

**Paquete de registraci3n de estudiantes que regresan Grados de  
PreK, 1°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8°, 10°, y 11°**

**\* 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

Escribir con letra  
de molde

## Inscripción del estudiante - Información de contacto **Página 1 de 3**

Información del estudiante			
Escuela:	ID# (solo para uso de oficina)		
Nombre legal del estudiante: (como se indica en el certificado de nacimiento-Primer nombre, segundo nombre, apellido)			
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	
El nombre del estudiante se conoce por:			
Fecha de nacimiento:	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Grado:
Lugar de nacimiento:	Ciudad:	Estado/País:	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Subdivisión:	Núm. de teléfono de casa:		

El estudiante vive con (en el domicilio indicado anteriormente): Contacto #1					
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastra	Custodia legal:
	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:			
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		
Nombre del empleador (empresa):					
Número de teléfono del trabajo:			Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Preparatoria y más		
Correo electrónico:			<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Menos que la preparatoria		
Lenguaje de preferencia para las comunicaciones de la escuela sea electrónica o escrita: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:					

El estudiante vive con (en el domicilio indicado anteriormente): Contacto #2					
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastra	Custodia legal:
	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:			
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		
Nombre del empleador (empresa):					
Número de teléfono del trabajo:			Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Preparatoria y más		
Correo electrónico:			<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Menos que la preparatoria		
Lenguaje de preferencia para las comunicaciones de la escuela sea electrónica o escrita: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:					

**Otro padre con custodia – Con quien no viva el estudiante****Página 2 de 3**

Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastro	Custodia legal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Domicilio:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		
Nombre del empleador (empresa):					
Número de teléfono del trabajo:			Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Preparatoria y más		
Correo electrónico:			<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Menos que la preparatoria		
Lenguaje de preferencia para las comunicaciones de la escuela sea electrónica o escrita: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:					

**Contacto de emergencia #1**

Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Niño(a)
	<input type="checkbox"/> Otro:				
Domicilio:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		

**Contacto de emergencia #2**

Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Niño(a)
	<input type="checkbox"/> Otro:				
Domicilio:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		

**Contacto de emergencia #3**

Nombre legal del contacto: (Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Apellido)					
Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Relación con el estudiante:	<input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Niño(a)
	<input type="checkbox"/> Otro:				
Domicilio:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número de teléfono de casa:			Número de teléfono celular:		

**Información Médica**

Usa anteojos:  Si  No

Usa lentes de contacto:  Si  No

*Información médica: Indique cualquier condición médica que necesitemos conocer.*

**Información de la escuela anterior**

Escuela que el estudiante asistió previamente:

¿Recibió su estudiante servicios y / o programas especiales en su escuela anterior?	Habla	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	ELL – Aprendiz del idioma inglés	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	ESL – Inglés como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	IEP - Programa de educación individualizado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Plan Sección 504	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Para superdotados/acelerado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Title I	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	RTI – Intervención de lectura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	RTI – Intervención de matemáticas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Trabador(a) social/Consejero(a)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Services directos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Exención gratuita/reducido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros:			

En el pasado, ¿ha asistido el estudiante alguna vez a las escuelas de Plainfield?  Si  No

*Si es así, indique el nombre de la escuela.* Escuela: \_\_\_\_\_

¿Ha asistido anteriormente el estudiante en escuelas de Estados Unidos (USA)?  Si  No

**Hermanos que asisten actualmente en el Distrito Escolar 202 de Plainfield**

Nombre del estudiante	Escuela actual	Grado	Fecha de nacimiento

**Es muy importante que complete todas las secciones en este formulario de inscripción.**

Como padre/tutor del estudiante arriba mencionado, afirmo que he completado este formulario en su totalidad y a mi leal saber y entender.

**\*\*NOTA: Debe completar toda la información para que sea válido el contacto o el contacto de emergencia. \*\***

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR MENSAJES GRABADOS PARA TODOS LOS PAQUETES DE INSCRIPCIÓN.**

Tenga en cuenta: El Distrito 202 utiliza un sistema de mensajes que incluye llamadas telefónicas grabadas, correos electrónicos y mensajes de texto para comunicar a las familias una amplia variedad de información de emergencia y de no emergencia.

Este sistema opera a través de líneas de teléfono fijas tradicionales (mensajes telefónicos), computadoras (correos electrónicos) y teléfonos inteligentes personales (mensajes telefónicos, mensajes de texto, aplicaciones, etc.).

El Distrito 202 utilizará toda la información de contacto proporcionada en este formulario para mensajes telefónicos y de texto automatizados. Puede comunicarse con su escuela directamente para modificar la forma en que recibe los mensajes telefónicos y de texto automatizados, o para "**optar por no recibir**" completamente dichas comunicaciones.

Cualquier modificación en la forma que recibe los mensajes telefónicos y de texto automatizados, no afectará la capacidad de la escuela para comunicarse con usted a través de otros medios de comunicación y no afectará la capacidad de la escuela para usar el teléfono y los mensajes de texto automatizados para emergencias.

# 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](http://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.

<b>Nombre completo del usuario (escribir el nombre)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>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)</b>	
<b>Firma del usuario</b>	<b>Fecha</b>

\*\*\*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.

<b>Nombre completo del padre/tutor</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del padre/tutor</b>	