

**CENTRO DE EDUCACIÓN TEMPRANA BLAIR  
DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN 2025-2026**

**PROPORCIONE COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- CERTIFICADO DE NACIMIENTO
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- IDENTIFICACIÓN CON FOTO

**POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESCOLAR
- SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD
- ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR
- ENCUESTA DE RAZA Y ETNICIDAD
- INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE MEDIOS
- AUTORIZACIÓN PARA PASEO A PIE
- FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE BLAIR
- FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENSAJES ESCOLARES
- DONORS CHOOSE
- FORMULARIO DE DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

**HEALTH/MEDICAL FORMS:**

- EXAMEN FÍSICO/REGISTRO DE VACUNAS – A más tardar el 15/10/25
- CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DENTAL ESCOLAR
- CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE VISIÓN
- FORMULARIO DE EXAMEN DENTAL – Estudiantes de jardín de infantes
- REPORTE DE EXAMEN DE LA VISTA – Estudiantes de jardín de infantes
- OTROS FORMULARIOS MÉDICOS SI ES NECESARIO (por ejemplo, indicaciones del médico, alergias, asma, problemas graves de salud, etc.)

**FORMULARIOS DE TRANSPORTE SI USA AUTOBÚS:**

- FORMULARIO BLANCO
- FORMULARIO MORADO
- FORMULARIO AMARILLO

## ¡Bienvenidos al año escolar!

Por favor, complete la documentación de inscripción lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, con gusto le ayudaremos cuando devuelva los formularios completos. Puede dejar la sección "Número de salón" en blanco; la completaremos una vez que su hijo/a sea asignado/a a un salón.

Al devolver la documentación, por favor traiga lo siguiente para que podamos hacer copias:

- Acta de nacimiento de su hijo/a
  - Identificación con foto de usted
  - Comprobante de domicilio (por ejemplo, una factura de servicios públicos o correo oficial)
- 

### Requisitos de salud

Se requiere un examen físico dentro de los 12 meses previos al ingreso de su hijo/a a preescolar. Debemos recibir una copia del examen físico completo a más tardar el 15 de octubre de 2025.

---

### Útiles escolares y ropa

No requerimos útiles escolares por el momento. Se espera que los estudiantes tengan:

- Una mochila
- Una cambio de ropa adicional para guardar en la escuela
- Si su hijo/a usa pañales, por favor proporcione pañales y toallitas húmedas. Los maestros le avisará cuando se necesiten más.

Los maestros proporcionarán una lista de deseos específicos para cada salón una vez que comiencen las clases.

Nota: Los estudiantes no usan uniforme.

---

### Fechas importantes

- Fiesta de regreso a clases: Jueves 14 de agosto — ¡Ven a conocer al personal!
  - Reuniones de inscripción por Google Meet: Programadas con el maestro de tu hijo/a durante la semana del 11 de agosto.
  - Primer día de clases: Lunes 18 de agosto.
- 

¡Será un año escolar fantástico! ¡Estamos deseando darles la bienvenida a ti y a tu hijo/a!



# Formulario de matrícula escolar



Por favor escriba en letra de molde.

## Información sobre el estudiante

NOMBRE DE LA ESCUELA **BLAIR ECC**

# DE ID DEL ESTUDIANTE	<b>School Use Only:</b> 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: <a href="#">Supporting Gender Diversity Toolkit</a>	*SEGUNDO NOMBRE AFIRMADO	
	*APELLIDOS AFIRMADOS	

## Información personal

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ARCHIVADO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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, opción, chárter o por contrato de Chicago)	CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL
*¿SE ENCUENTRA EN REGLA EL ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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
- 02 - Escuela Pública de Chicago (incluyendo options, chárter o de contrato)
- 03 - Escuela privada de Chicago
- 04 - Escuela pública IL, no Chicago
- 05 - Escuela privada IL, no Chicago
- 06 - Escuela pública US, no Illinois
- 07 - Escuela privada US, no Illinois
- 08 - Fuera de los Estados Unidos

Firma del padre o tutor legal

Fecha de la matrícula

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 #
------------------	---	-------------	---------------------



# Formulario de información de emergencia y salud



**PADRES Y TUTORES:** La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. **Por favor escriba con letra clara.** Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela.

NOMBRE DE LA ESCUELA <b>BLAIR EARLY CHILDHOOD CENTER</b>		#ID ESTUDIANTE	
APELLIDO DE ESTUDIANTE		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde)		Ciudad	Estado
			Código postal
FECHA DE NACIMIENTO	AULA #	TELÉFONO DEL DOMICILIO	

<b>CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 1</b> Llène estas casillas solamente si (1) reflejan la situación actual de vivienda del niño, O (2) si reflejan la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja:	<input type="checkbox"/> automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda subestándar u otro lugar público <input type="checkbox"/> hogar compartido <input type="checkbox"/> hotel, motel, parque de caravanas o espacio para acampar <input type="checkbox"/> refugio <input type="checkbox"/> alojamiento transitorio	<b>CASILLA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL 2</b> ¿Existe alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Existe actualmente una orden inhibitoria o orden judicial vinculada a este estudiante? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>School Note:</b> If "Si," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in Legal/Alert field and update contact information, as needed, in SIS.
--	--	---	---

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

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO	PADRE O TUTOR CONTACTO	PADRE O TUTOR CONTACTO
	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS
Nombre y apellidos del contacto			
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			
* Idioma para comunicación			
Requiere traductor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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

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

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		

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

NOMBRE	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal
TELÉFONO #				

<b>SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE:</b> (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	<b>NIÑO DE PERSONAL MILITAR (opcional)</b> 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*



# Home Language Survey

Office of Multilingual-Multicultural Education (OMME)



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

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

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SCHOOL NAME <b>BLAIR ECC</b>		
STUDENT ID #	NETWORK <b>10</b>	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 "SI", la ley requiere que la escuela evalúe la competencia de su niño en inglés.

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

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

## Chinese / 中文

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

英語之外的其他語言?  是的 (yes)  不是 (no) 什麼語言?

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

## Arabic / العربية

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

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

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

## Polish/Polski

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

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

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

## Ukrainian / Українська

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

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

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

Signature of School Official

Date

Parent/Guardian Signature

Date

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

## OFFICE USE ONLY

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

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

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

## ASPEN REGISTRATION PROCESS

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

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

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

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

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

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



# Encuesta sobre raza y etnicidad



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SEXO	NOMBRE DE ESCUELA <b>BLAIR ECC</b>		
FECHA DE NACIMIENTO	ID# ESCUELA (6 dígitos) para ser completado por el personal de la escuela. <b>610087</b>		

## Instrucciones

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

## PARTE A

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

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

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

## PARTE B

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

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



# Formulario de información médica del estudiante 2025 - 2026



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

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

Por favor escriba en letra de molde.

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

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

SÍ  NO

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

Alergias (alimentarias u otras)

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

Asma  
Año diagnosticado \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

Firma del padre o tutor legal

Correo electrónico

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

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado en febrero de 2025

RETAIN IN THE STUDENT HEALTH RECORD



# Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación



## Consentimiento/relevo

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

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

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

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

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

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

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

Por favor escriba en letra de molde:

Apellido(s) del estudiante	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Nombre en letra de molde del padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más			
BLAIR ECC			
Nombre de la escuela	Grado	Número de ID del estudiante	
Firma de padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más			Fecha

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

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

**2025-2026**

**Blair Permission Slip for Walking Trips**

Dear Parent:

When the weather permits, the staff would like to take your child on a neighborhood walk to get fresh air and movement. This walk would be contained in an area limited to surrounding blocks of the school and would not include the crossing of any major roads. If you will allow your child to take a neighborhood walk with his/her classmates and teachers/staff, please sign below.

Thank you,

Bess & Julie

Querido padre:

Cuando el clima lo permite, el personal le gustaría llevar a su hijo a caminar por el vecindario para tomar aire fresco y moverse. Esta caminata estaría contenida en un área limitada a las cuadras circundantes de la escuela y no incluiría el cruce de las carreteras principales. Si le permite a su hijo dar un paseo por el vecindario con sus compañeros y maestros, firme a continuación.

Gracias,

Bess y Julie



I give my permission for my child to go on a neighborhood walk as stated above. The permission slip is valid for the current academic year.

Doy mi permiso para que mi hijo valla a una caminata por el vecindario como se indicó anteriormente. La hoja de permiso es válida para el año académico actual.

**Student Name/Nombre del estudiante:**

---

**Room/Habitacion #:**

---

**Parent Signature/ Firma de los padres:**

---

2025-2026

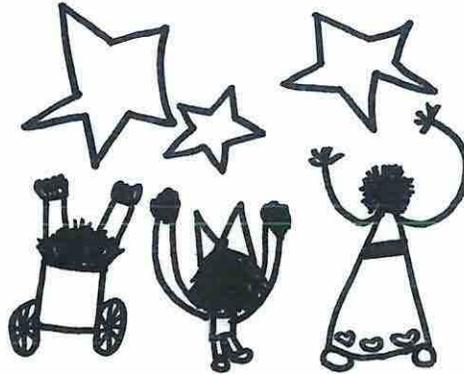
**BLAIR RELEASE FORM/FORMULARIO DE AUTORIZACION**

**CHILD'S NAME/NOMBRE DEL NINO** \_\_\_\_\_

**ROOM #/SALON** \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIA/NOMBRE DEL PADRE/TUTOR** \_\_\_\_\_

**PARENT SIGNATURE/FIRMA DEL PADRE** \_\_\_\_\_



**THE FOLLOWING PEOPLE HAVE PERMISSION TO PICK UP MY CHILD FROM THE PRESCHOOL PROGRAM/LAS SIGUIENTES PERSONAS ESTAN AUTORIZADAS A RECOGER A MI NINO DEL PROGRAMS PREESCOLAR:**

<b>NAME/NOMBRE</b>	<b>RELATIONSHIP TO CHILD/ RELACION CON EL NINO</b>



# Formularios de información de ingresos familiares 2025-2026



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

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

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

Por favor escriba en letra de molde:

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

**PARTE 1: Información sobre el hogar** — Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar. *\*Estudiante de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)*

**PARTE 2: # de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar** (siga la parte 6)

¿HIJO DE CRIANZA?	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
		Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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

SIN HOGAR  
 FUGITIVO  
 HEAD START

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

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

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

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

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

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

¡SI! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.  
 ¡SI! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437  
 ¡SI! Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.

Firma \_\_\_\_\_

**PARTE 6**

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

Firma del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_ Nombre del adulto del hogar \_\_\_\_\_ Apellido(s) del adulto del hogar \_\_\_\_\_  
 Dirección postal o de domicilio \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Formularios de información de ingresos familiares 2025-2026



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

### MARQUE UNA:

- Hispano/Latino
- No hispano/Latino

### MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii u otras islas del Pacifico
- 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 los nombres y fechas de nacimiento de sus estudiantes y marque la casilla "¿Hijo de Crianza?" al lado de los nombres de sus hijos de crianza.

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

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

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

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

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

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

**Sección 6:** Firme el formulario.

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

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

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

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

#### Columna 1 Nombre:

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

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

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

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

**Sección 6:** Firme el formulario.

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

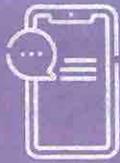
## SCHOOL USE ONLY

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

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

Signature of Confirming Official (Required)

Date



# Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela



Estimado padre, tutor legal o estudiante de dieciocho o más años:

Su escuela y el distrito enviarán periódicamente información relacionada con la escuela o eventos del distrito, actualizaciones o iniciativas. Utilizaremos el sistema de mensajes telefónicos para recordarle sobre esos eventos, actualizaciones e iniciativas, incluyendo la distribución de boletas de calificaciones, giras escolares, eventos comunitarios, conferencias entre padres y maestros, anuncios, información y exámenes de COVID-19, y más. Para que reciban notificaciones y recordatorios periódicos de la escuela o del distrito, se necesita que dé su consentimiento a continuación.

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

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

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

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

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

Por favor escriba en letra de molde:

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

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

BLAIR ECC

Nombre de la escuela      Grado      Número de ID del estudiante

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

Fecha

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

## PRIORIDAD #1

Apellido(s)      Nombre

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

## PRIORIDAD #2

Apellido(s)      Nombre

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

## PRIORIDAD #3

Apellido(s)      Nombre

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

# Formulario de Liberación de Fotografías

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor (Guardián): \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro (a): \_\_\_\_\_

Su maestro (a) está en el proceso, o ha logrado recaudar los fondos necesarios para completar su proyecto en **DonorsChoose**. En nuestra página de internet, [www.DonorsChoose.org](http://www.DonorsChoose.org), maestros y maestras pueden escribir un proyecto donde solicitan materiales escolares para sus estudiantes, y cualquier persona que visite la página, puede donar directamente al proyecto del maestro/maestra. Los donadores que visitan nuestra página escogen los proyectos a los que desean donar.

Si el proyecto alcanza su meta y se logran recaudar los fondos necesarios, es posible que la maestra reciba los materiales requeridos. En ese caso, existe la posibilidad de que DonorsChoose muestre fotografías del uso de los materiales para los donadores y/o corporaciones asociadas que ayudaron a financiar el proyecto. Adicionalmente, para generar más donaciones para su salón de clases, puede que DonorsChoose también muestre una foto de la clase de esta maestra (o) en nuestra página para que los posibles donadores vean quien recibirá los materiales. Asimismo, puede que le demos autorización a corporaciones asociadas de 1) exhibir todas las fotografías en sus páginas web y redes sociales, 2) usar las fotografías en sus páginas web y redes sociales, y 3) usar las fotografías de forma publicitaria y promocional.

## Con su firma, usted otorga consentimiento a lo siguiente:

- Yo soy el padre/madre legal o tutor (guardián) del alumno que se menciona en la parte superior. Por la presente, doy permiso de que le tomen fotos y video al participante (con o sin sus compañeros de clase).
- Yo entiendo, acepto, y doy permiso a Donorschoose de enseñar las fotografías en la página web de DonorsChoose.org
- Yo entiendo, acepto, y doy permiso a Donorschoose, sus socios, y donadores, de usar estas fotografías para uso promocional.
- Yo entiendo, acepto, y doy permiso a que este consentimiento sea válido y sirva de referencia para los maestros y DonorsChoose por los siguientes 5 años.

Firma del padre/madre o guardián: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO CON LA INFORMACIÓN REQUERIDA, Y SU FIRMA, AL MAESTRO (A) LO MÁS PRONTO POSIBLE. GRACIAS.**



134 W 37th St | Floor 11 | New York, NY 10018 | (212) 239-3615  
DonorsChoose.org is a 501(c)(3) charity incorporated  
in the State of New York. EIN# 13-4129457

## Consentimiento para la Divulgación/Intercambio de Registros e Información del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Doy permiso para que se divulgue/publique/intercambie lo siguiente:

**Todos los registros escolares del estudiante**, incluyendo, pero no limitados a: información personalmente identificable; expediente acumulativo-permanente; registros de educación especial; registro académico; registro de disciplina; registro de salud; registro de asistencia; y puntajes de exámenes.

### Sólo Registros Escolares Específicos:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información personalmente identificabl | <input type="checkbox"/> Registro de Educación Especial (Evaluaciones del IEP, Planes 504) |
| <input type="checkbox"/> Registro Cumulativo-Permanent          | <input type="checkbox"/> Registro de Saluds  |
| <input type="checkbox"/> Datos de Monitoreo de Progreso         | <input type="checkbox"/> Registro de Disciplina  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____              | <input type="checkbox"/> Registro de Asistencia  |
|   | <input type="checkbox"/> Puntajes de Exámenes  |

### Información de Salud/Médica:

- Cualquier y todos los registros en posesión de \_\_\_\_\_ incluyendo de salud mental, VIH y/o registros de abuso de sustancias
- Registros acerca del tratamiento para la siguiente condición o lesión: \_\_\_\_\_
- Registros que abarcan el período de tiempo entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

### This information to be released/exchanged between:

Agencia(s)/ Escuela(s): \_\_\_\_\_ Escuelas Públicas de Chicago, Distrito 299

Dirección: \_\_\_\_\_ Y Escuela/Departamento: \_\_\_\_\_

Attn: \_\_\_\_\_ Attn: \_\_\_\_\_

**Propósito: Esta información es para ser divulgada por pedido y será utilizada para el/los siguiente(s) propósito(s):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación educativa y planeamiento de programa | <input type="checkbox"/> Evaluación médica y tratamiento  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud y planeamiento              | <input type="checkbox"/> Remisión a una escuela privada de educación especial/institución residencial |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Educativa Independiente              | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

Estas divulgaciones están autorizadas conforme con *Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia* (20 U.S.C. Sección 1232g), *Ley de Registros Estudiantiles Escolares de Illinois*, (105 ILCS 10/1 et seq.), la *Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois*(740 ILCS 110/1 et seq.). Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información a ser divulgada, cuestionar sus contenidos, y limitar mi consentimiento a registros designados o a porciones de la información contenida en estos registros. Comprendo que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando una nota escrita al Representante de Distrito Local de que retiro mi consentimiento. Comprendo que mi retiro de esta autorización no será efectivo para acciones tomadas por el Distrito Escolar o por el Proveedor de Servicios de Salud desde mi autorización y antes de mi aviso de rescisión. Entiendo que la falta de autorización a la divulgación de registros puede tener un impacto negativo en la programación educativa y/o el tratamiento médico de mi niño(a). Reconozco que los registros de salud, una vez que sean recibidos por el Distrito Escolar, pueden no estar protegidos por la Reglas de Privacidad de HIPPA, pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la *Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia* (20 U.S.C. Sección 1232g). Entiendo que si me niego a firmar, esta negación no interferirá con la capacidad de mi niño de obtener cuidado de salud. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar registros educativos y cuestionar sus contenidos \*Reconozco que limitar la divulgación/intercambio de registros a una escuela privada de educación especial/institución residencial puede tener impacto en la habilidad del Distrito de asignar el estudiante a una institución no pública.

**Esta autorización será válida por un (1) año calendario a partir de la fecha de consentimiento firmado que se indica abajo.**

_____ Firma del Padre	_____ Fecha	_____ Firma del Estudiante*	_____ Fecha
--------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Se requiere la firma del estudiante para su consentimiento si el estudiante tiene 12 años de edad o más



# Formulario de consentimiento dental, liberación de responsabilidad y autorización del programa de salud bucal escolar



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
GÉNERO (F / M / X / N)		FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE DE LA ESCUELA BLAIR	
# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE		GRADO		# DE AULA	
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR			MEDICAID/ALL KIDS — # DE BENEFICIARIO DE 9 DÍGITOS		
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya número de unidad si corresponde)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SEGURO DENTAL PRIVADO — NOMBRE DE LA COMPAÑÍA					
SEGURO DENTAL PRIVADO — # DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA			# DE GRUPO	SEGURO DENTAL PRIVADO — # DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR ASEGURADO/A			FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ASEGURADO/A		

Como padre, madre o tutor/a del estudiante mencionado anteriormente, entiendo que, a través del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago y el Programa de Salud Bucal Escolar de las Escuelas Públicas de Chicago (el "PROGRAMA"), dentistas o higienistas con licencia visitarán próximamente la escuela de mi estudiante o menor bajo mi tutela para evaluar su salud bucal, recopilar información sobre su estatura y peso, y hacer un EXAMEN O REVISIÓN DENTAL y, si es necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO CON FLÚOR, TRATAMIENTO(S) CON SDF, y SELLADORES DENTALES, SIN COSTO alguno para los estudiantes ni sus familias. Los selladores dentales, además del cepillado y uso regular del hilo dental, ayudan a proteger los dientes de su estudiante contra la CARIES. Los selladores son recubrimientos delgados de plástico que se aplican sobre la parte superior de las muelas para SELLAR los alimentos y gérmenes. Se colocan en dientes que no presentan caries visibles y no causan dolor. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN PERFORACIONES NI INYECCIONES.

Entiendo que, en consideración por la participación de mi estudiante o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA, y como se demuestra con mi firma a continuación, por este medio libero y eximo de toda responsabilidad a la CIUDAD DE CHICAGO, a sus departamentos —incluido el Departamento de Salud Pública—, así como a sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes, y a la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, fideicomisarios, agentes, funcionarios, contratistas, voluntarios y empleados, de cualquier responsabilidad que

podiera recaer sobre mí o sobre mi estudiante o menor bajo mi tutela, por todas y cada una de las pérdidas, lesiones o daños, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, que surjan en relación con la participación de mi estudiante en el PROGRAMA, independientemente de si dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resultan total o parcialmente de negligencia por parte de la CIUDAD DE CHICAGO, sus departamentos (incluido el Departamento de Salud Pública), sus empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o por parte de la JUNTA DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE CHICAGO, sus miembros, empleados, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

También entiendo que, como se evidencia con mi firma a continuación, reconozco que un dentista o higienista con licencia que brinde atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento sin cobrar honorarios, en representación del Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago, no es responsable por daños civiles que resulten de sus actos u omisiones al proporcionar dicha atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento bajo el Programa, excepto en casos de conducta intencional o negligencia grave. Para autorizar a los proveedores dentales y al Departamento de Salud Pública de Chicago a compartir información relacionada con los servicios dentales del PROGRAMA ofrecidos a su estudiante, o menor bajo su tutela, por favor firme el Formulario de Autorización que se encuentra al reverso de esta página. Este formulario de consentimiento firmado tiene validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmado por el padre, madre o tutor/a del estudiante.

## ¿RAZA? (Por favor marque una opción)

- Blanco/a   
  Negro/a   
  Asiático/a   
  Isleño/a del Pacífico   
  Indígena Americano/a   
  Nativo/a de Alaska   
  Hispano/a

## INFORMACIÓN MÉDICA:

### ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- SÍ     NO

Si respondió SÍ: Por favor marque todas las condiciones que correspondan:

- Asthma  
 Diabetes  
 Actualmente tiene soplo cardíaco  
 Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática  
 Epilepsia  
 Trastorno / enfermedad de la sangre  
 Hepatitis

### ¿SU ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Si respondió SÍ, por favor indique los medicamentos:

### ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA ALERGIA? SÍ NO

### ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIA A LA PLATA? SÍ NO

Si respondió SÍ, por favor indique las alergias:

### ¿EXISTE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA RELACIONADA? SÍ NO

Si respondió SÍ, por favor indique las condiciones:

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

Por favor firme al frente y al reverso

Como padre, madre o tutor/a del estudiante o menor mencionado/a anteriormente, autorizo la participación de mi hijo/a o menor bajo mi tutela en el PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR, el cual incluye un examen/revisión dental y, si es necesario, una limpieza dental, tratamiento con flúor y aplicación de selladores dentales, así como exámenes de control de calidad. Autorizo al proveedor dental a utilizar el número de Medicaid, ALL KIDS o seguro dental privado de mi hijo/a o menor únicamente con fines de facturación. Entiendo que, si no firmo este Formulario de Consentimiento Dental y Liberación de Responsabilidad, mi hijo/a o menor bajo mi tutela no recibirá ningún servicio bajo este programa.

X

Firma del Padre, Madre o Tutor/a

Fecha





# Formulario de autorización del programa de salud bucal en la escuela - HIPAA



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR		
NOMBRE DE LA ESCUELA			

## NUEVA Autorización para el Uso de Fluoruro Diamino de Plata (SDF)

¡Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries!

**BENEFICIOS DEL SDF:** Las caries dentales son comunes en la infancia, pero ahora nuestros dentistas cuentan con una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales que requieren perforación: el Fluoruro Diamino de Plata (SDF). El SDF es un líquido antibiótico aprobado por la FDA que ayuda a prevenir que las caries se formen, crezcan o se propaguen a otros dientes. El dentista simplemente aplica el SDF en los dientes posteriores con un cepillo. Razones para evitar el tratamiento con SDF: alergia a la plata, antecedentes de llagas bucales o presencia de llagas dolorosas en las encías.



Antes de SDF



Despues de SDF

### Alternativas

- Sin tratamiento: El diente puede seguir deteriorándose y causar dolor.
- Otras opciones: barniz de flúor, un empaste o corona, o la extracción del diente.

### Riesgos

- El tratamiento con SDF puede no eliminar la necesidad de un empaste tradicional.
- Es normal que el SDF manche la caries de color marrón o negro — eso significa que el tratamiento está funcionando.
- Las partes sanas del diente no se mancharán.
- El SDF puede causar manchas temporales si entra en contacto con la piel. La mancha es inofensiva y debería desaparecer en menos de una semana.
- El SDF puede causar un sabor metálico temporal.
- Para más información, escanee el código QR.



### Consentimiento para el Tratamiento con SDF (Fluoruro Diamino de Plata)

Certifico que he leído y entiendo completamente la información sobre la(s) aplicación(es) propuesta(s) de Fluoruro Diamino de Plata (SDF), o que he hablado de este tratamiento con el proveedor de atención dental y he recibido respuestas a todas mis preguntas. Entiendo los posibles riesgos asociados con el tratamiento con SDF y confirmo que no tengo (o que el/la paciente a quien represento no tiene) contraindicaciones para su uso. Autorizo la aplicación del tratamiento con SDF.

X

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para el Tratamiento con Fluoruro Diamino de Plata (SDF)

Fecha

### Autorización HIPAA

Al firmar a continuación, entiendo que estoy otorgando mi autorización al proveedor dental y al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) para usar y/o divulgar la información médica protegida de mi hijo/a o menor bajo mi tutela a las siguientes personas u organizaciones con fines de elaboración de informes, documentación de tendencias de salud bucal y facturación a Medicaid y subvenciones: Ciudad de Chicago, Departamento de Salud Pública, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602; Director/a de la escuela; Departamento de Servicios de Salud y Familia del Estado de Illinois, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL 62763; Departamento de Salud Pública de Illinois – Sección de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2.º piso, Springfield, IL 62761; Escuelas Públicas de Chicago, Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil, 42 West Madison, Chicago, IL 60602; Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC); Oral Health Forum (OHF), 1100 West Cermak Road, Suite 518, Chicago, IL 60608; Infant Welfare Society of Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, IL 60647; Oak Park-River Forest Infant Welfare Clinic, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302; y las unidades móviles dentales aprobadas por las Escuelas Públicas de Chicago.

X

Firma del Padre, Madre o Tutor/a para la Autorización HIPAA

Fecha

El Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) y los proveedores dentales no pueden condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización o a mi negativa a firmarla. Esta autorización es voluntaria, y puedo negarme a firmarla. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización pueda ser revelada nuevamente por el destinatario y que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) ni por las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta autorización por escrito enviando una notificación al Oficial de Privacidad HIPAA, City of Chicago, Department of Public Health, 111 W. Washington, 4.º piso, Chicago, IL 60602. La revocación no será efectiva respecto a las acciones realizadas antes de la revocación.

Esta autorización tendrá validez por 365 días a partir de la fecha en que sea firmada por el padre, madre o tutor/a legal del niño/a o menor bajo tutela.

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

Por favor firme al frente y al reverso





# Formulario de historial médico del estudiante para servicios de la vista



**Padres: Si desean que su estudiante reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva a la escuela el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible.**

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE LA ESCUELA		¿USA SU ESTUDIANTE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## ¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE LA VISTA? (Marque todos los que aplican)

- Personal de la escuela  Carta sobre evaluación de la vista que su estudiante no aprobó  Amigo  Otro Añada detalles \_\_\_\_\_

## ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES? (Marque todas las que apliquen)

- Asma  Diabetes  Problemas genitourinarios  Enfermedad cardíaca  Problemas músculoesqueléticos  
 Trastorno de déficit de atención  Problemas endocrinos  Glaucoma  Alta presión arterial  Problemas neurológicos  
 Problemas de conducta  Problemas gastrointestinales  Problemas auditivos o de oídos  Enfermedad mental  Otra condición \_\_\_\_\_

## ¿TOMA SU ESTUDIANTE ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

Haga una lista de los medicamentos:

## ¿TIENE SU ESTUDIANTE ALERGIAS? SÍ NO

Haga una lista de las alergias:

## ¿USA SU ESTUDIANTE GOTAS ÓPTICAS? SÍ NO

Haga una lista de las gotas ópticas:

## ¿HA TENIDO SU HIJO UNA CIRUGÍA DEL OJO? SÍ NO

En caso afirmativo, explique por favor:

## ¿HA TENIDO SU ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- Terapia visual  Visión borrosa/doble visión  Lagrimeo  Dificultad para estar quieto  Se frustra fácilmente  
 Parche de ojo  Pierde su lugar cuando lee  Sensibilidad a la luz  Evita leer/escribir  Falta de confianza  
 Cirugía del ojo  Lesión del ojo  Enrojecimiento  Dificultad para prestar atención  Secreción del ojo  
 Dolor en el ojo  Infección del ojo  Párpados caídos  Tiene el nivel de lectura inferior a su grado  Ojo desviado/perezoso  
 Dificultad para enfocar la vista  Irritación/ardor  Dificultad para terminar su trabajo  Mala escritura  
 Otras \_\_\_\_\_

## ¿ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DE SU ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Marque todas las que aplican)

- Usa lentes  Glaucoma  Ojo perezoso  Alta presión arterial  
 Ceguera  Degeneración macular  Diabetes  Ojo desviado  
 Enfermedad cardíaca  Problemas cardiovasculares  Problemas neurológicos  Enfermedad mental  
 Problemas músculo esqueléticos

## ¿TIENE SU ESTUDIANTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO (IEP O PLAN 504)? SÍ NO

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE MI ESTUDIANTE ES:  Superior al nivel del grado  Es del nivel del grado  Inferior al nivel del grado

## SI ES INFERIOR AL NIVEL DE GRADO, POR FAVOR SELECCIONE LAS CLASES (Marque todas las que aplican)

- Lectura  Matemáticas  Ciencias Sociales  Escritura  Otra \_\_\_\_\_

## ¿ESTÁ RECIBIENDO SU ESTUDIANTE ALGUNO DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ABAJO? (Marque todos los que aplican)

- Educación especial  Tutoría  Terapia del lenguaje  Terapia ocupacional (OT)  Terapia física (PT)

ESCRIBA LOS PASATIEMPOS O LOS INTERESES ESPECIALES DE SU ESTUDIANTE:

## ¿HAY ALGO MÁS QUE DESEE QUE SEPAMOS SOBRE SU ESTUDIANTE?



# Formulario de consentimiento, relevo de responsabilidad y autorización para los servicios de la vista



**Padres: Si desean que su estudiante reciba un examen de la vista, por favor, firme y devuelva a la escuela el consentimiento para los servicios de la vista lo antes posible**

Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SEXO (Escriba M/F/X/N)		FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE		NOMBRE DE LA ESCUELA BLAIR	
# DE ID DEL ESTUDIANTE		GRADO		# DE AULA	
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR			CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE		
TELÉFONO		DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)		CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	
# DE MEDICAID/TARJETA MÉDICA # DE BENEFICIARIO DE ALLKIDS		RAZA		FECHA DE NACIMIENTO	
SEGURO PRIVADO DE LA VISTA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA	FECHA DE NACIMIENTO	# DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN
SEGURO MÉDICO DE LA VISTA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA	FECHA DE NACIMIENTO	# DE GRUPO	# DE IDENTIFICACIÓN

Como padre o tutor legal del estudiante que se menciona anteriormente, entiendo que este recibirá un examen completo de la vista para determinar si necesita usar lentes o recibir otro tratamiento por parte de un profesional de la vista (un proveedor).

Además, entiendo que este examen de la vista lo puede realizar un optometrista, un oftalmólogo, un especialista calificado; o un pasante, un residente o un clínico o técnico en prácticas, bajo la supervisión de un optometrista, oftalmólogo u otro especialista calificado. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba un examen o un tratamiento de la vista.

También entiendo que ni la escuela ni la Junta de Educación de Chicago (la Junta) supervisan o controlan cualquier servicio (como el examen de la vista) o materiales (como los lentes) que se podrían proveer a mi estudiante, y que ni la Junta ni la escuela serán responsables por la calidad de dichos servicios o materiales.

Teniendo en cuenta los servicios y los materiales que recibirá mi estudiante, por la presente acepto indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a la ciudad de Chicago (City of Chicago), a sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes y representantes; y a la Junta y a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios, representantes y empleados, por cualquier responsabilidad que me corresponda o que le corresponda a mi estudiante. También realizaré esto por todos los reclamos, las

pérdidas, las lesiones, los daños que me ocurran a mí o a mi estudiante, tanto conocidos como desconocidos, previstos o imprevistos, surgidos en conexión con los servicios y los materiales recibidos por mi estudiante, sean o no dichos reclamos, pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades que se deriven en su totalidad o en parte de la negligencia de la ciudad de Chicago, de sus departamentos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios, agentes o representantes, o de la negligencia de la Junta, de sus miembros, síndicos, empleados, oficiales, contratistas, voluntarios agentes o representantes. Además, acepto liberar de toda responsabilidad a los proveedores y los copatrocinadores, a sus empleados, oficiales, voluntarios, agentes y representantes de todos los reclamos, las demandas, las acciones, las quejas, los juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir, con motivo de o causado por cualquier desempeño de servicios ofrecidos por dichos proveedores, o por la calidad de los lentes o cualquier otro material provisto por ellos bajo el Programa, a menos que se atribuya a su negligencia premeditada o descuidada. En el caso de que una de las condiciones de este formulario no sea aplicable, se eliminará esta condición y el resto del formulario permanecerá en efecto.

Entiendo que el proveedor facturará al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés), o a cualquier otro seguro privado que sea actualmente aplicable para los servicios o materiales reembolsables.

**Si usted NO desea que su estudiante reciba alguno de los siguientes servicios, marque la casilla apropiada.**

Entiendo que como parte de este examen de la vista, se usarán agentes farmacéuticos (gotas ópticas) con el fin de dilatar los ojos de mi estudiante. Estas gotas son una parte importante de un examen de la vista para permitir que el proveedor realice un examen completo de la vista. Además, entiendo que los efectos temporales de estas gotas ópticas pueden incluir la visión borrosa y la sensibilidad a la luz, lo que podría restringir la movilidad de mi estudiante, creando así inseguridad cuando camine sin asistencia o cuando conduzca durante el resto del día.

Actualmente, Sí doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi estudiante.

Actualmente, NO doy mi consentimiento para que el médico dilate los ojos de mi estudiante.

Entiendo que al rechazar la dilatación, puedo limitar la capacidad del médico para detectar y tratar ciertas condiciones.

Al firmar abajo, entiendo que doy mi autorización al Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Chicago (CDPH) y a la Junta de Educación de la Ciudad de Chicago (la Junta) para que divulguen y provean a los proveedores información sobre el examen de la vista anterior que se encuentran en el registro educativo de mi estudiante. Esto tiene el fin de asegurar que los proveedores puedan proveer servicios de forma efectiva. Autorizo a que los proveedores divulguen y provean los informes de la escuela de mi estudiante, incluyendo los informes escritos o verbales de los resultados de cualquier examen de la vista, con el fin de que se incluyan en el registro educativo de mi estudiante. También, autorizo a que CDPH divulgue a la Junta la información de

**Tenga en cuenta que se realizarán los servicios a menos que se indique lo contrario.**

Entiendo que pueden fotografiar, grabar en video o en audio o entrevistar a mi estudiante y usar estos medios electrónicos para promocionar el Programa de la Vista. Doy mi consentimiento para que la Junta o el proveedor o el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH) utilice las fotografías, la voz o la imagen de mi estudiante, pero que no usen el apellido de mi estudiante. Entiendo que no recibiré ninguna compensación, dinero ni reembolso por la participación de mi estudiante.

Actualmente, NO doy mi consentimiento para que fotografíen o entrevisten a mi estudiante.

mi estudiante, la fecha y el tipo de servicios de la vista provistos, ya sea si se le recomendó servicios de seguimiento y otra información que el Estado de Illinois solicite de la Junta. Entiendo que dichos registros estarán sujetos a derechos de privacidad que permiten la ley federal y estatal. Además, autorizo a que los Proveedores divulguen la información del examen de la vista y la información de la facturación al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS), con el propósito de facturar el seguro. El CDPH y los proveedores no pueden condicionar el tratamiento, el pago ni la elegibilidad para los beneficios en esta autorización o mi rechazo para firmar dicha autorización.

**\*\*\*Por favor firme y escriba la fecha en las dos líneas de firma. Complete el historial médico en la segunda página de este formulario.\*\*\***

Esta autorización es válida por un año. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una nota por escrito al CDPH, a la escuela de mi estudiante o a la Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil. El revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre la información que se ha usado o divulgado antes de la revocación. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por el destinatario.

Por la presente, doy mi consentimiento a que un proveedor haga un examen de la vista a este menor de edad, y a que le prescriba lentes durante tal examen. Este consentimiento no autoriza ningún tratamiento ni servicios más allá de lo establecido. Entiendo que mi consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.

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

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha