

AERIES.NET Confirmación de Datos en el Portal para Padres

El proceso de confirmar sus datos le permitirá actualizar los datos demográficos, contactos de emergencia y el historial médico de su estudiante. Necesitará tener una cuenta de Aries.net Parent Portal para ingresar/iniciar la sesión.

Oceanside Unified School District



Seleccione su idioma

Introduzca su correo electrónico
y seleccione SIGUIENTE

Introduzca su contraseña

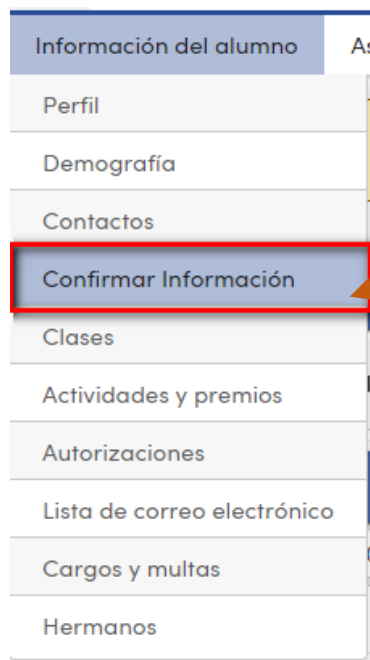
Si se le olvidó su contraseña,
seleccione
¿Olvidó su contraseña?

Presione aquí si no tiene una cuenta
y desea crear una

Proceso de Confirmación de Datos

Una vez que haya ingresado a la página principal de su cuenta de Aries.net Parent Portal, usted verá un letrero con letras azules y amarillas que dice lo siguiente:

Aún no ha completado el proceso de C
Presione Aquí para confirmar la inf



Presione "[Click Here](#)" para empezar
el proceso, o usted encontrará el
enlace en <Información del
estudiante> <Confirmación de datos>

Si su domicilio ha cambiado, por
favor traiga dos comprobantes de
domicilio a la oficina principal de la
escuela para que puedan actualizar el
registro del estudiante.

Antes de comenzar el proceso de inscripción de otoño, por favor confirme que su estudiante (arriba) está asignado en la escuela correcta (en el banner arriba). Si su estudiante está inscrito en más de una escuela, haga clic en el menú desplegable "Cambiar estudiante". Una vez que esté en el estudiante y la escuela correctos, puede comenzar.

Siga las instrucciones en cada enlace abajo para completar el registro.

Información familiar

Contactos

Historial médico

Documentos

Autorizaciones

Confirmación Final de Datos

Si necesita actualizar la **dirección o el número de teléfono de su casa**, usted deberá presentar dos comprobantes de verificación a la oficina de la escuela. La escuela cambiará la información.

Recuerde de
presionar “Guardar”
en cada sección para
continuar

Información familiar

Seleccione si al lo menos uno de los padres/tutores de este estudiante está o no en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

Seleccione una de las siguientes opciones para completar la encuesta sobre su domicilio.

Contactos

Selección de registro a modificar

Nombre	Dirección	Relación
Robert Alavez	5535 Morningstar Ln	

Información del Contacto		Notas
Nombre	Robert Alavez	Este campo se utiliza para especificar al destinatario los correos de la escuela, es aplicable.
Prefijo para el nombre		
Primer Nombre		
Segundo Nombre		
Apellido		
Su hijo, nombre al nombre		

Por favor actualice la información de contacto de los padres/tutores Y los contactos adicionales en caso de emergencia.

Asegúrese de que cada uno se los padres esté anotado e identificado en el campo de "CODE". Se contactarán los números del "teléfono celular" del padre/tutor en caso de una notificación importante.

Si desea eliminar un contacto, por favor póngase en contacto con la oficina de la escuela.

Historial médico

Por favor, comuníquese con la Enfermería (Health Office) si es necesario hacer cambios.

[Save](#)

Additional Conditions Please Check All That Apply		
☐ Allergy - Food	☐ Diabetes Mellitus	☐ Leukemia
☐ Allergy - General	☐ Dislocation	☐ Lung Problem
☐ Anemia	☐ Dizziness / Fainting	☐ Lupus
☐ Anxiety	☐ Ears - Tubes	☐ Medications
☐ Arthritis	☐ Eating Disorder	☐ No Blood Products
☐ Asperger Syndrome	☐ Eczema	☐ Nose Bleeds
☐ Asthma	☐ Emotional Disorder	☐ Obsessive Compulsive DI
☐ Attention Deficit Disorder (ADD)	☐ Epilepsy	☐ Osgood Schlatter's Disease
☐ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	☐ Exemption - Physical Activity	☐ Other Medical Condition
☐ Autism	☐ Fibromyalgia	☐ P.E. Restrictions
☐ Behavior Disorder	☐ Fracture	☐ Pacemaker
☐ Bipolar	☐ Gastritis	☐ Scoliosis
☐ Bladder Problems	☐ Head Injury	☐ Seizures
☐ Blood Condition	☐ Headaches	☐ Sickle Cell Anemia
☐ Cancer	☐ Hearing Issues	☐ Spina Bifida
☐ Celiac Disease	☐ Heart Condition	☐ Sun Sensitivity
☐ Cerebral Palsy	☐ High Blood Pressure	☐ Surgery
☐ Concussion	☐ Hydrocephalus	☐ Teeth / Gum Issues
☐ Congenital Heart Disease	☐ Immune Disorder	☐ Thyroid Problem
☐ Crohn's Disease	☐ Irritable Bowel Syndrome	☐ Tourette's Syndrome
☐ Cystic Fibrosis	☐ Kidney Defect	☐ Vision Issues
☐ Developmental Disorder	☐ Lactose Intolerant	

[Save](#)

Documentos

Por favor, lea los documentos y marque la(s) casilla(s). Algunos documentos necesitarán llenarse, imprimirse y devolverse a la escuela.

☒ Información familiar	Por favor, lean y marquen la casilla. (Algunos documentos necesitarán llenarse, imprimirse y devolverse a la escuela) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Documentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Required Annual Notification/Notificación Anual Requerida ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Health Care Info 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Health Care Enroll</td> </tr> <tr> <td></td> <td>USD School Calendar 2017-2018</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ANNUAL NOTIFICATION /NOTIFICACIÓN ANUAL 2017/18 ☐ Please print and return to school's main office. Favor de imprimir y regresar a la oficina principal de la escuela</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Shared Residency Declaration / Declaración de residencia compartida</td> </tr> </tbody> </table>	Documentos			Required Annual Notification/Notificación Anual Requerida ☐		Health Care Info 1		Health Care Enroll		USD School Calendar 2017-2018		ANNUAL NOTIFICATION /NOTIFICACIÓN ANUAL 2017/18 ☐ Please print and return to school's main office. Favor de imprimir y regresar a la oficina principal de la escuela		Shared Residency Declaration / Declaración de residencia compartida
Documentos															
		Required Annual Notification/Notificación Anual Requerida ☐													
		Health Care Info 1													
		Health Care Enroll													
		USD School Calendar 2017-2018													
	ANNUAL NOTIFICATION /NOTIFICACIÓN ANUAL 2017/18 ☐ Please print and return to school's main office. Favor de imprimir y regresar a la oficina principal de la escuela														
	Shared Residency Declaration / Declaración de residencia compartida														
☒ Contactos															
☒ Historial médico															
☐ 4 Documentos															
☐ 5 Autorizaciones															
☐ 6 Confirmación Final de Datos															
Confirmar y continuar															

Autorizaciones

– Revise lo siguiente y otorgue/acepte o niegue/rechace dar su consentimiento. CADA artículo en las Autorizaciones y Prohibiciones debe tener una respuesta del ESTADO actual para completar el proceso de inscripción. GUARDAR.

Si * La respuesta requerida sigue apareciendo, uno o más artículos aún no se han guardado. Una vez que se hayan completado todos los artículos, el mensaje en rojo “Se requiere una respuesta” desaparecerá.

Autorizaciones y Prohibiciones	
Descripción	Estado
* El estudiante tiene un padre o más quién está activo en el militar	☐ Allow ☐ Deny
* El estudiante tiene un padre o más quién está veterano militar	☐ Allow ☐ Deny
* El estudiante vive en propiedad federal	☐ Allow ☐ Deny
* El estudiante tiene un padre o más civil quién está trabajando en propiedad federal	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Durante los últimos dos (2) años, se han mudado en busca de los siguientes empleos? Trabajo relacionado con el proceso de productos agrícolas tales como pizar, plantar o empacar frutas o verduras.	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Durante los últimos dos (2) años, se han mudado en busca de los siguientes empleos? Trabajo relacionado con la cosecha de árboles frutales.	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Durante los últimos dos (2) años, se han mudado en busca de los siguientes empleos? Trabajo de huerta relacionadas con frutas y/o nueces.	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Durante los últimos dos (2) años, se han mudado en busca de los siguientes empleos? Trabajo en viveros o nerserías relacionadas con el cultivo y cuidado de flores o plantas.	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Permite que proveemos su nombre, domicilio, y teléfono a la Organización de Padres y Maestros (PTO) u otros grupos de padres?	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Permite que repartimos la información y/o foto de su estudiante a los medios de comunicación?	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Permite que su estudiante vaya en paseos/excursiones escolares?	☐ Allow ☐ Deny
* El permiso para la foto de los estudiantes para ser publicado en el anuario de la escuela	☐ Allow ☐ Deny
* En su casa, ¿tiene conexión a internet sin tener que usar un cable (por medio de WIFI)?	☐ Allow ☐ Deny
* ¿Tiene su hijo una condición médica? If yes, please contact school's Health Office with Medical Info.	☐ Allow ☐ Deny
* Response Required	

Confirmación Final de Datos

En esta sección, por favor haga clic en cada una de las casillas para confirmar que ha completado la sección, después seleccione **Save** (Guardar). Esto completará su Confirmación de Datos.

POR FAVOR CONFIRMAR QUE LA INFORMACIÓN DE LAS PESTAÑAS ANTERIORES ES CORRECTA

Al imprimir la tarjeta de emergencia, usted está "confirmando" que ha completado los pasos requeridos.
Por favor firme y devuélvalo a la escuela el día de inscripción.

Sito web de solicitud de almuerzo: <http://ns.osite.us/>

Al seleccionar las casillas de verificación a continuación, usted está verificando que ha actualizado toda la información necesaria. Por favor, comuníquese con la oficina de la escuela para informarse sobre las fechas y horarios para inscribirse en persona y completar el proceso de inscripción.

- Confirme la información
- Haga clic en **SAVE** (Guardar)
- Haga clic en imprimir Tarjeta de Emergencia.
- Revise la Tarjeta de Emergencia y FÍRMELA
- Regrese a la página de la escuela

Al imprimir la tarjeta de emergencia, usted está "confirmando" que ha completado los pasos requeridos. Por favor firme y devuelva esto a la escuela el día de inscripción.

Termine y Entregue

Imprimir nueva tarjeta de emergencia