



CENTRALIZED REGISTRATION

EAST AURORA SCHOOL DISTRICT 131

Welcome Center | 1480 Reckinger Rd. | Aurora, IL 60505
(630) 299-7302 | enroll@d131.org | www.d131.org

¡Bienvenidas familias nuevas al Este de Aurora!

Este paquete contiene el material de inscripción de su hijo(a) para el año escolar 2017-2018. Por favor, complete todos los formularios adjuntos y tráigalos para la inscripción de Kindergarten.

Los estudiantes deben inscribirse en el Centro de Kindergarten Benavides o en la escuela que les corresponde.

HERMES & BEAUPRE	21 de marzo de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
BARDWELL & KRUG	22 de marzo de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
ALLEN & JOHNSON	23 de marzo de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
BENAVIDES KINDERGARTEN CENTER	24 de marzo de 2017	8:30-11 am
OAK PARK & O'DONNELL	4 de abril de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
GATES & BRADY	5 de abril de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
DIETERICH & ROLLINS	6 de abril de 2017	8:30-11am & 5-7:30pm
BENAVIDES KINDERGARTEN CENTER	7 de abril de 2017	8:30-11am
BENAVIDES KINDERGARTEN CENTER	8 de abril de 2017	9:00am-12:00pm

Qué documentos necesita presentar para la inscripción al Kindergarten:

- **Acta de nacimiento** – Documento original o copia certificada.
- **Identificación con fotografía o licencia de conducir del padre/madre o tutor.**
- **Declaración jurada** – Si usted no es el padre/madre o tutor legal del estudiante y ha asumido responsabilidad de un estudiante.
- **Comprobante de domicilio** – Debe presentar **tres (3)** documentos con el nombre del padre/madre o tutor. Por ejemplo: Título de propiedad, documentos de préstamo hipotecario o contrato de arrendamiento, factura reciente de servicio público, tarjeta médica, comprobante de seguro médico/automóvil.

Si en este momento usted vive en un hogar temporal o no tiene donde vivir, por favor comuníquese al Centro de Bienvenida (*Welcome Center*) al número 630-299-7302.

Qué hacer si no asiste a la inscripción de Kindergarten:

- **Después del 8 de abril** puede presentarse en al Welcome Center, ubicado en :
1480 Reckinger Rd., Aurora, IL. 60505
 - Horario de oficina para inscripción: De lunes a jueves de 9:00 a.m.-2:00 p.m.
 - Solo con cita después de las 2:00 p.m.
- **Presente los documentos antes mencionados en la oficina de inscripción.**

Por favor, si tiene preguntas no dude en comunicarse a la oficina central de inscripción al número (630) 299-7302.

Muchas gracias.

Oficina central de inscripción del Este de Aurora



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Identificación del estudiante: _____

Información del estudiante Escuela _____ Grado _____ Sexo M F

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Sufijo)

Ciudad, estado, país de nacimiento _____ Apellido de soltera de la madre _____

Última escuela a la que asistió: _____ ¿El estudiante ha asistido al Distrito 131? Sí No

¿Su hijo(a) ha recibido algún servicio de Educación especial/Plan de educación individualizada o Plan médico 504? Sí No

Información del padre/tutor del hogar principal número de teléfono de casa _____

El estudiante vive con: Ambos padres Solo con la madre Solo con el padre Tutor legal
 Madre/Padrastro Padre/Madrastra Padres de crianza Solo

Domicilio _____ Apt. _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de tutor #1 _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono móvil _____ No. telefónico del trabajo _____ Correo electrónico _____

Idioma de preferencia: Inglés Español

Nombre de tutor #2 _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono móvil _____ No. telefónico del trabajo _____ Correo electrónico _____

Idioma de preferencia: Inglés Español

Hermanos (estudiantes que viven en el hogar principal y asistan al Distrito 131)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Información del Segundo hogar (Padre/tutor que no vive en el domicilio familiar antes mencionado).

Nombre del tutor _____ Parentesco con el estudiante _____

Teléfono móvil _____ No. telefónico del trabajo _____ Correo electrónico _____

Domicilio _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Quieres que esta persona tenga acceso al portal de estudiante o reciba correo del distrito (i.e. calificaciones)? Si No

Información sobre el contacto de emergencia (diferente al padre/tutor)

Nombre _____ Parentesco _____ No. Telefónico _____

Nombre _____ Parentesco _____ No. Telefónico _____

Nombre _____ Parentesco _____ No. Telefónico _____

Servicio militar Sección A: ¿Está uno de los padres/tutores en las fuerzas armadas? Sí No Si su respuesta es sí, responda la sección B
Fuerzas armadas Sección B: ¿Está o estará uno de los padres/tutores asignado al servicio activo en los próximos 12 meses? Sí No

**Toda la información en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Falsificar intencionalmente cualquier información en este formulario es un delito menor clase C. **

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Table with 6 columns: Birth Certificate, Address Verification, Boundary Verification, Health Survey, Home Language Survey, Date Entered US. Row 2: Date Emailed, Docs Uploaded, Records Req. Sent, Packet Flagged Date, IC Updated.



Nombre del estudiante: _____

Instrucciones: Esta forma debe completarse por los padres o tutores del estudiante y deben responderse ambas preguntas. **Parte A** pregunta sobre la etnicidad y **Parte B** pregunta sobre la raza del estudiante. Si usted se niega a responder a cualquiera de las dos preguntas, se estipula que el distrito escolar proporcione la información faltante por medio de la identificación de un testigo.

Parte A. ¿Éste estudiante es hispano/latino? Elija solo una

- No, es hispano/latino
- Si, hispano/latino

La pregunta anterior es sobre etnicidad, no raza. Sin tomar en cuenta cual respuesta seleccionó, continúe y responda a la siguiente pregunta, marcando una o más casillas para indicar a cual raza considera usted que pertenece el estudiante.

Parte B. ¿Cuál es la raza del estudiante? Elija una o más

- Indio americano/nativo de Alaska**
Una persona que tenga descendencia familiar de:
 - México
 - Puerto Rico
 - Suramérica
 - Centroamérica
 - Norteamérica
 - Afiliación de tribu

- Asiático**
Una persona que tenga descendencia familiar de:
 - Lejano oriente
 - Asia/India
 - Cambodia, Filipinas, Pakistán
 - China, Japón, Corea, Tailandia, Vietnam

- Africano/Afroamericana**
Una persona que tenga descendencia familiar de:
 - Grupos de raza negra de África

- Nativo de Hawai/de las islas del pacifico**
Una persona que tenga descendencia familiar de:
 - Hawai
 - Guam
 - Samoa
 - Las islas del pacífico

- Raza blanca**
Una persona que tenga descendencia familiar de:
 - Europa
 - Medio Orienta/África del norte

Firma de Padre/Tutor: _____ **Date:** _____

_____ Observer Identification Initials



Para asegurar la buena salud de todos los estudiantes, el Estado de Illinois ha establecido ciertos requisitos médicos para el ingreso escolar y progresión académica. Esto significa que los estudiantes no podrán asistir a clases hasta que presente estos requisitos a la escuela. La siguiente es una lista de dichos requisitos.

1. **Preescolar:** debe presentar el nuevo estudio médico del estudiante en el formulario estatal adecuado y comprobante actual de vacunación. Se recomienda que todos los niños(as) sean evaluados mediante la prueba de detección de plomo y tuberculosis. Por favor, pida a su médico familiar que revise su registro de vacunación para asegurarse que cumple con los requisitos actuales para la asistencia escolar.
2. **Kindergarten:** debe presentar el examen físico nuevo del estudiante y un examen visual detallado en los formularios estatales adecuados. Comprobante actual de vacunación. Se recomienda que todos los niños(as) sean evaluados mediante la prueba de detección de plomo y tuberculosis. Por favor, pida a su médico familiar que revise su registro de vacunación para asegurarse que es actual.
3. **Primer grado:** si el estudiante no pudo presentar la documentación del estudio médico, comprobante de vacunación o examen visual detallado en el año escolar previo; el estudio médico del estudiante junto con el comprobante de vacunación y el examen visual detallado serán necesarios para la asistencia escolar de este año escolar.
4. **Sexto grado:** comprobante del nuevo estudio médico del estudiante en el formulario estatal adecuado y comprobante actual de vacunación. Por favor, pida a su médico familiar que revise su registro de vacunación para asegurar que cumplen los requisitos actuales.
5. **Noveno grado:** el nuevo examen físico en el formulario estatal adecuado y comprobante del registro de vacunación reciente para asegurar que cumplen con los requisitos.
6. **Doceavo grado:** debe presentar comprobante de 2 dosis de la vacuna contra el meningococo (una dosis recibida en o después de los 16 años).
7. **Estudiante de transferencia en el estado:** debe presentar comprobante del estudio médico del estudiante y registro actual de vacunación al momento de la inscripción.
8. **Transferencia fuera del estado:** debe presentar comprobante del estudio médico del estudiante requerido por el Estado de Illinois al momento de la inscripción. Debe presentar comprobante actual de vacunación dentro de los 30 días después de inscribirse.
9. **Examen dental:** obligatorio para todos los estudiantes de ingreso a kindergarten, segundo y sexto grado antes del 15 de mayo del año académico.
10. **Examen visual:** obligatorio para todos los estudiantes de ingreso a kindergarten o inscritos en una escuela pública de Illinois por primera vez.

Los estudiantes participantes en deportes necesitan tener un examen físico anual para deportes (los formularios IHSA están disponibles con el entrenador, la enfermera escolar o su médico). El examen físico para deportes **no** se acepta como el formulario del estudio médico del estudiante requerido para inscribirse.

Le pedimos atienda este asunto lo antes posible y regrese la información a la escuela para que la educación de su hijo(a) no se vea interrumpida. Si tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese a la escuela para más información. Muchas gracias por su cooperación en este importante asunto.

Si necesita recursos, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela de su estudiante.



ENCUESTA ANUAL DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre de la escuela: _____

Nombre:	No. de identificación:	Fecha de nacimiento: Edad: Grado:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Padre/Tutor: (Persona que complete este formulario)		No. telefónico de casa: Teléfono móvil:	Fecha:

¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes condiciones?	SÍ	NO	Si es, Sí; por favor explique e incluya la fecha:
Alergias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Otro
Alergia a la picadura de abeja <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Inflamación (solo en el lugar de la picadura) <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Inflamación (en todo el cuerpo) <input type="checkbox"/> Inflamación (solo el rostro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de acción sobre anafilaxis proporcionado a la oficina de salud <input type="checkbox"/> Requiere auto inyector de epinefrina (EPI-PEN) Lo lleva consigo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alergia hacia alimentos Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Inflamación (en todo el cuerpo) <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Inflamación (solo el rostro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Requiere auto inyector de epinefrina (EPI-PEN) Lo lleva consigo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Plan de acción sobre alergia hacia alimentos proporcionado a la oficina de salud <input type="checkbox"/> Declaración del médico para la sustitución de alimentos proporcionado a la oficina de salud
Asma El estudiante lleva consigo un inhalador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inhalador proporcionado a la oficina de salud <input type="checkbox"/> Plan de cuidado sobre el asma proporcionado a la oficina de salud
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de cuidado al diabético proporcionado a la oficina de salud
Trastorno de Convulsión/Ataque epiléptico Fecha de último episodio: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de cuidado sobre convulsión proporcionado a la oficina de salud
Problema o condición visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
Problema o condición auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Implante coclear

INDIQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SE APLIQUEN A SU HIJO(A):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención ADHD | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migrañas | <input type="checkbox"/> Condición urinaria |
| <input type="checkbox"/> Asma/Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Condición de salud mental
(Depresión, Trastorno alimenticio, Ansiedad, |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno de Asperger | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Un solo órgano (<input type="checkbox"/> Riñón, <input type="checkbox"/> Testículo) | oposición desafiante, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Condiciones gastrointestinales
(Úlcera, Reflujo, Síndrome de colon irritable) | <input type="checkbox"/> Condición de la piel: _____ | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Por favor mencione nombre, dosis, horario(s)
Se administra en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se administra en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA	SÍ	NO	Por favor, indique todas las que aplique
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Órtesis pie-tobillo <input type="checkbox"/> Otro:
TRATAMIENTOS	SÍ	NO	
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insulina/Supervisión de glucosa <input type="checkbox"/> Inhalador/Nebulizador/Supervisión de flujo máximo <input type="checkbox"/> Dieta especial

¿Actualmente su hijo(a) se encuentra bajo tratamiento médico/cuidado por largo plazo o condición crónica? No Sí

Si es Sí, por favor explique: _____

¿Su hijo(a) tiene necesidades o previsiones especiales durante su estancia en la escuela? No Sí

Si es Sí, por favor explique: _____

LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD PODRÍA COMPARTIRSE CON EL PERSONAL ESCOLAR ADECUADO

Firma del padre/tutor _____

Parentesco con el estudiante _____

Fecha _____



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#
Last	First	Middle		Month/Day/Year			
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home	
Street	City	Zip Code					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			DOSE 2			DOSE 3			DOSE 4			DOSE 5			DOSE 6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP																		
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT			<input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> DT		
Polio (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV			<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV		
Hib Haemophilus influenzae type b																		
Pneumococcal Conjugate																		
Hepatitis B																		
MMR Measles Mumps. Rubella																		
Varicella (Chickenpox)																		
Meningococcal conjugate (MCV4)																		
RECOMMENDED, BUT NOT REQUIRED Vaccine / Dose																		
Hepatitis A																		
HPV																		
Influenza																		
Other: Specify Immunization Administered/Dates																		

Comments:

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anótelas todas:	MEDICINAS (Anote todas las recetadas o tomadas con regularidad)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿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		¿Ha tenido alguna cirugía?(anótelas todas) ¿Cuándo? ¿Para qué?	Sí No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí No		¿Ha tenido heridas graves o enfermedades?	Sí No
¿Tiene diabetes?	Sí No		¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene heridas en la cabeza/golpe/desmayo?	Sí No		¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí No
¿Tiene convulsiones? Cómo se manifiestan?	Sí No		¿Usa tabaco (tipo, frecuencia)?	Sí No
¿Tiene problemas cardiacos/No respira bien?	Sí No		¿Toma alcohol/drogas?	Sí No
¿Tiene soplo en el corazón/presión arterial alta?	Sí No		¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años? ¿Causa?	Sí No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí No			
¿Problemas con los ojos/visión? <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Último examen <input type="checkbox"/>			Dental <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Otro	
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)				
¿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		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication:
 Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist)
 Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

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** _____



FORMULARIO COMPROBANTE DEL EXAMEN DENTAL ESCOLAR

Para ser completado por el padre/madre (por favor impresión):

Nombre del Estudiante:	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: / / (Mes/Día/Año)
Dirección:	Calle	Ciudad	Código Postal	Número de Teléfono:
Nombre de la Escuela:	Grado:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del padre/madre o encargado:			Dirección del padre/madre o encargado:	

To be completed by dentist: (Para ser completado por el dentista:)

Oral Health Status (check all that apply)

Yes No **Dental Sealants Present**

Yes No **Caries Experience / Restoration History** — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

Yes No **Untreated Caries** — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

Yes No **Soft Tissue Pathology**

Yes No **Malocclusion**

Treatment Needs (check all that apply)

Urgent Treatment — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling

Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc.

Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis

Other — periodontal, orthodontic

Please note _____

Signature of Dentist _____

Date of Exam _____

Address _____
Street City ZIP Code

Telephone _____





State of Illinois Eye Examination Report

Illinois law requires that proof of an eye examination by an optometrist or physician (such as an ophthalmologist) who provides eye examinations be submitted to the school no later than October 15 of the year the child is first enrolled or as required by the school for other children. The examination must be completed within one year prior to the first day of the school year the child enters the Illinois school system for the first time. The parent of any child who is unable to obtain an examination must submit a waiver form to the school.

Student Name _____ (Last) _____ (First) _____ (Middle Initial)

Birth Date _____ (Month/Day/Year) Gender _____ Grade _____

Parent or Guardian _____ (Last) _____ (First)

Phone _____ (Area Code)

Address _____ (Number) _____ (Street) _____ (City) _____ (ZIP Code)

County _____

To Be Completed By Examining Doctor

Case History

Date of exam _____

Ocular history: Normal or Positive for _____

Medical history: Normal or Positive for _____

Drug allergies: NKDA or Allergic to _____

Other information _____

Examination

	Distance			Near
	Right	Left	Both	Both
Uncorrected visual acuity	20/	20/	20/	20/
Best corrected visual acuity	20/	20/	20/	20/

Was refraction performed with dilation? Yes No

	Normal	Abnormal	Not Able to Assess	Comments
External exam (lids, lashes, cornea, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Internal exam (vitreous, lens, fundus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pupillary reflex (pupils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Binocular function (stereopsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accommodation and vergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Color vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oculomotor assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NOTE: "Not Able to Assess" refers to the inability of the child to complete the test, not the inability of the doctor to provide the test.

Diagnosis

Normal Myopia Hyperopia Astigmatism Strabismus Amblyopia

Other _____



State of Illinois Eye Examination Report

Recommendations

1. Corrective lenses: No Yes, glasses or contacts should be worn for:
 Constant wear Near vision Far vision
 May be removed for physical education

2. Preferential seating recommended: No Yes

Comments _____

3. Recommend re-examination: 3 months 6 months 12 months
 Other _____

4. _____

5. _____

Print name _____

License Number _____

Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)
 who provided the eye examination MD OD DO

Address _____

Phone _____

Signature _____

Date _____

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

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



Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Autorización para Viajes de Estudio

Los salones de clase de hoy en día, se extienden más allá de los límites físicos de un salón o inclusive un edificio. Los maestros reconocen los valores de llevar a algunos niños(as) a los viajes de estudio o excursiones. Entre otros beneficios educativos, los niños(as) llegan a observar y escuchar cosas las cuales no pueden ser traídas al salón de clase. En algunos viajes de estudio, los niños(as) toman autobuses escolares. En otros, caminan o utilizan otros medios de transportación.

Si usted firma en el siguiente espacio, su hijo(a) tendrá permitido acompañarnos a los viajes de estudio durante el presente año escolar. Sin embargo, a él/ella todavía se le brindará información para llevar a casa antes de cada viaje de estudio – por medio de una nota, calendario escolar mensual o por algunos otros medios – para informarle sobre el lugar a visitar y la fecha del viaje de estudio. Hasta ese momento, usted podría rehusarse a conceder permiso a su hijo(a) para asistir a ese viaje de estudio en específico. Usted debe saber que el distrito escolar no es necesariamente responsable por todo daño sostenido por un alumno.

He leído la información y consentimiento antes mencionado para que mi hijo(a) asista a los viajes de estudio durante el año escolar y concedo mi permiso a mi hijo(a), para que reciba el tratamiento médico de emergencia en caso de que no pueda ser localizado.

Firma del padre/tutor X _____ Fecha _____

Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia

Yo, como padre o tutor legal del estudiante cuyo nombre está mencionado en esta página, por medio de la presente autorizo y consiento el tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a). Específicamente, autorizo a los empleados del distrito escolar y agentes para administrar cualquier tratamiento médico de emergencia por el proveedor de cuidado médico. Además, autorizo al proveedor del cuidado médico proporcionar tratamiento médico de emergencia que él/ella estime adecuado para tratar cualquier lesión sostenido por mi hijo(a).

Estoy de acuerdo en no acusar e indemnizar al Distrito Escolar 131 del Este de Aurora, su Junta de educación y los miembros de la junta, empleados y agentes, de y en contra de cualquier y todos los reclamos, demandas, lesiones, daños o causas de acción; incluyendo cuotas y costos legales razonables en la defensa de esto, ya sea resultando de o que surja de la provisión del tratamiento médico de emergencia por el personal escolar o un proveedor del cuidado médico.

Firma del padre/tutor X _____ Fecha _____

Autorización para revelar registros médicos al distrito

Por medio de la presente autorizo al proveedor del cuidado médico de mi hijo(a) y previa escuela, revelar el examen físico e información más reciente de mi hijo(a) al Distrito Escolar 131 del Este de Aurora, para la finalización de los registros médicos del estudiante. Esta autorización es válida mientras el estudiante esté inscrito en el Distrito Escolar 131 del Este de Aurora.

Firma del padre/tutor X _____ Fecha _____

SOLICITUD SOBRE NOTIFICACION DE PESTICIDA

El Distrito del Este de Aurora 131 practica la Supervisión integrada de plaga, un programa que combina técnicas preventivas, métodos no químicos de control y uso adecuado de pesticidas con la preferencia por los productos que son los menos dañinos para la salud y el ambiente. El término “pesticida” incluye insecticidas, herbicidas, rodenticidas, y fungicidas. Si usted tiene alguna pregunta o comentario, por favor contáctese con él, Director de Edificios, al 630-299-8355.

Es distrito escolar está estableciendo un registro de personas que deseen ser informadas ANTES del uso de pesticidas. Para ser incluido en este registro, por favor marque el recuadro SI.

Si, Me gustaría ser notificado dos días antes del uso de pesticidas en el escuela.

No, NO necesito ser notificado antes del uso de pesticidas en la escuela.

Yo comprendo que si hay una amenaza inmediata para la salud o propiedad que requiera tratamiento antes de que la notificación pueda ser enviada, recibiré información lo antes posible.

Firma del padre/tutor X _____ Fecha _____



PUBLICACION DE NOMBRE/IMAGEN DE ESTUDIANTES

El Distrito Escolar del Este de Aurora 131 adquiere su fuerza de los ciudadanos que viven y trabajan en el Distrito. La calidad de sus programas escolares depende de la comprensión del público sobre lo que esta sucediendo en sus escuelas.

El Distrito Escolar del Este de Aurora 131 se siente orgulloso de resaltar sus logros, el trabajo diario, y los logros extra curriculares de nuestros estudiantes en varias publicaciones internas y externas. El compartir las noticias escolares beneficia a los estudiantes, al personal, las escuelas, el Distrito y a nuestra comunidad.

De acuerdo a ello, de vez en cuando, el nombre o la imagen de su hijo (a) puede aparecer en varias publicaciones, entre ellas: boletines, páginas de internet, periódicos, calendarios, comunicaciones para los padres, los libros de texto o videos.

El Distrito también emite comunicados de prensa positivos y distribuye fotos para los medios de comunicación externos, los que pueden querer entrevistar, fotografiar o filmar un video de los estudiantes bajo la supervisión del personal de Distrito.

El Distrito no controla las publicaciones de las fotos o nombres de los estudiantes en áreas públicas, incluyendo sitios fuera de las escuelas, reuniones de la Junta de Educación, actividades extracurriculares u otras áreas pobladas por público en general.



Los padres o tutores que no deseen que los nombres o las imágenes de sus hijos sean identificados deberán notificar por escrito al Distrito antes del 15 de septiembre del actual año escolar.

Todos las solicitudes para excluir a los estudiantes se pueden enviar por correo a:

East Aurora School District 131 Communications
417 Fifth Street, Aurora, IL 60505

O, las solicitudes para exclusión de un estudiante se pueden enviar por correo electrónico a: info@d131.org.

En las solicitudes para la exclusión se deberá indicar: el nombre completo del estudiante, la escuela, y una firma del padre o madre.

Una lista de los estudiantes que no pueden ser fotografiados se mantendrá en cada escuela.

La solicitud de exclusión NO evitará que la fotografía y el nombre de su estudiante sea incluido en la publicación del anuario escolar, o de que su estudiante sea fotografiado en los eventos extracurriculares de la escuela o fuera de esta.



NOTIFICACION SOBRE LLAMADAS RECIBIDAS CON MARCADO AUTOMATICO

El Distrito Escolar del Este de Aurora 131 valora la regular comunicación con los padres y tutores para que esas familias estén involucradas en la vida educacional de sus estudiantes. El Distrito regularmente comparte importante información mediante breves mensajes telefónicos y/o correos electrónicos. Estos mensajes ofrecen a menudo información sobre: cierres de emergencia, cambios de horario, próximos eventos, calificaciones, fechas importantes, y actividades estudiantiles. Esas llamadas son importantes para poder mantenerlos informados sobre la vida escolar de sus estudiantes, y asegurar que ellos tengan una exitosa experiencia educacional.

Los padres o tutores que no deseen recibir llamadas con marcado automático de la escuela de sus estudiantes o del Distrito Escolar del Este de Aurora 131, deberán de notificar a más tardar, el 1 de Agosto del 2017. El eliminar su número de teléfono de nuestra lista de llamadas con marcado automático significa que usted no recibirá llamadas de emergencia, incluyendo información sobre el cierre de las escuelas o asuntos relacionados con la seguridad de la escuela.

Todas las solicitudes para excluir a los estudiantes, deben de ser enviadas por correo a:

Lisa Morales
East Aurora School District 131
417 Fifth Street
Aurora, IL 60505

Las solicitudes de exclusión deberán incluir: nombre completo del estudiante, nombre de la escuela a la que ellos asisten, número de teléfono que desee excluir, y una firma de los padres.



Todo uso de la Internet debe ser consecuente con el objetivo del distrito de promover excelencia educativa facilitando el recurso compartiendo, innovando y comunicando. Este Acuerdo/permiso no intenta establecer todas las conductas requeridas o proscritas por los usuarios. Sin embargo, se proporcionan algunos ejemplos específicos. **Los estudiantes serán sujeto a la pérdida de privilegios, acción disciplinaria y/o acción legal adecuada por cualquier violación de este acuerdo o la Póliza de la junta 645/645-R o por cualquier uso inadecuado de la Internet o la red.** Las firmas al final de este documento están vinculadas legalmente e indican que el estudiante y el padre/tutor del estudiante han leído este acuerdo cuidadosamente y comprenden su importancia.

Comprendemos y nos atendremos por el Acuerdo y Permiso para el acceso a la Internet. Comprendemos que si el estudiante comete cualquier violación, los privilegios de acceso del estudiante pueden ser revocados y el estudiante será sujeto a acción disciplinaria y/o acción legal adecuada. En consideración por el uso de la Internet del distrito y el tener acceso a las redes públicas, por medio de la presente redimo al distrito escolar y sus miembros de la junta, empleados y agentes de cualesquier reclamaciones y daños que surjan del uso de o incapacidad en el uso de la Internet.

Comprendemos que el acceso está diseñado para propósitos educativos. Incluso si el distrito escolar proporciona y opera una medida de protección a la tecnología (filtrando) con respecto a cualquiera de sus computadoras con el acceso a la Internet, reconocemos que es imposible eliminar completamente o restringir acceso a todo material controvertido o inadecuado. También comprendemos que el distrito no puede garantizar que “filtrando” el programa será totalmente efectivo o que un estudiante no tendrá acceso a materiales que pueden ser difamatorios, inadecuados, ofensivos o de lo contrario inexacto en el establecimiento escolar. Redimiremos al distrito, sus empleados, agentes y miembros de la junta, de cualquier daño causados por materiales o programa obtenido por medio de la red. Acepto completa responsabilidad sobre la supervisión si se da y cuando el uso de mi hijo no sea en el establecimiento escolar. El abajo firmante ha analizado los términos de este Acuerdo/Permiso.

No se les permitirá el uso de la Internet del distrito a los estudiantes, hasta contar con el permiso firmado en su expediente.

.....
Por favor marque solo una opción

- Por medio de la presente solicitamos que al estudiante se le permita el acceso a la Internet del distrito.
- No deseamos que el estudiante tenga acceso a la Internet del distrito.

FECHA: _____ **NUMERO DEL ESTUDIANTE** _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Por favor en letra impresa): _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (Por favor en letra impresa): _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____





East Aurora Schools District 131

Administrative Service Center
231 E. Indian Trail • Aurora, Illinois 60505 • Telephone (630) 299-7255 • Fax (630) 299-7287

Encuesta sobre el idioma que se habla en casa

El Código escolar de Illinois, requiere que cada distrito escolar administre una encuesta sobre el idioma que se habla en casa para cada estudiante que ingrese a las escuelas del distrito. Esta información se utiliza para reportar al Estado el número de estudiantes cuyas familias hablan otro idioma además del inglés. También ayuda a identificar la necesidad de los servicios de aprendizaje del idioma inglés en las escuelas. Por favor, note que si la respuesta a la pregunta 1 ó 2 (o ambas) es sí, la ley requiere que la escuela evalúe la capacidad de su hijo(a) en el idioma en inglés. Se agradece su cooperación en ayudarnos a cumplir este importante requisito legal.

Nombre del estudiante: _____ Apellido: _____

Grado: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

1. ¿Alguien en casa habla otro idioma que no sea el inglés?

Sí (¿Cuál idioma? _____) No

2. ¿Su hijo(a) habla otro idioma que no sea el inglés?

Sí (¿Cuál idioma? _____) No

Si respondió sí a una o ambas preguntas 1 y 2, por favor responda todas las preguntas de la tabla de abajo.

Si respondió no a AMBAS preguntas 1 y 2, por favor ignore las preguntas de la tabla siguiente y sólo complete la información de la parte inferior de esta página.

Por favor, marque con (✓) inglés, español u otro idioma(s) para cada pregunta.

	Inglés	Español	Otro idioma(s)
¿Qué idioma utilizó su hijo(a) cuando primero empezó a hablar?			
¿Qué idioma habla la familia en casa la mayor parte del tiempo?			
¿En qué idioma le hablan los padres al niño(a) la mayor parte del tiempo?			
¿En qué idioma habla el niño(a) a sus padres la mayor parte del tiempo?			
¿Qué idioma escucha y comprende el niño(a) en casa?			
¿En qué idioma habla el niño(a) a sus hermanos(as) la mayor parte del tiempo?			
¿En qué idioma habla el niño(a) a sus amigos la mayor parte del tiempo?			
¿Alguna vez su hijo(a) ha estado en un programa bilingüe o para aprendices del idioma inglés? <input type="checkbox"/> Sí – ¿En qué grado(s)? _____ ¿Dónde? ¿Cuál escuela/ciudad? _____ <input type="checkbox"/> No			

Nombre y apellido de la persona que completa la encuesta: _____

Persona que completa la encuesta: Madre Padre Tutor legal

Firma del padre/tutor

Número de teléfono

Fecha