

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ESTABLECIMIENTO ES CONFIDENCIAL, PERO SE PODRÁ COMPARTIR CON LOS EMPLEADOS ESCOLARES APROPIADOS

FECHA: _____
 O CONDICIONES MÉDICAS - MIRE ABAJO

Maestro/a: _____
 (Grados 6 - 12, Maestro/a de la clase inicial)
 Grado: _____

Nombre Legal Completo del Estudiante: _____ Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ # ID: _____

Dirección: _____ Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 EL ESTUDIANTE RESIDE CON: (circule uno) Los dos Padres Madre Padre Tutor Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono del Hogar: _____

Padre Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica (favor de circular uno) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____	Madre Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica (favor de circular uno) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____	Tutor Legal (si es diferente del anterior) Nombre: _____ CELULAR: _____ Oficio y Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____
--	--	---

TENE QUE LLENAR LO SIGUIENTE: Personas que cuidarán al estudiante si no podemos comunicarnos con los padres. (Solamente las personas que aparecen en la lista podrán recoger a su hijo, con la identificación apropiada)

Nombre: _____ Parentesco: _____ TE: (hogar) _____ CELULAR: _____
 Nombre: _____ Parentesco: _____ TE: (hogar) _____ CELULAR: _____

Apunte a todos los niños en la familia por orden de nacimiento:

Nombre	Edad/Sexo	Viven en Casa	Grado/Maestro/a	Escuela
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Por favor marque todas las condiciones médicas que se aplican a su hijo: (Marque y Circle si le aplica)

DADD/A/DHD Asma DMigrña Pérdida de Audición Lentes Anisoclas/Lentes de Contacto
 Alergias: Alimentos/Idex/Insectos/Alérgico Ambiente Epiléptico Medicamento Epi-pen
 Diabetes/Tipo _____ ¿Para tener el control" examen de la Sangre en la Escuela? Sí o No ¿Insulina? Sí o No
 Enfermedades del Corazón/de los Riñones _____ ¿Cirugía? Sí o No ¿Medicamento? Sí o No
 Ataques (Convulsiones) Tipo _____ ¿Medicamento? Sí o No
 Cualquier otra condición que requiera ser observada: _____
 Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Declaración de los Padres: Yo acepto la responsabilidad de notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección de mi hogar, teléfono de mi hogar, negocio (solo de trabajo), o cualquier cambio del estado. Los estudiantes pueden recibir del Estado servicios específicos de salud y la visión, la audición, peso, índice de masa corporal y la escuela. Si el examen de la vista muestra la necesidad de un examen de la vista de seguimiento, y si su hijo(a) es elegible, el Programa de Visión de la Florida Infantil Heiken o la Florida Vision Quest puede proporcionar un examen de la vista gratis por un optometrista con licencia, el cual puede incluir la dilatación, la refracción, y espejuelos si está prescrito. Estoy de acuerdo en un intercambio mutuo de información entre el Programa Vision del Infantil Heiken de la Florida, el Florida Vision Quest, los proveedores autorizados, DCH y mi Condado de Escuelas Públicas de cualquiera y toda la información necesaria para permitir que mi hijo(a) reciba servicios de salud y visión de acuerdo en la Florida de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultante de la participación de mi hijo(a) en el Programa de Visión para Niños Heiken de la Florida o la Florida Vision Quest de la Florida. Yo los proveedores de Visión Quest de la Florida de cualquiera y toda responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultante de la participación de mi hijo(a) en el Programa de Visión para Niños Heiken para Niños. Los estudiantes pueden estar exento de cualquiera de estos servicios si el padre o tutor solicita dicha exención por escrito, de salud de mi hijo. Los estudiantes pueden recibir servicios de salud especializados por el Estado y evaluaciones pre eliminadas de la vista, la audición, el peso, el índice de masa corporal por sus siglas en inglés BMI) y de escoliosis. El estudiante puede ser exento de cualquier de estos servicios si el padre/madre/tutor legal pide dicha exención por escrito. En caso de enfermedad seria o de un accidente, y no se pueden inmediatamente comunicar conmigo, yo doy mi permiso para que transporte a mi niño(a) por ambulancia u otro medio de transporte a la oficina de un doctor o a un hospital para que pueda recibir inmediatamente atención médica, y yo asumo la responsabilidad del pago de dichos servicios. En caso de emergencia o de enfermedad que no requiera tratamiento inmediato, pero que mi niño(a) no pueda permanecer en la escuela, yo pido que la escuela se comunique conmigo. Si no pudieran comunicarse conmigo, yo pido que se comuniquen con las personas autorizadas más adelante para que cuiden a mi niño(a) hasta que puedan comunicarse conmigo. Estas personas tienen mi permiso para transportar a mi niño(a). Yo comprendo que ciertos archivos académicos de mi hijo(a) se compartirán con socios de salubridad de la escuela como sea necesario para suministrar y evaluar servicios de salud y que ciertos de los archivos de tratamientos médicos de mi hijo(a) creados por personal de salubridad de la escuela se pueden compartir con oficiales escolares que tengan una necesidad legítima de acceso a ellos.

Forma del Padre/Madre/Tutor Legal _____ Fecha: _____ Yo comprendo que la información contenida en este formulario será la información oficial de la guía estudiantil.

LENE COMPLETAMENTE-FIRME-DEVUELVA A LA ESCUELA