



# El Rancho Distrito Escolar Unificado

## Confirmación de Datos Usando Cuenta de Parent Portal

Español

**Aeries**  
Student Information System

Correo electrónico

Empieza Aquí

SIGUIENTE

¿Olvidó su contraseña? [Crear una cuenta nueva](#)

Inicie una sesión en su cuenta de Parent Portal por medio de la página principal del sitio web del distrito

<https://portal.erusd.k12.ca.us/Parent/LoginParent.aspx>

Ingrese su dirección de correo electrónico y haga clic en **Siguiente**.

Ingrese su contraseña y haga clic en **Ingresar**

**Aeries**  
Student Information System

Contraseña

INGRESAR

¿Olvidó su contraseña? [Crear una cuenta nueva](#)



## Proceso de Confirmación de datos utilizando Parent Portal

Haga clic en la opción "**Cambio de alumno**" en la parte superior de la pantalla y seleccione el nombre, por ejemplo – Doe-Test, Justina – Grd 8 – The STEAM Academy @ Burke.

2017-2018 The STEAM Academy @ Burke

Página principal Información del alumno Asistencia Calificaciones Exámenes **Cambio de alumno**

New Aeries Tour

- Doe-Test, Justina - Grd 8 - The STEAM Academy @ Burke
- Doe-Test, Justina [PRE-ENROLLED] - Grd 9 - El Rancho HS

Haga clic en “**Presione Aquí**” para comenzar el proceso de confirmación de datos de 7 pasos.

2017-2018 El Rancho High School

Página principal Información del alumno Asistencia Calificaciones Exámenes Cambio de alumno

Aún no ha completado el proceso de Confirmación de Datos del alumno.  
[Presione Aquí](#) para confirmar la información acerca de su hijo/a.

Página principal Información del alumno Asistencia Calificaciones Exámenes Cambio de alumno

Justina Doe-Test

Identificación Perm	602959	Grado	8	Consejero
State Student ID	4605542403	Edad	12	Fluidez del Language
Status Tag	N/A	Sexo	F	Corr. Idioma / IdiomPref
No de Estudiante	818197	Fecha de Nacimiento	9/1/2005	Interdistrict Status

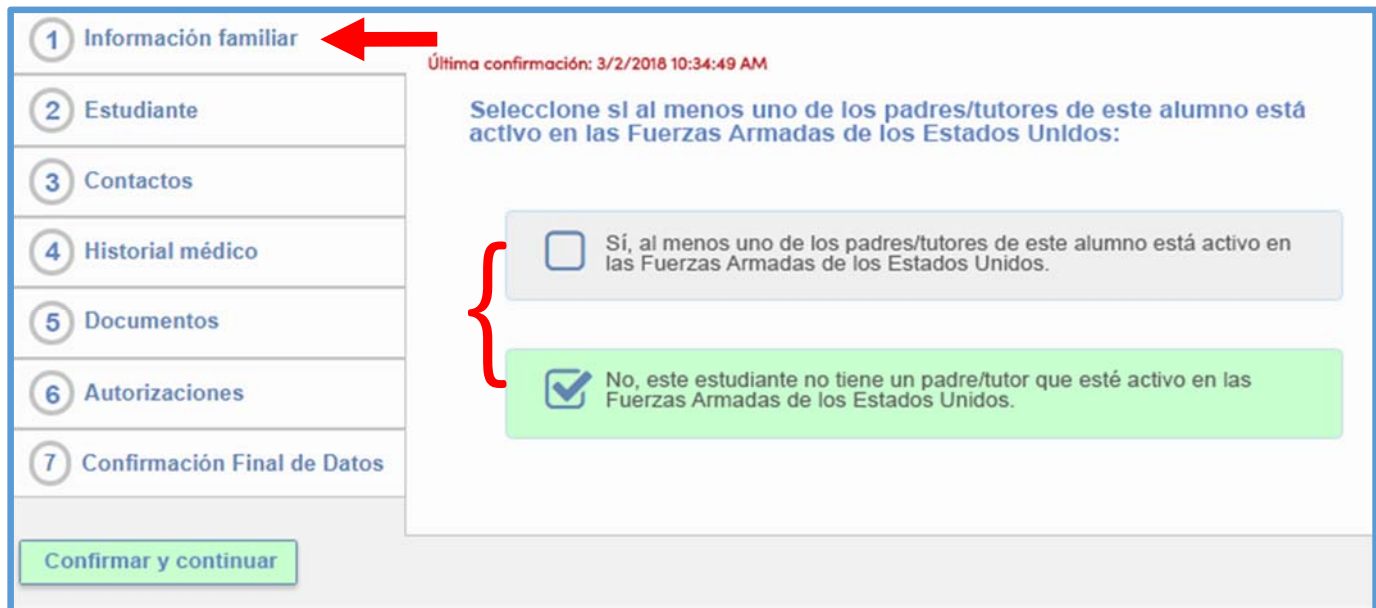
Por favor complete los 7 pasos de confirmación de datos y seleccione el siguiente paso.

- 1 Información familiar
- 2 Estudiante
- 3 Contactos
- 4 Historial médico
- 5 Documentos
- 6 Autorizaciones
- 7 Confirmación Final de Datos

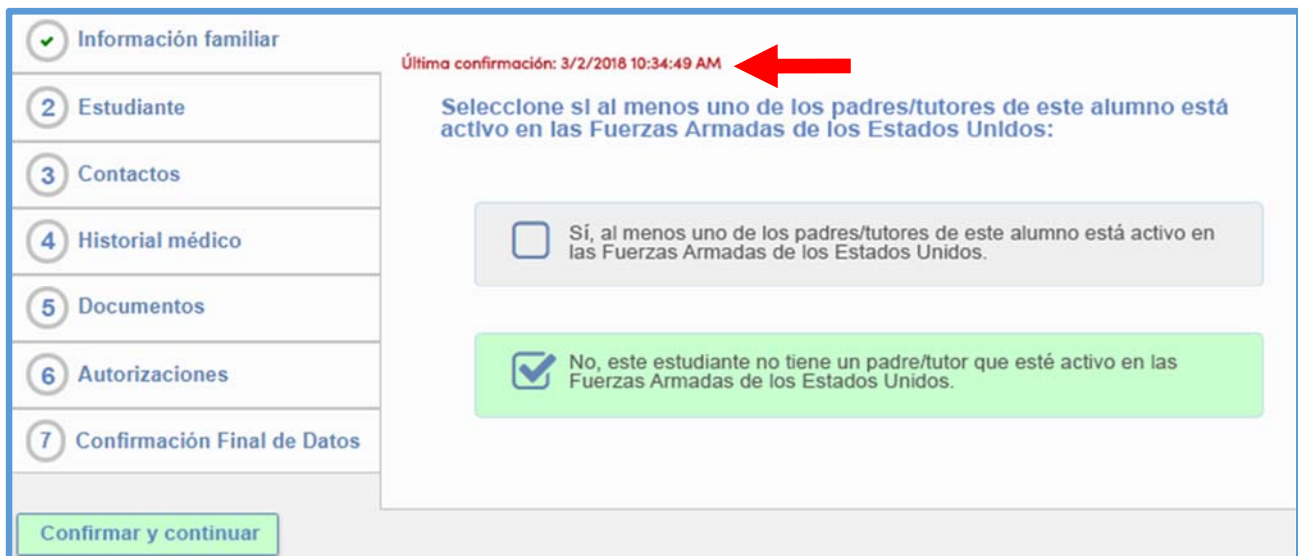
Confirm and Continue

## PASO #1

**Información familiar** - Seleccione si al menos uno de los padres/tutores de este alumno está activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.



Cuando haya terminado con esta parte, el mensaje mostrará los datos del estudiante guardados con el sello de fecha y hora en rojo. El número “1” se convertirá en una marca de verificación.  
*Esto continuará con todos los números.*

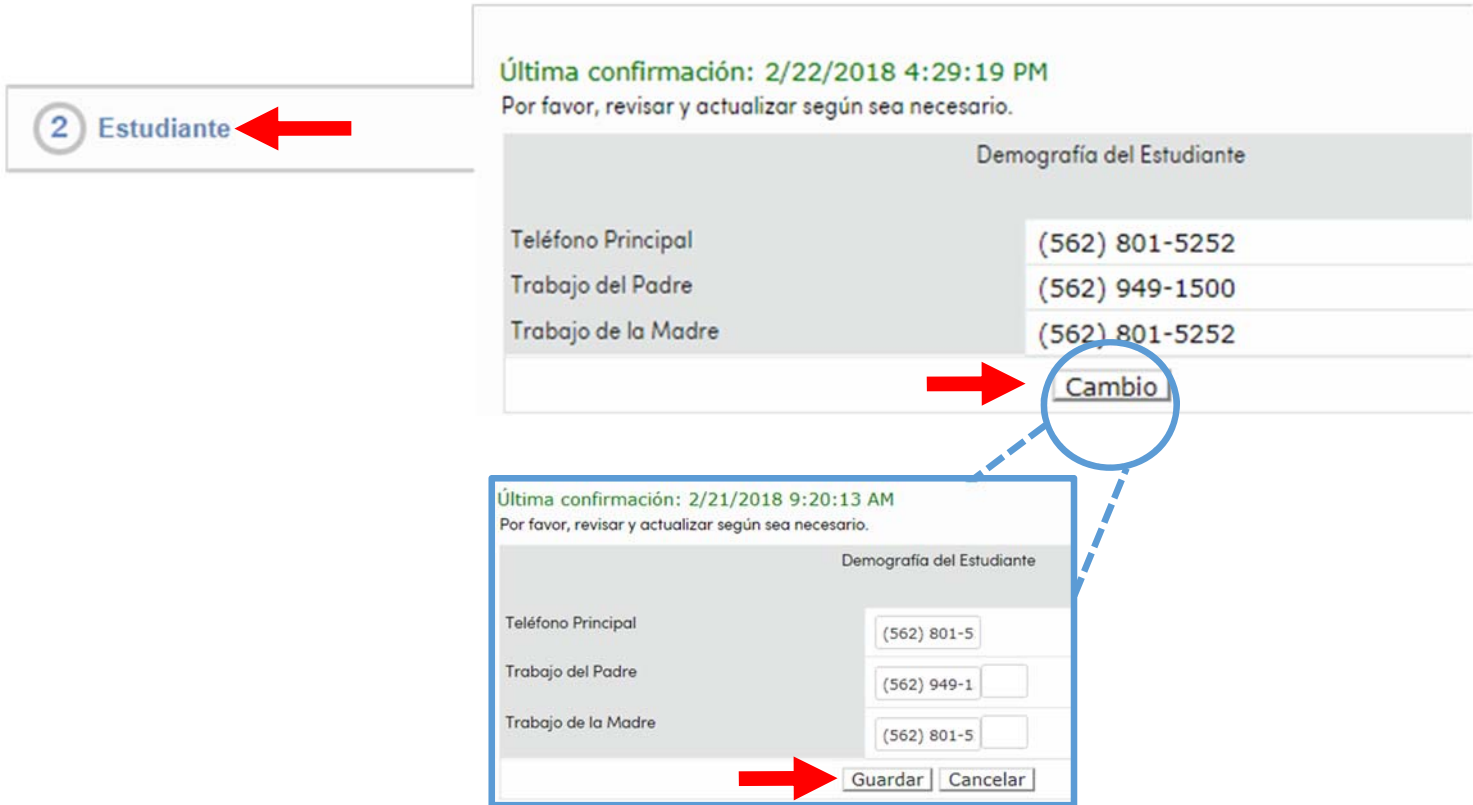


Haga clic en el botón “CONFIRMAR Y CONTINUAR” para ir al Paso #2.

**Confirmar y continuar**

## PASO #2

Revise sus números de teléfono primaries y haga cualquier corrección hacienda clic en “CAMBIO”. Cambie su información y luego haga clic en “GUARDAR”.



2 Estudiante

Última confirmación: 2/22/2018 4:29:19 PM  
Por favor, revisar y actualizar según sea necesario.

Demografía del Estudiante

Teléfono Principal	(562) 801-5252
Trabajo del Padre	(562) 949-1500
Trabajo de la Madre	(562) 801-5252

Cambio

Última confirmación: 2/21/2018 9:20:13 AM  
Por favor, revisar y actualizar según sea necesario.

Demografía del Estudiante

Teléfono Principal	(562) 801-5
Trabajo del Padre	(562) 949-1
Trabajo de la Madre	(562) 801-5

Guardar Cancelar

Haga clic en el botón “CONFIRMAR Y CONTINUAR” para ir al Paso #3.

Confirmar y continuar

*Nota . . . Si no tiene ningún cambio en sus números telefónicos principales, haga clic en el botón “CONFIRMAR Y CONTINUAR” para pasar al siguiente paso.*

## PASO #3

Revise sus numeros de **contactos de emergencia y números de teléfono** y haga las correcciones haciendo clic en el contacto que necesita revisar y luego haga clic en el botón **“CAMBIO”**.

Puede agregar un nuevo contacto de emergencia haciendo clic en el botón **“AGREGAR”**. Haga esto ahora para agregar a ambos padres / tutores como contactos de emergencia, si aún no lo ha hecho

Si necesita eliminar un contacto de emergencia, haga clic en el botón **“BORRAR”**.

Última confirmación: 2/22/2018 4:29:24 PM

Por favor ponga a ambos padres/guardianes como contactos de emergencia, si no han sido incluidos en la parte de abajo. Tambien actualice otros adultos autorizados para recoger a su hijo/a.

3 Contactos

Seleccione registro a modificar

Nombre	Dirección	Relacion
Karen Gonzalez		Madre adoptiva
Tony Hernandez		Otro pariente Otro pariente

Cambio
Agregar
Borrar

Información del Contacto

		Notas
Primer Nombre	Karen	
Apellido	Gonzalez	
Parentesco con el estudiante	Madre adoptiva	
Número de teléfono	(562) 801-5252	
Número de teléfono del trabajo		
Número de celular		
Dirección de correo electrónico	kgonzalez@erusd.org	Email Address is Locked

Después de hacer clic en el botón **“AGREGAR”**, escribe la información de contacto de emergencia; Nombre, relación con el estudiante, y ponga los números de teléfono. Cuando termine con este contacto, haga clic en el botón **“GUARDAR”**. Cuando revise y actualice su informacion de contacto de emergencia, haga clic en el botón **“CONFIRMAR Y CONTINUAR”**.

Información del Contacto

Primer Nombre	<input type="text" value="Tony"/>
Apellido	<input type="text" value="Hernandez"/>
Parentesco con el estudiante	<input style="border: none; background-color: #f0f0f0; width: 100%;" type="text" value="Other Relative"/>
Número de teléfono	<input type="text"/>
Número de teléfono del trabajo	<input type="text"/> <input type="text"/>
Número de celular	<input type="text" value="(562) 949-1"/>
Dirección de correo electrónico	Email Address is Locked

Guardar
Cancelar



## PASO #4

Verifique cualquier preocupación o condición de salud que tenga a su hijo/a en estos cuadros.

4 Historial médico

Check any health concerns or conditions that your child has in the boxes below.

Historial médico y de condiciones médicas actuales				
Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario
<input type="button" value="Guardar"/>				
Condiciones Adicionales				
Por favor, marque todas las que correspondan				
<input type="checkbox"/> Alergias - Picadura de Abeja/Insecto	<input type="checkbox"/> Diabetes-dependiente de insulina	<input type="checkbox"/> Preocupación de Músculo/Coyuntura/Hueso		
<input type="checkbox"/> Alergias -Medicina	<input type="checkbox"/> Diabetes - no dependiente de insulina	<input type="checkbox"/> Operaciones Anteriores		
<input type="checkbox"/> Alergias -Ambientales	<input type="checkbox"/> Preocupaciones Alimentarias/Digestión	<input type="checkbox"/> Enfermedades / Lesiones Graves Anteriores		
<input type="checkbox"/> Alergias - Alimentos	<input type="checkbox"/> Preocupaciones Emocionales	<input type="checkbox"/> Limitaciones en Educación Física		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/ Migraña	<input type="checkbox"/> Dificultades o Retrasos en Habla / Lenguaje		
<input type="checkbox"/> Asma - Ejercicio	<input type="checkbox"/> Pérdida de Audición/Dispositivo de Audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Asma - Temporal	<input type="checkbox"/> Preocupación del Corazón	<input type="checkbox"/> Visión - Lentes/Contacto		
<input type="checkbox"/> Déficit de Atención / Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Preocupación de Riñón/ Vejiga	<input type="checkbox"/> Visión - Pérdida de Visión/Ceguera		
<input type="checkbox"/> Preocupación de Circulación	<input type="checkbox"/> Medicamento tomado en la escuela (debe notificar a la escuela)	<input type="checkbox"/> Visión - Deficiencia de Color		
<input type="button" value="Guardar"/>				

Cuando se comprueba la condición, le pedirá la fecha de vigencia, la edad, el grado y el comentario a la condición médica. Por favor responda las preguntas apropiadas para el estudiante. Si tiene algún cambio, debe hacer clic en el botón **Guardar**. Cuando ha terminado, haga clic en el botón **“CONFIRMAR Y CONTINUAR”**.

Check any health concerns or conditions that your child has in the boxes below.

Historial médico y de condiciones médicas actuales				
Condición	Fecha de vigencia	Edad	Grado	Comentario
<input type="button" value="Guardar"/>				
Condiciones Adicionales				
Por favor, marque todas las que correspondan				
<input type="checkbox"/> Alergias - Picadura de Abeja/Insecto	<input type="checkbox"/> Diabetes-dependiente de insulina	<input type="checkbox"/> Preocupación de Músculo/Coyuntura/Hueso		
<input type="checkbox"/> Alergias -Medicina	<input type="checkbox"/> Diabetes - no dependiente de insulina	<input type="checkbox"/> Operaciones Anteriores		
<input type="checkbox"/> Alergias -Ambientales	<input type="checkbox"/> Preocupaciones Alimentarias/Digestión	<input type="checkbox"/> Enfermedades / Lesiones Graves Anteriores		
<input type="checkbox"/> Alergias - Alimentos	<input type="checkbox"/> Preocupaciones Emocionales	<input type="checkbox"/> Limitaciones en Educación Física		
<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/ Migraña	<input type="checkbox"/> Dificultades o Retrasos en Habla / Lenguaje		
Fecha de vigencia: 02/21/2011 <input type="button" value="Calendario"/> Edad: <input type="text" value="0"/> Grado: <input type="text" value="0"/> Comentario: <input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Asma - Ejercicio	<input type="checkbox"/> Pérdida de Audición/Dispositivo de Audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Asma - Temporal	<input type="checkbox"/> Preocupación del Corazón	<input type="checkbox"/> Visión - Lentes/Contacto		
<input type="checkbox"/> Déficit de Atención / Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Preocupación de Riñón/ Vejiga	<input type="checkbox"/> Visión - Pérdida de Visión/Ceguera		
<input type="checkbox"/> Preocupación de Circulación	<input type="checkbox"/> Medicamento tomado en la escuela (debe notificar a la escuela)	<input type="checkbox"/> Visión - Deficiencia de Color		
<input type="button" value="Guardar"/>				

## PASO #5

Revise cada documento requerido haciendo clic en el nombre del document y luego regrese a la página de confirmación de datos y haga clic en el botón “ESTOY DE ACUERDO” en el lado derecho de cada documento. Debe hacer clic en el botón para cada documento que tenga el botón de acuerdo. Haga clic en el botón “CONFIRMAR Y CONTINUAR”.

Última confirmación: 3/7/2018 3:01:34 PM  
 Por favor revise cada documento abajo con su hijo/a y haga clic en el cuadro al lado derecho extremo para confirmar que ha leído los documentos requeridos y que acepta los terminos.

Documentos	
<p><b>Student Acceptable Use form/Usó Aceptable forma Estudiante</b>                      Please review with your child and click the box at the far right to confirm you have read and agree to the terms./Por favor revise con su hijo/a y haga clic en el cuadro al lado derecho extremo para confirmar que ha leído y acepta los terminos.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<p><b>Drug Free Resolution form/Forma Resolución Libre de Drogas</b>                      Please review with your child and click the box at the far right to confirm you have read and agree to the terms./Por favor revise con su hijo/a y haga clic en el cuadro al lado derecho extremo para confirmar que ha leído y acepta los terminos.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<p><b>Media Release form/Forma de lanzamiento de Medios</b>                      Please review with your child and click the box at the far right to confirm you have read and agree to the terms./Por favor revise con su hijo/a y haga clic en el cuadro al lado derecho extremo para confirmar que ha leído y acepta los terminos.</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Student Textbook Responsibility/Responsabilidad forma de libros de texto de Estudiantes form</b>                      Please review with your child and click the box at the far right to confirm you have read and agree to the terms./Por favor revise con su hijo/a y haga clic en el cuadro al lado derecho extremo para confirmar que ha leído y acepta los terminos.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Estoy de acuerdo
<p><b>Student Use of Medicine/Usó de Medicinas en las Escuela</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Parent-Student Handbook/Manual del Padre-Estudiante</b></p>	<input checked="" type="checkbox"/>

*Nota . . . Puede revisar documentos durante el año escolar a través de su cuenta del portal seleccionando Datos del Estudiante y luego seleccionando el botón Confirmacion de datos.*

## PASO #6

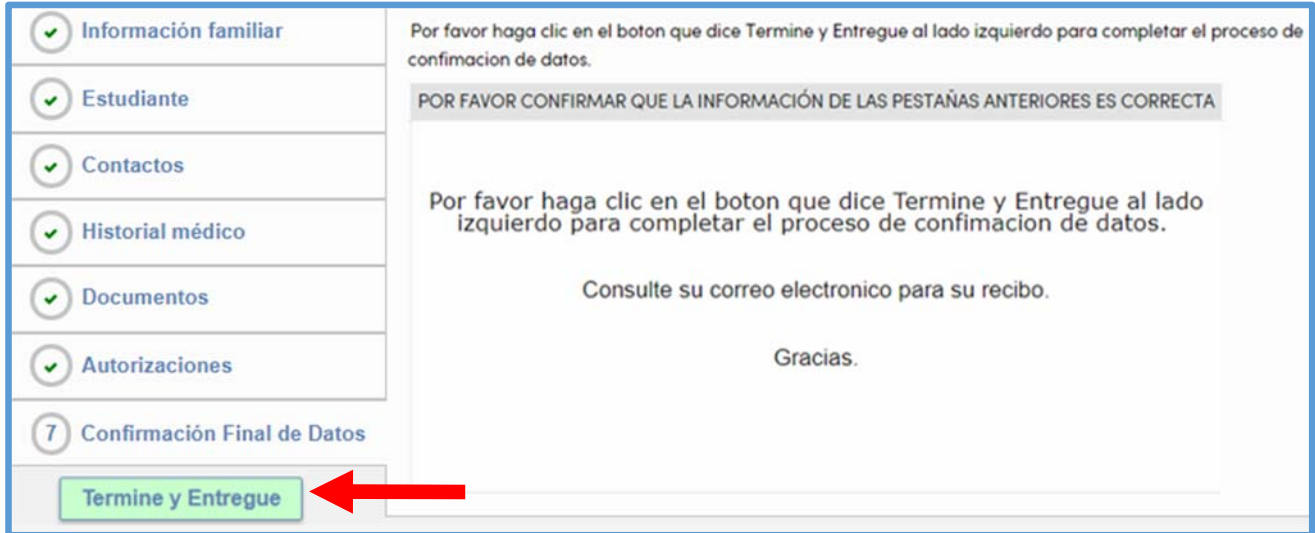
Revise y actualice la autorización seleccionando “SI” o “NO” en cada uno. Haga clic en el boton “GUARDAR” cuando termine con la autorizacion. Haga clic en el botón “CONFIRMAR Y CONTINUAR”.

Última confirmación: 3/7/2018 3:02:10 PM  
 Revisar y actualizar las autorizaciones .

Autorizaciones y Prohibiciones	
Descripción	Estado
<p><b>¿Tiene su hijo seguro de salud</b>                      Se requiere una respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p><b>Podemos ayudarle a obtener información de seguro de salud para su hijo/a</b>                      Se requiere una respuesta</p>	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
<p><b>Permiso para tomar fotos o videos de mi hijo/a</b>                      A response is required/Se requiere una respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p><b>Entrega el nombre, dirección y número de teléfono al las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Solamente a los grados 11 y 12)</b>                      A response is required for 11th and 12th graders/Se requiere una respuesta</p>	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
<p><b>Entrega el nombre, dirección y número de teléfono alas Universidades, u otra educación superior (Grados 9 - 12)</b>                      A response is required/Se requiere una respuesta</p>	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

## PASO #7

Paso Final de Confirmación de Datos. Haga clic en el botón “**TERMINE Y ENTREGUE**”.



Ha completado el proceso de confirmación de datos. Todos los pasos deben tener una marca de verificación que indique que se completo el proceso. Consulte su correo electronico para su recibo. **Gracias**

