

Los requisitos físicos y de vacunación deben entregarse a la escuela antes del 15 de octubre de 2026 para descartar el riesgo de exclusión escolar.

Preescolar/Pre-K	Examen Físico	<i>Formulario de Examen de Certificado de Salud Infantil del Estado de Illinois:</i> Firmado y fechado en o después del 08-01-2025 por el médico y el Historial de Salud (parte superior del formulario) completado y firmado por los padres.
	DPT/DTaP	4 dosis
	Polio	3 dosis
	Hib	1 dosis después de 15 meses (o serie completada a los 12 meses)
	MMR	1 dosis (después de los 12 meses)
	Varicella	1 dosis (después de los 12 meses)
	Hepatitis B	3 dosis (tercer dosis después de la edad de 6 meses)
	Pneumococcal	Serie primaria, o prueba de 1 dosis después de los 24 meses
Examen Dental	<i>(Día completo de Pre-kinder solamente) Forma Dental del Estado de Illinois:</i> Fechado en o después del 11-15-2025 y debe ser entregado para el 5-15-2027.	
Kínder	Examen Físico	<i>Formulario de Examen de Certificado de Salud Infantil del Estado de Illinois:</i> Firmado y fechado en o después del 08-01-2025 por el médico y el Historial de Salud (parte superior del formulario) completado y firmado por los padres.
	DPT/DTaP	4 dosis (última después de los 4 años)
	Polio	4 dosis (última después de los 4 años)
	MMR	2 dosis (después de los 12 meses)
	Varicella	2 dosis (después de los 12 meses)
	Examen Visual	<i>Reporte de Examen Visual:</i> Fechado en o después del 08-01-2025 y debe ser entregado para el 10-15-2026.
	Examen Dental	<i>Forma Dental del Estado de Illinois:</i> Fechado en o después del 11-15-2025 y debe ser entregado para el 5-15-2027.
2° Grado	Examen Dental	<i>Formulario Dental del Estado de Illinois:</i> Fechado en o después del 11-15-2025 y debe ser entregado para el 5-15-2027.
6° Grado	Examen Físico	<i>Certificado del Formulario de Salud Infantil del Estado de Illinois:</i> Firmado y fechado en o después del 08-01-2025 por el médico y el Historial de Salud (parte superior del formulario) completado y firmado por los padres.
	Registro completo de vacunación integral más las dos mencionados a continuación	
	Tdap	1 dosis (debe administrarse en o después del cumpleaños número 11)
	Meningococcal	1 dosis (debe administrarse en o después del cumpleaños número 11)
Examen Dental	<i>Formulario Dental del Estado de Illinois:</i> Fechado en o después del 11-15-2025 y debe ser entregado para el 5-15-2027.	
9° Grado	Examen Físico	<i>Certificado del Formulario de Salud Infantil del Estado de Illinois:</i> Firmado y fechado en o después del 08-01-2025 por el médico y el Historial de Salud (parte superior del formulario) completado y firmado por los padres.
	Registro completo de vacunación	
	Examen Dental	<i>Formulario Dental del Estado de Illinois:</i> Fechado en o después del 11-15-2025 y debe ser entregado para el 5-15-2027.
12° Grado	Meningococcal	2 dosis (Primer dosis recibida en o después del cumpleaños número 11, segunda dosis en o después del cumpleaños número 16)
Todos los estudiantes nuevos al Distrito 129	Preescolar/Pre-k	Cumplir con los requisitos de preescolar/Pre-K (mencionados arriba)
	Kínder a 5° grado	Cumplir con los requisitos de Kínder (mencionados arriba)
	6° a 8° grado	Cumplir con los requisitos de 6° grado (mencionados arriba) y Examen Visual para estudiantes nuevos a Illinois
	9° a 12° grado	Cumplir con los requisitos de 9° grado y 12° grado y Examen Visual para estudiantes nuevos a Illinois

Comuníquese con la enfermera de la escuela a la que pertenece su hijo/a si tiene alguna pregunta relacionada con inquietudes médicas. La seguridad, comodidad y bienestar de su hijo/a es nuestra máxima prioridad.