



Regworks Mealsheet PowerSchool (section) Class List

Escuela: _____

Guardería/ Cuidado de niños en edad escolar - Otoño 2023 - Hoja inicial

Every Child, Everyday Whatever It Takes



Grado: _____

ID# en Distrito 65: _____ Fecha de inicio: _____

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Segundo nombre: _____

nuevo en SACC hermano _____
 reingreso a SACC hermana _____

¿Inscrito en escuelas del Distrito 65 (S/N)? Sí @D65 Fecha de inscripción del estudiante: _____
 No, la inscripción a la escuela del D65 debe realizarse por completo para iniciar el cuidado de niños

Fecha	Pasos realizados
	Recibido (en persona/email/fax)
	Revisado
	Para tarifas

Estatus de la tarifa **** Nota: registro no reembolsable de \$ 50 tarifa agregada por el primer niño y \$ 25 por cada niño adicional ****

Cuota completa Certificado Otro

* Transacción #: _____ Cant. pagada: _____ Fecha en que fue procesada: _____

Estatus de la sesión ***Tarifas sujetas a cambios*** revisada en 2/16/23

Sesión regular (circule una)	Complemento de subsidio	Solo 3 días (constantes)	Circule los 3 días consistentes	(5 días) 2 semanas tarifa completa
AM	\$0.00	\$59.00	L M Mi J V	\$84.00
PM	\$0.00	\$117.00	L M Mi J V	\$168.00
AMBOS	\$80.00 (añadido)	\$176.00	L M Mi J V	\$252.00

Programa de cuidado opcional

Pagado Si (marque todas las que correspondan)

\$400 por los 8 días (OPT)

cuotas bimensuales bimensuales cuotas bimensuales \$300 por 6 (MEDIOS días)

\$200 por 2 días (COMPLETOS) sin clases

No, gracias

Escriba sus iniciales aquí para inscribirse y recibir cuidado de emergencia (\$20 por niño/ sesión): Todas las tarifas de cuidado de niños / guardería se basan en la inscripción y no en la asistencia. Las tarifas se pagan antes de la atención de acuerdo con el calendario actual de pagos de nuestro centro.

Los tarifas de SACC se pueden pagar de varias formas en 1500 McDaniel Ave (no se aceptan pagos en cada escuela):
 Para iniciar el 1er día de clases, todos los docs. de inscripción de SACC y el 1er pago deben recibirse en nuestra ofna. de SACC JEH (1500 McDaniel Ave) antes del viernes.
 - Puede pagar individualmente mediante pago automático configurando el pago automático a través de su banco u otra institución financiera.
 - Con acuerdo de pago (tarifa inicial y/ o tarifa pago automático del D65 en curso); llame a Clara Estrella (Tarifas SACC)/847-859-8015 o estrellac@district65.net para más detalles.
 - La inscripción limitada en línea en <https://district65.revtrak.net> estará disponible antes del comienzo del año escolar (más un paquete anual de documentos de inscripción de acuerdo con requisitos del DCFS)
 - Envíe por correo a Evanston School District 65 SACC Fees, Attn: Clara Estrella, Business Office, 1500 McDaniel Ave, Evanston IL 60201 (Escriba en la línea del memo el nombre y apellido de su(s) hijo(s) o número de identificación en el D65).
 - También se aceptan cheques, giros postales, tarjetas de crédito (visa / master card) y pagos en efectivo en persona en 1500 McDaniel Ave.

Entiendo que las tarifas de 'Cuidado opcional' no son reembolsables y se deben pagar inicialmente antes de participar en el servicio (firma con iniciales) _____
 -La tarifa de cuidado opcional no se aplica a familias con certificado D65 aprobado, solo durante el periodo de aprobación.

Estado del subsidio: El D65 debe figurar como proveedor en la aprobación actual; si no es así, se deben pagar tarifas regulares hasta que se reciba la aprobación actualizada.

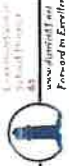
¿Quién es responsable del pago de las tarifas? Nombre: _____ Teléfono durante el día: _____

Acepto hacer pagos mediante cheque, tarjeta de crédito, efectivo o giro postal de acuerdo con el programa de pagos de guardería del D65.
 Entiendo que si mis pagos no se reciben en la oficina de guardería/cuidado infantil antes de las fechas de vencimiento, soy responsable del cargo por pago atrasado aplicable y es posible que se cancelen mis servicios de guardería.

Firma del padre _____ Nombre (letra de molde) _____ Fecha: _____

Correo electrónico preferido para comunicaciones (escriba claramente con letra de molde) : _____

*** Se requiere un nuevo formulario de inscripción del USDA / CACFP cada año como parte del paquete de inscripción. Este formulario normalmente está disponible después del 1 de julio del año escolar y se puede descargar y llenar desde nuestro sitio web cada año.**



Manual pre-contratado Paquete planillas recibidos **Solicitud de guardería/ cuidado de niños en edad escolar del Distrito 65 para 2023-2024**

Padre A		Padre B	
Nombre del padre de familia:			
Mejor # de contacto (celular, casa, trabajo):			
Organización/Ocupación:			
Domicilio			
Correo electrónico preferido			
Horario de trabajo			
Nombre del niño			
como aparece en el acta de nacimiento			
Apellido:	Nombre de la escuela actual:	¿Niño en educación especial?	Solo 3 días (Elija días)
Nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Si o No	L M M J V
Segundo nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Phs o Beh	L M M J V
District 65 ID #:	Escuela a que asistió año pasado:	Rice Park MS	L M M J V
	Escuela a que asistió año pasado:	1-1 IEP? Si o No	OPT: Día completo/OT/DOO
Nombre del niño	Nombre de la escuela actual:	¿Niño en educación especial?	Grado escolar al que entra
Apellido:	Escuela a que asistió año pasado:	Si o No	Solo 3 días (Elija días)
Nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Phs o Beh	L M M J V
Segundo nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Rice Park MS	L M M J V
District 65 ID #:	Escuela a que asistió año pasado:	1-1 IEP? Si o No	L M M J V
	Escuela a que asistió año pasado:		OPT: Día completo/OT/DOO
Nombre del niño	Nombre de la escuela actual:	¿Niño en educación especial?	Grado escolar al que entra
Apellido:	Escuela a que asistió año pasado:	Si o No	Solo 3 días (Elija días)
Nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Phs o Beh	L M M J V
Segundo nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Rice Park MS	L M M J V
District 65 ID #:	Escuela a que asistió año pasado:	1-1 IEP? Si o No	L M M J V
	Escuela a que asistió año pasado:		OPT: Día completo/OT/DOO
Nombre del niño	Nombre de la escuela actual:	¿Niño en educación especial?	Grado escolar al que entra
Apellido:	Escuela a que asistió año pasado:	Si o No	Solo 3 días (Elija días)
Nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Phs o Beh	L M M J V
Segundo nombre:	Escuela a que asistió año pasado:	Rice Park MS	L M M J V
District 65 ID #:	Escuela a que asistió año pasado:	1-1 IEP? Si o No	L M M J V
	Escuela a que asistió año pasado:		OPT: Día completo/OT/DOO

Al firmar abajo, también acepto que: En caso de emergencia, si los padres o el médico familiar no puedan contactarse, autorizo al personal de cuidado infantil del D65 para tomar cualquier acción que se considere necesaria. Doy permiso al personal de guardería/cuidado infantil del Distrito 65 para tomar cualquier acción que sea considerada necesaria para garantizar la salud y seguridad de mi hijo. Aceptaré la responsabilidad de los gastos incurridos.

Firma del padre de familia: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de molde): _____

JUNTA De EDUCACIÓN Del ESTADO De ILLINOIS
Formulario de Inscripción Anual
Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos

Este formulario es obligatorio en los Child Care Centers (Centros de Cuidados para Niños), Pre-K (Pre-Jardín de niños), Head Start (Inicio Temprano), Even Start (Inicio Equitativo) y los Programas Certificados Fuera del Horario Escolar.

Este formulario NO es obligatorio en caso de Riesgos después de la Escuela, Sin Licencia Fuera del Horario Escolar o Albergues de Emergencia.

Padres/Centros: Esta institución participa en el Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (por sus siglas en inglés, "CACFP") y recibe donaciones para proporcionar alimentos más nutritivos a su(s) hijo(s). Los reglamentos federales del CACFP establecen que todos los padres o tutores deben completar o revisar un Formulario de Inscripción Anual del CACFP cuando inscriban a su(s) hijo(s) y, después, cada año. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciban alimentos apropiados durante su asistencia. El padre y el centro pueden llenar de la Sección 1 a la 4. El padre debe revisar y asegurar que la información es correcta; después, llenar la Sección 5, firmar y fechar la Sección 6. Sección 5: esta sección es opcional. Los patrocinadores del CACFP (Child and Adult Care Food Program) deben asegurarse de que los hogares sepan que el hecho de no proporcionar información sobre la identidad racial o étnica no afectará su elegibilidad. Sin embargo, el USDA (U.S. Department of Agriculture) recomienda fuertemente a los patrocinadores del CACFP que expliquen la importancia de estos datos a los padres/tutores para que completen esta sección. El centro revisará el formulario de inscripción completo.

1	2	3			4				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluye Fecha de nacimiento/Edad)	DÍAS DE ASISTENCIA EN LA SEMANA	HORARIO USUAL DE ASISTENCIA DEL NIÑO DURANTE LA SEMANA			ALIMENTOS RECIBIDOS				
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> Bocadillo temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocadillo A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocadillo P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocadillo nocturno		
		AM	PM	HORA	AM			PM	HORA
Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios							
Edad									
Segundo Niño	<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados	<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior					<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores		
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> Bocadillo temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocadillo A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocadillo P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocadillo nocturno		
Fecha de nacimiento		AM	PM	HORA	AM			PM	HORA
Edad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios							
Tercer Niño	<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados	<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior					<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores		
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO	<input type="checkbox"/> Bocadillo temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocadillo A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocadillo P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocadillo nocturno		
Fecha de nacimiento		AM	PM	HORA	AM			PM	HORA
Edad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios							

Por favor, responda ambas preguntas. Esta información es voluntaria.

5	CATEGORÍAS ÉTNICO/RACIAL	A. Información étnica del niño(s) — Marque sólo una opción.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
		B. Información racial del niño(s) — Marque uno o más, según aplique.	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

6	FIRMA Certifico que la información anterior es correcta.	_____ <i>Firma del Padre o Tutor</i>	_____ <i>Fecha</i>	_____ <i>Número telefónico del Padre o Tutor</i>
----------	--	---	-----------------------	---

SÓLO PARA EL USO DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO PARA NIÑOS

Fecha Efectiva de este formulario de ingreso: _____

Esta fecha efectiva se puede hacer retroactiva al primer día de participación del niño en el CACFP, si esto ocurre dentro del mismo mes en el cual se recibió este formulario.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf> de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



SACC ACUERDO DE PAGO 2023

Por favor, inicie la sección aplicable, complete la información según sea necesario y firme el acuerdo a continuación:

___ Autorizo al Distrito 65 a debitar automáticamente la tarifa de inscripción de cuidado de niño los \$50 y el pago inicial 1 con la tarjeta de crédito que se indica a continuación.

___ Autorizo al Distrito 65 a debitar automáticamente la tarifa de inscripción de cuidado de niño los \$50, pago inicial 1, y establecer mis pagos de cuidado para el pago automático con la tarjeta de crédito a continuación para todos los pagos restantes (2-19) para el año escolar 2023 - 24 de acuerdo con el cronograma de pagos.

___ Autorizo al Distrito 65 a debitar automáticamente la tarifa de inscripción de cuidado de niño los \$50 más la tarifa de atención opcional seleccionada en mi formulario de inscripción.

Tarjeta de crédito

Visa ___ MasterCard ___ Discover ___ American Express ___

Nombre _____

Número de cuenta _____

Fecha exp. _____

Código de seguridad - 3 dígitos _____

Acuerdo:

- 1) Entiendo que soy responsable de notificar al Distrito inmediatamente si la información de la tarjeta de crédito cambia.
- 2) Entiendo que estos acuerdos financieros permanecerán en vigor hasta que:
 - a) Se cobra el monto total adeudado.
 - b) He solicitado por escrito la cancelación del programa y he pagado todas las tarifas actuales, o
 - c) El Distrito o mi institución financiera me envían un aviso de terminación de este acuerdo.
 - d) El pago automático se aplicará de acuerdo con el cronograma de pagos de cuidado de niños para el año escolar y continuará en consecuencia comenzando con el pago 1 hasta el pago 19 durante todo el año. Los pagos se aplicarán quincenalmente a menos que se cancelen o el cuidado de los niños haya sido suspendido temporalmente por los padres por un período de tiempo consecutivo. He leído y acepto cumplir con la información de pago de cuidado de niño para el año escolar 2023 - 24 compartida en este formulario y en el formulario de registro.
- 3) Entiendo que cualquier pago rechazado incurrirá en una tarifa de servicio de 25.00.
- 4) La cancelación de Cuidado de Niños debe hacerse por escrito con aviso al menos 5 días hábiles antes del inicio de la escuela. Todas las demás cancelaciones deben hacerse en el fin del ciclo de facturación del calendario de pagos 2023 - 24 que se proporcionará durante la inscripción.
- 5) Una vez que el programa haya comenzado, no se otorgarán tarifas prorrateadas por la asistencia parcial del mes o los retiros anticipados.

FIRMA: _____

Fecha: _____

School Age Child Care

Evanston/Skokie School District 65

1500 McDaniel Ave.

Evanston, IL 60201

Charlotte Carter 847-859-8306

Steven Frost 847-859-8118



EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65

Every Child, Every Day, Whatever It Takes

CONOCIÉNDOLE

LUGAR DEL CUIDADO DE NIÑOS/ GUARDERÍA:

NOMBRE _____ EDAD _____ NÚMERO DE HERMANOS: _____

Juguete/ juego/ actividad favoritos del niño

¿Cuál es la mejor manera de familiarizarse con su hijo(a)?

¿Cómo muestra su hijo(a) sus emociones cuando está enojado o feliz?

Si su hijo(a) está molesto(a) ¿cuál es la mejor manera de tranquilizarlo(a), consolarlo(a)?

En general, ¿cómo se maneja la disciplina en casa?

¿Tiene alguna sugerencia/ idea para nuestro personal que pueda ayudarnos a ser más exitosos con su hijo(a)?

¿Su hijo(a) ha participado en otro programa de cuidado de niños/guardería?

Sí _____ No _____

Historial médico

¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explique y proporcione información pertinente (medicamentos, etc.)

¿Su hijo(a) tiene alergias o sensibilidades? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explique y proporcione información pertinente (medicamentos, Epi-Pen, etc.)

Firma del padre de familia

Fecha

School Age Child Care

Evanston/Skokie School District 65

1500 McDaniel Ave.

Evanston, IL 60201

Charlotte Carter 847-859-8078

Steven Frost 847-859-8118



**EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65**

Every Child, Every Day, Whatever It Takes

Programa de guardería para niños en edad escolar

Formulario de autorización de los padres para recoger a los niños

Nombre del niño

Escuela

Nota: Los niños no se entregarán a menores de edad

La persona que recoja a los niños debe tener por lo menos 18 años con una identificación válida. Por favor, escriba toda la información solicitada en el espacio siguiente.

DOY PERMISO A LOS SIGUIENTES ADULTOS PARA RECOGER A MI HIJO(A):

1. _____
Nombre Domicilio Teléfono (celular/trabajo)
2. _____
Nombre Domicilio Teléfono (celular/trabajo)
3. _____
Nombre Domicilio Teléfono (celular/trabajo)

¿Su hijo(a) está bajo alguna protección judicial? Sí No

En caso afirmativo, debe proporcionarse/ anexarse una copia de la orden judicial.

Firma del padre

Fecha

Charlotte Carter
Coordinadora del cuidado de niños en edad escolar

School Age Child Care

Evanston/Skokie School District 65

1500 McDaniel Ave.

Evanston, IL 60201

Charlotte Carter 847-859-8078

Steven Frost 847-859-8118



**EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65**

Every Child, Every Day, Whatever it Takes

LISTA DE VERIFICACIÓN

Entiendo que debido a los requisitos de licencia del estado; el personal de guardería del (SACC) no puede aceptar bolsas de almuerzo como sustituto de la provisión de comidas. Proporcionaré una confirmación por escrito de mi médico si mi hijo requiere una sustitución. **Iniciales** _____

Recibí el 'Resumen de estándares de licencias de DCFS para guarderías'.
Iniciales _____

He revisado en línea en www.district65.net las reglas para el comportamiento estudiantil y la disciplina escolar así como la política de orientación y disciplina del SACC. Me aseguraré de que mi(s) hijo(s) entienda(n) completamente cómo se relaciona esta información con ellos mientras estén bajo nuestro cuidado. **Iniciales** _____

He revisado y entiendo el proceso y la política de SACC para recoger tarde a los niños.
Iniciales _____

Doy permiso para que mi(s) hijo(s) participen en excursiones de SACC y en actividades relacionadas. **Iniciales** _____

Además, doy permiso para que mi(s) hijo(s) sea(n) fotografiado(s)/grabado(s) en video y entrevistado(a) mientras participa en actividades de SACC o en excursiones. **Iniciales**

Mi firma confirma que he leído las declaraciones anteriores además de revisar el actual 'Manual para padres' de SACC (en línea y/o copia impresa).

Firma del padre de familia/ tutor

Fecha

School Age Child Care
 Evanston/Skokie School District 65
 1500 McDaniel Ave.
 Evanston, IL 60201
 Charlotte Carter 847-859-8078
 Steven Frost 847-859-8118



EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65

Every Child, Every Day. Whatever it Takes

Distrito Escolar 65 de Evanston/ Skokie

Departamento de Servicios de Salud

Estimado padre/ tutor:

Si es necesario que su hijo(a) tome medicamentos en la escuela, usted debe leer y llenar el siguiente formulario. La medicina solo puede ser administrada por el personal de la escuela si fue recetada por un médico. Los medicamentos recetados por un médico o con etiqueta de un farmacéutico necesitan solo de una petición del padre de familia (parte 1). Una petición para administrar medicina sin prescripción médica o para que un niño cargue su medicina, debe acompañarse de una solicitud por escrito por parte del médico y del padre/tutor (parte 2).

SOLICITUD MÉDICA DE LOS PADRES

POR LA PRESENTE CONFIRMO MI RESPONSABILIDAD PRIMARIA DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A MI HIJO(A), SIN EMBARGO, SI MI HIJO(A) DEBE RECIBIR MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÉ EN LA ESCUELA, AUTORIZO AL DISTRITO ESCOLAR 65 Y A SUS EMPLEADOS A ADMINISTRAR A MI HIJO (A) MEDICAMENTOS PRESCRITOS LEGALMENTE. RECONOZCO QUE PUEDE SER NECESARIO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A MI HIJO(A) SEA LLEVADA A CABO POR UNA ENFERMERA O POR OTRA PERSONA QUE NO SEA ENFERMERA ESCOLAR, CERTIFICADA Y CONSIENTO ESPECÍFICAMENTE EN TALES PRÁCTICAS. ADEMÁS, RECONOZCO Y ACEPTO QUE, CUANDO LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS LEGALMENTE SEAN ADMINISTRADOS O SE INTENTE ADMINISTRARLOS, RENUNCIO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUEDA TENER CONTRA EL DISTRITO ESCOLAR, SUS EMPLEADOS Y AGENTES QUE SURJAN DE LA ADMINISTRACIÓN DE DICHO MEDICAMENTO. ADEMÁS, ESTOY DE ACUERDO EN EXIMIR DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZAR AL DISTRITO ESCOLAR Y A SUS EMPLEADOS DE CUALQUIER RECLAMO, DAÑO, CAUSA DE ACCIÓN O LESIÓN INCURRIDA O RESULTANTE DE LA ADMINISTRACIÓN O INTENTO DE ADMINISTRACIÓN DE DICHO MEDICAMENTO.

NOTIFICARÉ A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN LA MEDICINA O EN LA DOSIS Y ENVIARÉ A LA ESCUELA UNA ORDEN ESCRITA POR EL DOCTOR CUANDO SEA NECESARIO UN CAMBIO.

PARTE 1

POR LA PRESENTE SOLICITO QUE EL PERSONAL DE LA ESCUELA ADMINISTRE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS A:

 NOMBRE DEL NIÑO

1. _____
 MEDICAMENT DOSIS HORA FECHA DE INICIO Y TERMINO

2. _____
 MEDICAMENTO DOSIS HORA FECHA DE INICIO Y TÉRMINO

 FIRMA DEL PADRE/ TUTOR

PARTE 2

La requiere la firma del médico para medicamentos sin receta, para que el niño cargue su medicina, para clarificación adicional, etc.
 Solicitudes/ comentarios:

 FIRMA DEL MÉDICO

 FECHA

Para uso exclusivo de la oficina de salud, debajo de esta línea

Fecha	Cantidad/ Iniciales HOP (Oficina de salud)	Fecha	Cantidad/ Iniciales HOP (Oficina de salud)	Fecha	Cantidad/ Iniciales HOP (Oficina de salud)

FECHA EN QUE MEDICINAS REGRESARON A LOS PADRES: _____ INICIALES DE LOS PADRES _____ INICIALES HOP _____

State of Illinois
Illinois Department of Children and Family Services

VERIFICATION OF RECEIPT

I/WE, _____
Please Print Name(s)

parent(s) of _____, hereby certify that I/we have
Name(s) of Child(ren)

received a copy of a summary of licensing standards printed by the Illinois Department of Children and Family Services.

Signature of Parent

Date

Signature of Parent

Date

THIS COMPLETED FORM IS TO BE PLACED IN EACH CHILD'S FILE AT THE DAY CARE FACILITY.