



LISTA DE VERIFICACIÓN DE REGISTRO 2018 - 2019

REQUERIDO PARA TODOS LOS ESTUDIANTES:

1. Complete la **INSCRIPCIÓN EN LÍNEA** a través de Infinite Campus
2. **FORMULARIOS DE PAPEL COMPLETOS** documentación complementaria para padres/tutores, que incluye:
 - a. Consentimientos y Agradecimientos (2 páginas)
 - b. Formulario de Historial de Salud (1 página)

PUEDE SER REQUERIDO:

3. ¿Su hijo toma medicamentos recetados, de venta libre o de emergencia durante el día escolar?
 - a. Si la respuesta es **SÍ**, debe enviar un Formulario de autorización de medicamentos para cada medicamento. **Los formularios de medicamentos se deben entregar una semana antes del primer día de clases.**
 Formulario de autorización de medicamentos completo (2 páginas)
 - b. Si **NO**, continúe con el Pas 4.
4. ¿Su hijo tiene un diagnóstico de asma, diabetes o convulsiones y/o una reacción anafiláctica conocida a un alérgeno?
 - a. Si la respuesta es **SÍ**, debe enviar un plan de acción actual para este año escolar. **Los planes de acción/cuidado de emergencia se deben entregar una semana antes del primer día de clases.**
 Complete Asma /Diabetes /Ataque /Acción contra la alergia /Plan de atención
 - b. Si **NO**, continúe con el Pas 5.
5. ¿Su hijo ingresará a los grados K o 1º, 6º, 9º?
 - a. Si la respuesta es **SÍ**, debe presentar un examen físico actual antes del 16 de octubre de
 Presentar el formulario de Certificado de Salud Infantil del Estado de Illinois (2 páginas)
 - b. Si **NO**, continúe con el Pas 6.

Todos estos formularios se pueden encontrar en nuestro sitio web en el rincón de los padres:
www.mygiantsteps.org/parents-corner.

REQUERIDO PARA TODOS LOS ESTUDIANTES:

6. Envíe **TODOS LOS FORMULARIOS DE PAPEL REQUERIDOS** a Giant Steps. Puede enviar los formularios:
 - a. Electrónicamente a: registration@mygiantsteps.org,
 - b. En la mochila de tu hijo,
 - c. Vía USPS a 2500 Cabot Drive, Lisle, Illinois 60532, o
 - d. A mano a la recepcionista en la recepción

Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a registration@mygiantsteps.org.

Nombre del Estudiante: _____

Consentimiento para Fotografía/Videografía/Usos de Trabajo Original

Los estudiantes y el trabajo del alumno pueden aparecer ocasionalmente en fotografías y grabaciones realizadas por miembros del personal de Giant Steps, otros estudiantes u otras personas autorizadas por la administración de Giant Steps. Giant Steps puede usar estas imágenes y grabaciones, sin identificar al estudiante, en diversas publicaciones, incluidos anuarios escolares, periódicos / boletines escolares, el sitio web Giant Steps y las redes sociales de Giant Steps (por ejemplo, la página de Facebook de Giant Steps y Twitter). A veces, Giant Steps puede querer identificar el trabajo de un estudiante o estudiante en una publicación. Por ejemplo, Giant Steps puede agradecer a los estudiantes que participan en una actividad escolar o que merecen un reconocimiento especial, incluso en un comunicado de prensa o material patrocinado por Giant Steps, publicación, grabación, sitio web, redes sociales. Para que Giant Steps publique una imagen o grabación de un estudiante o del trabajo de un alumno mientras el alumno está inscrito en Giant Steps, el padre / tutor del alumno debe firmar este formulario de consentimiento a continuación.

Al firmar a continuación, entiendo que otorgo el consentimiento de Giant Steps para usar el nombre, la imagen fotográfica o de video, la voz, las declaraciones, el trabajo o la escritura de mi hijo; identifica a mi hijo; e identifique a la escuela a la que asiste mi hijo en cualquier material patrocinado por Giant Steps, publicación, grabación, sitio web o redes sociales. Este consentimiento es válido solo para el año escolar en el que está firmado. El consentimiento debe darse anualmente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito a la Directora de Educación Especial.

Además, entiendo que, Giant Steps limita el acceso a los edificios escolares por parte de fotógrafos externos, no tiene control sobre los medios de comunicación u otras entidades que puedan publicar una imagen de un estudiante nombrado o no identificado de un evento escolar.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Consentimiento Para Atención Médica de Emergencia

Doy mi consentimiento para que se asegure la atención médica de emergencia para mi hijo en caso de una emergencia. Seré responsable de los gastos médicos de emergencia al recibir la declaración.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Consentimiento para Transporte de Instrucción Basado en la Comunidad

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la instrucción programada basada en la comunidad y sea transportado en autobuses o vehículos contratados, minivans de Giant Steps y/o caminando mientras está inscrito en Giant Steps. Entiendo que todos esos viajes están bajo la supervisión de miembros del personal de Giant Steps y que se toman precauciones de salud y seguridad según corresponda.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Consentimiento para el uso de equipos de gimnasia

Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en un programa de acondicionamiento físico que incorpora el uso de equipos de ejercicios físicos (por ejemplo, cintas de correr, bicicleta elíptica, estacionaria, escalonada, etc.). Entiendo que mi hijo solo usará el equipo de acondicionamiento físico para el que ha cumplido con los requisitos de altura y peso. Además, reconozco que el uso de equipos de gimnasia implica el potencial de lesiones incluso con la mejor instrucción y equipamiento, así como la estricta observancia de las reglas. Reconozco que he leído y entiendo esta advertencia. Además, libero a Giant Steps, sus empleados y sus agentes de toda responsabilidad por las lesiones sufridas por mi hijo durante o como resultado del uso de equipos de ejercicios físicos.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Estudiante: _____

Reconocimiento de los Procedimientos de Ausencia del Estudiante

Entiendo la póliza de Giant Steps que me exige que notifique a la escuela cada día que mi hijo estará ausente. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela de manera oportuna llamando al (630) 864-3800, extensión 3. Dejaré un mensaje que incluye el nombre de mi hijo, el nombre del maestro de la clase y el motivo de la ausencia. Entiendo que también es mi responsabilidad notificar al proveedor de transporte de mi hijo (por ejemplo, compañía de autobuses, compañía de taxis, etc.) cada día que mi hijo está ausente.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Reconocimiento del Recibo del Manual Para Padres y Alumnos

Reconozco que he recibido y leído el Manual para Padres y Alumnos 2018-2019 y que lo he revisado con mi hijo. Entiendo que las pólizas, procedimientos, directrices, reglas y expectativas delineadas en el Manual son solo un resumen de todas las políticas y normas de Giant Steps, y que estoy sujeto y debo cumplir con todas las políticas de Giant Steps. También entiendo que una violación de cualquiera de las pólizas y reglas de Giant Steps puede tener consecuencias disciplinarias. Además, entiendo que el Manual puede ser enmendado durante el año sin previo aviso.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Autorización de Acceso Para Dispositivos Electrónicos

Giant Steps tiene la capacidad de mejorar la educación de su hijo a través de la red electrónica de Giant Steps, que incluye Internet. Nuestro objetivo al proporcionar acceso es promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. Los estudiantes y sus padres / tutores deben firmar este formulario de autorización anualmente.

Giant Steps filtra el acceso en su red electrónica para proteger contra imágenes o videos que son obscenos, pornográficos, o dañinos o inapropiados en el entorno escolar. Sin embargo, es imposible garantizar el filtrado de todo ese material, y es posible que un usuario tenga acceso a material inapropiado. En última instancia, los padres / tutores son responsables de establecer y transmitir los estándares que su hijo debe seguir y Giant Steps respeta el derecho de cada familia a decidir si autoriza o no el acceso de sus alumnos a la red electrónica de Giant Steps, incluido Internet. Con esta oportunidad educativa también viene la responsabilidad. El uso inapropiado de la red electrónica de Giant Steps, como se define en la póliza de red electrónica de Giant Steps, y la implementación de procedimientos administrativos, reglas y regulaciones, puede resultar en la pérdida de privilegios para usar este recurso. Todo uso de la red electrónica de Giant Steps, incluido Internet, deberá ser coherente con el objetivo de Giant Steps de promover la excelencia educativa al facilitar el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación. Recuerde que usted es legalmente responsable de las acciones de su hijo. Si un usuario no sigue los términos del uso aceptable de las redes electrónicas, se perderán los privilegios, las medidas disciplinarias y/o las acciones legales apropiadas.

He leído y acepto la política de red electrónica de Giant Steps. Además, reconozco que he revisado la póliza y los procedimientos con mi hijo. Entiendo que el acceso está diseñado con fines educativos y que Giant Steps ha tomado precauciones para eliminar cualquier material dañino o inapropiado. Sin embargo, también reconozco y acepto que es imposible que Giant Steps restrinja el acceso a todos los materiales nocivos e inapropiados y que mi hijo podría acceder a dicho material a través de la red electrónica. Entiendo que cualquier uso inaceptable de la red electrónica es motivo para suspender o revocar los privilegios de la red y puede dar lugar a medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión de la escuela, así como sanciones penales o civiles. Además, acepto indemnizar a Giant Steps por cualquier pérdida, costo, daño, cargo o tarifa causada o incurrida por mi hijo en relación con o que surja del uso de la red electrónica por parte de mi hijo o cualquier violación de la Póliza, procedimientos, reglas, u otros términos o condiciones de acceso a la red electrónica. En consideración por el acceso de mi hijo a la red electrónica, por la presente, libero a Giant Steps y sus miembros individuales de la Junta, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier reclamo y daño que surja de o esté relacionado con el uso o inhabilidad de mi hijo para usar, la red electrónica.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Estudiante: _____

Reconocimiento de Finalización Electrónica

Al completar electrónicamente estos reconocimientos, juro que soy el padre / tutor del estudiante, tengo la autoridad para completar y ejecutar este documento, y la información contenida en este documento es exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre/Tutor

Fecha



FORMULARIO ANNUAL DE HISTORIAL DE SALUD

2018 – 2019

Nombre del Estudiante/Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ultimo Primero

Grado/Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Nombre del Medico: _____ Numero de Teléfono: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Numero De Teléfono: _____ Celular Casa Trabajo

Condición de Salud	Si	No	Comentarios	Condición de Salud	Si	No	Comentarios
Alergias? Por favor especifique: <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para la Alergia debe de estar archivado para el ano del programa actual .**	Oído/Problemas Auditivos/ Infecciones del Oído Frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Diagnosis del asma? ¿Despierta durante la noche tosiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para el Asma debe de estar archivado para el ano del programa actual .**	Ojo/Problemas Visuales? <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fecha de examen para los ojos mas reciente?
¿Defecto de Nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:	¿Migrañas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explica el tratamiento usado.
¿Desorden Sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Preocupaciones de salud mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor explique.
¿Diabetes? Por favor especifique: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Cuidado para la Diabetes debe de estar archivado para el ano del programa actual .**	¿Restricciones dietéticas relacionas con la medicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesión en la cabeza/Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	Lesión/ Enfermedad Grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique cuando y que.
¿Diagnóstico de trastorno convulsivo? Fecha del más reciente ataque convulsivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Un Plan de Acción para los ataques convulsivos debe de estar archivado para el ano del programa actual .**	¿Hospitalizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique cuándo y por qué.
¿Problema Cardiaco? ¿Soplo cardiaco actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listar todos, indica cuándo y por qué.
¿Alta Presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Shunt? <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de lista.
¿Mareos o dolor en el pecho con ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Dental? <input type="checkbox"/> Frenos <input type="checkbox"/> Puente <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fecha del último examen dental?
Problemas óseos/ articulares/escoliosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haga una lista de TODOS los medicamentos – recetas, de venta libre, suplementos, remedios homeopáticos – tomados:			
¿Pérdida de la función del órgano emparejado? <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
¿Uso de aparatos ortopédicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo:				

Esta información se comparte con los proveedores de 911 en caso de emergencia.

Firma de Padre/Tutor

Fecha