

Paquete de registraci3n de estudiantes que regresan 12° Grado

- * Para ser firmado y regresado a la oficina**
- + Para ser regresado a la enfermera**

Plainfield Community Consolidated School District 202

We prepare learners for the future.



Administration Center

15732 Howard Street
Plainfield, IL 60544

(815) 577-4000 – telephone

Web: www.psd202.org

Historial de salud del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nac.: _____ Número de teléfono: _____

Género de identidad: Masculino Femenino No binario Nombre del doctor: _____

(si usted indica SI en cualquier categoria, por favor explique)

#	Inquietudes	Sí o No	Explicación y Comentarios
1	Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	*Usa EpiPen	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	*Usa inhalador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Más de una vez al día <input type="checkbox"/> En deportes
	*Usa inhalador en la escuela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3	Problemas de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4	Medicamento diariamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	*Nombre del medicamento	En el hogar	
	<i>Para el medicamento en la escuela se REQUIERE el formulario de Autorización para el medicamento</i>	En la escuela	
5	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6	Problemas del oído/Audición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7	Lentes/Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ultimo examen de la vista:
8	Problemas de la vista/visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
9	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
11	Inquietudes de la salud mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
12	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
13	Restricciones físicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
14	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
15	Lesiones graves	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
2	Cirugía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad:
2	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

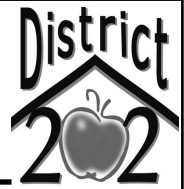
Proveo esta información para que sea compartida con el personal apropiado de la escuela y de emergencia para propósitos de salud y educativos.

Firma del padre/tutor

Fecha

Plainfield Community Consolidated School District 202

We prepare learners for the future.



Administration Center

15732 Howard Street
Plainfield, IL 60544

(815) 577-4000 – telephone

Web: www.psd202.org

HEALTH EXAMINATION REQUIREMENTS

District 202 Health Services welcomes you and your child as he/she begins senior year!

The Illinois School Code Sec 27-8 requires all 12th grade students to have two Meningococcal Conjugate (MCV4) vaccinations completed prior to the first day of school. The first MCV4 vaccine should have been received on or after your child's 11th birthday. The second dose must be received on or after your child's 16th birthday. If the **first** dose was received **after** the 16th birthday, then only one dose is required for 12th grade. The minimum interval between the two vaccines is 8 weeks.

Please note the Meningitis B vaccine does **NOT** satisfy this requirement. Your student must receive the Meningococcal Conjugate vaccine (MCV4) to comply with Illinois School Code.

Proof of vaccination must include your child's name, vaccination administrators, date given, and signature of the health care provider. Please submit all documents to the health office by August 1st.

All paperwork is due to the health office by **August 1st**. Any students who are not in compliance with the immunization/exam requirements by August 1st will have the following restrictions:

- Students will not be able to view their class schedule online until they are compliant.
- Students could be dropped from courses.
- Students not in compliance by the first day of school will be excluded from school until the required documentation is submitted to the health office.

Plainfield Central
815-436-3200

Plainfield South
815-577-5536

Plainfield North
815-609-8506

Plainfield East
815-577-0324

Plainfield Community Consolidated School District 202

We prepare learners for the future.



Administration Center

15732 Howard Street
Plainfield, IL 60544

(815) 577-4000 – telephone

Web: www.psd202.org

Formulario de Autorización: POLITICA DE USO ACEPTABLE DE TECNOLOGÍA (AUP) FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

*** La siguiente sección debe ser completada por todos los empleados, estudiantes, y los usuarios de recursos electrónicos del Distrito ***

Al firmar abajo, reconozco que he recibido, leído y entendido la Política de Uso Aceptable de Tecnología (AUP por sus siglas en inglés), y cualquier procedimiento administrativo implementado, manuales y directrices. Estoy de acuerdo con todos los términos de la AUP y los materiales relacionados. Entiendo que es mi responsabilidad de familiarizarme con la AUP y los materiales relacionados, y para mantenerme al día sobre los cambios que puedan ser implementados de vez en cuando. Entiendo que se espera que yo cumpla con la AUP y los materiales relacionados, que tal vez no puede ser notificado inmediatamente por el Distrito de los cambios a la AUP y los materiales relacionados, y que mi ignorancia de la AUP y los materiales relacionados no es una excusa para una violación u otra mala conducta. Entiendo que puedo ser disciplinado (hasta e incluyendo la suspensión y expulsión, para los estudiantes, y el despido, para los empleados) y / o sujeto a otra acción legal por violaciones de la AUP y los materiales relacionados.

Nombre completo del usuario (escribir el nombre)	Fecha de nacimiento
Puesto de trabajo del usuario (para empleados), grado (para estudiantes), o la relación con el Distrito (para todos los otros usuarios) (escriba en letra de molde)	
Firma del usuario	Fecha

La siguiente sección debe ser completada por el padre/tutor de cada estudiante usuario

Como padre / tutor del estudiante que firman arriba, reconozco que he recibido, leído y entendido el Uso Aceptable de los Recursos Electrónicos (AUP por siglas en inglés), y cualquier procedimiento administrativo implementado, manuales y directrices. Estoy de acuerdo con todos los términos de la AUP y los materiales relacionados para mí y para mi estudiante. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi estudiante y yo nos familiaricemos con la AUP y los materiales relacionados y mantenernos actualizados sobre los cambios que puedan ser implementados de vez en cuando. Entiendo que se espera que mi estudiante cumpla con la Política de Uso Aceptable de Tecnología (AUP) y los materiales relacionados, que mi estudiante y yo pudiéramos no ser notificados inmediatamente por el Distrito de cambios a la AUP y los materiales relacionados, y que la ignorancia propia o de mi estudiante de la AUP y los materiales relacionados no es una excusa para una violación u otra mala conducta. Entiendo que mi estudiante puede ser disciplinado (hasta e incluyendo la suspensión y expulsión) y / o sujeto a otra acción legal por violaciones de la AUP y los materiales relacionados.

Nombre completo del padre/tutor	Fecha
Firma del padre/tutor	