoliosis?	Sí No		**Firma del Padre/Tutor**		**Fecha**

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS

Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old **HEIGHT** **WEIGHT** **BMI** **B/P**

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

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

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

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

No test needed ☐ **Test performed ☐** **Skin Test: Date Read / / Result: Positive ☐ Negative ☐ mm_____**

Blood Test: Date Reported / / Result: Positive ☐ Negative ☐ Value

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

SYSTEM REVIEW	**Normal**	**Comments/Follow-up/Needs**		**Normal**	**Comments/Follow-up/Needs**
Skin			**Endocrine**		
Ears		Screening Result:	**Gastrointestinal**		
Eyes		Screening Result:	**Genito-Urinary**		LMP
Nose			**Neurological**		
Throat			**Musculoskeletal**		
Mouth/Dental			**Spinal Exam**		
Cardiovascular/HTN			**Nutritional status**		
Respiratory		☐ Diagnosis of Asthma	**Mental Health**		
Currently Prescribed Asthma Medication: ☐ Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) ☐ Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			**Other**		
NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting			**DIETARY** Needs/Restrictions		

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

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

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

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

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

Print Name (MD,DO, APN, PA) **Signature** **Date**

Address **Phone**

Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria 303
Encuesta para Servicios de Salud

Para mejor servir a nuestros estudiantes, le pedimos que usted provea la siguiente información de salud.

1.	**¿Ha sufrido su hijo/a una enfermedad, herida o procedimiento quirúrgico serio este año pasado?** Si contestó en lo afirmativo, por favor dé detalles:	Sí ☐ No ☐
	¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
2.	**¿Tiene su hijo/a alguna alergia/sensibilidad que le puede afectar a él o ella en la escuela?** Si contestó en lo afirmativo, por favor dé detalles:	Sí ☐ No ☐
	¿Es la alergia de su hijo/a tan severa que pueda llegar a apeligrar su vida? Por favor anote todos los medicamentos que se le hayan recetado a su hijo/a para la alergia:	Sí ☐ No ☐
	¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
3.	**¿Tiene su hijo/a asma?** ¿Es el asma de su hijo/a leve, moderada o seria? *Por favor circule uno* ¿El asma es provocada a su hijo/a por cambios de temporada, ejercicio, enfermedad, alergias? *Circule todo lo que aplique* Por favor anote todos los medicamentos que se le hayan recetado a su hijo/a para el asma:	Sí ☐ No ☐
	¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
4.	**¿Tiene su hijo/a un historial de convulsiones?** Si contestó sí, explique por favor la naturaleza del historial de convulsiones de su hijo/a:	Sí ☐ No ☐
	¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo/a? Por favor anote todos los medicamentos para convulsiones que se le hayan recetado a su hijo/a:	
	¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
5.	**¿Tiene su hijo/a un historial de condición cardiaca?** Si contestó sí, por favor explique la naturaleza del historial de condición cardiaca de su hijo/a:	Sí ☐ No ☐
	¿Está su hijo/a actualmente bajo el cuidado de un cardiólogo? Por favor anote todos los medicamentos cardiacos que tome su hijo/a:	Sí ☐ No ☐
	¿Tendrá su hijo/a que tomar medicamentos, estar restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
6.	**¿Tiene su hijo/a alguna otra preocupación de salud; física, emocional o relacionada a la atención que pueda impactarlo/a mientras está en la escuela?** Si contestó sí, por favor dé detalles:	Sí ☐ No ☐
	¿Tiene su hijo/a que tomar medicamentos en casa o requiere medicina, está restringido de participar en ciertas actividades o necesitará arreglos especiales mientras esté en la escuela?	Sí ☐ No ☐
7.	**¿Usa su hijo/a lentes/contactos o tiene algún impedimento visual?** Si contestó sí, por favor explique la naturaleza del impedimento visual:	Sí ☐ No ☐
8.	**¿Sabe usted si su hijo/a tiene alguna pérdida de audición, tubos en los oídos o infecciones de oído frecuentes?** Si contestó sí, por favor explique la naturaleza, y frecuencia de la dificultad auditiva de su hijo/a:	Sí ☐ No ☐

Mantendremos esta información confidencial y sólo la compartiremos con el personal educativo según sea necesario.
Por favor comuníquese con la enfermera de la escuela si no desea que se comparta esta información.
Encontrará información y formularios de salud bajo "Health Services" en www.d303.org

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Firma del padre/guardián: _____ Año Escolar: _

Community Unit School District 303

Jennifer Mursu • Early Childhood Education Department • (331) 228-4834

Para: Queridos Padres/Tutores
Relacionado con: Proporcionar individualmente refrigerio (snack) diariamente.

Se les pide a los padres proveer un pequeño refrigerio/bebida saludable, cada día. El Distrito Escolar no estará brindando refrigerios (snacks) para estudiantes. El refrigerio (snack) no deberá ser compartido con los otros estudiantes. Si su niño(a) está asistiendo al Programa de Primera años de Infancia para todos, por favor pónganse en contacto con el maestro(a) de su niño(a) para más detalles sobre los refrigerios (snack).

Estamos comprometidos a proporcionar seguridad y un ambiente de cordial bienvenida para todos los estudiantes de nuestra escuela. Debido al gran número de alergias, en los salones de clase de educación de Primera Infancia, todos han sido designados como salones **libres- de Frutos Secos**. (Nuez, cacahuate, almendra etc.)

Mientras que algunas reacciones alérgicas pueden ser leves, muchos estudiantes con alergias alimenticias graves experimentan síntomas graves y potencialmente mortales al comerse (y en algunos casos solamente al tocar y oler) ciertos alimentos. Tenga cuidado de **NO** enviar los alimentos al salón de clase que contengan frutos secos (nuez, cacahuates, avellanas, etc.). Consulte los ingredientes y la información de alergias en las etiquetas en la parte de atrás de cada producto.

Sugerencia para Refrigerios (snacks).

No comidas refrigeradas, sin una bolsa de hielo
Frutas frescas
Vegetales
Cereal
Pasas
Barras de Granolas que **no** contengan (cacahuate, almendras, nueces, avellanas, pistachos etc.)
Comidas que los niños puedan abrir fácilmente.

Por favor llamar a la Oficina de Salud de la Escuela si tiene alguna pregunta o sugerencia.
Gracias por ayudarnos a hacer este año escolar seguro para todos los estudiantes.

Sinceramente,

Departamento de los Primeros años de la Infancia.

PERMISO PARA RECOGIDO

School Year

Para la seguridad y protección de su hijo/a, nosotros no podemos dejarlo ir de la escuela con alguien a menos que usted, como padre o tutor, así lo especifique.

Por favor ponga en lista los adultos que tengan su permiso para recoger a su hijo/a de la escuela.

* Si su esposo/a o su ex-esposo/a **no tiene** derecho a transportar a su hijo/a, por favor indíquelo a continuación y escriba su nombre y dirección.

☐ **¡NO TIENE DERECHO A RECOGER A MI HIJO/A!**

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
_____	_____	_____

Adultos que **sí pueden** recoger a mi hijo/a:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

_____ _____
Nombre del Estudiante Fecha

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Teléfono