## Broward County Public Schools Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante

For Office Use Only:	□ Medical
School #:	□ Court Order
Student #	☐ Special Needs
Date Enrolled:	□ Other

Este formulario debe actualizarse cada año.

En caso de una emergencia, es muy importante que la escuela pueda contactarse con el padre de el o la estudiante (como se define abajo). Complete la información en ambos lados de este formulario con atención y precisión. Utilice tinta negra o azul y escriba con claridad. Los nombres de ambos padres, (como lo define la Sección 1000.21(5) de los Estatutos de Florida), el padre que inscribe y el padre que no inscribe, deben estar registrados en la hoja de contactos de emergencia como personas autorizadas para recoger al niño o la niña de la escuela, salvo que una orden judicial haya terminado los derechos parentales y se presente la copia certificada de tal orden a la oficina de la escuela. Ambos padres designarán en la Hoja de Contactos de Emergencia las personas autorizadas para recoger a su niño o niña de la escuela. Ningún padre debe borrar o alterar de ninguna manera los nombres provistos por el otro padre en la Hoja de Contactos de Emergencia.

ı		Anallida	Nambro	Cogundo nombros
	Información del Estudiante:	Apellido	Nombre:	Segundo nombre:
		Maestro(a) (solo para escuelas primarias):		
::		Dirección residencial:		
Grado:		Dirección de envío (si es diferente a la de arriba):		
Gr		Fecha de nacimiento: / /		
		Marque todas las que correspondan a la vivienda de el o la estudiante:	¿Ha cambiado el o la estudiante de dirección desde la última inscripción?	¿Hay una orden judicial en el expediente que impida a uno
		□ Orden Médica □ Orden Judicial		de los padres tener contacto con el o la estudiante?  ☐ No ☐ Sí, contactarse con la escuela
		□ Necesidades Especiales □ Otro  Nombre(s) preferido(s)/Apodo(s):		
	Info	Todo el personal puede llamar a mi hijo(a) por su nombre(s) preferido(s) o apodo(s) indicado(s) arriba en todos los documentos que no son oficiales y durante los		
		eventos escolares / distritales.		
	Padre que inscribe	Firma:	Fecha:	Parentesco:
te:		Apellido	Nombre:	Tel. celular:
Estudian		Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):	Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono residencial:
		Empleador:	Teléfono de trabajo:	Correo electrónico del padre:
de	Otro padre	Apellido	Nombre:	Tel. celular:
Número de Identificación del Estudiante:		Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):	Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono residencial:
		Empleador:	Teléfono de trabajo: demos entregar a su hijo(a) o a quienes podemos cor	Correo electrónico del padre:
	ıtorizado	ESTUDIANTE PUEDE SER RECOGIDO POR ALGUIEN QUE NO ESTÉ EN LA LISTA DE ABAJO. Cuando seleccione una persona para recoger a su hijo(a), asegúrese de que la persona está preparada para manejar cualquier necesidad médica que su hijo(a) pueda necesitar. Yo/Nosotros por la presente autorizo/autorizamos contactarse, divulgar información relacionada con la emergencia, o entregar a mi hijo(a) a las siguientes personas en caso de enfermedad, evacuación u otra emergencia que pueda ocurrir mientras mi hijo(a) esté en la escuela.		
	Permiso / Contacto autorizado	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
	Per	Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente a la oficina escolar cualquier cambio.		
		Firma:	Fecha:	Parentesco:
Estudiante:	zado	Solo el padre que no inscribe puede completar esta sección para designar a otras personas para recoger a el o la estudiante. El padre que inscribe no puede cambiar cualquier otra parte de esta hoja.		
	ermiso / Contacto aut de padre que no ins	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
		Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente a la oficina escolar cualquier cambio.		
		Firma:	Fecha:	Parentesco:

## Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward

Apellido del estudiante: Nombre: Segundo nombre: Indique los servicios que usted autoriza y desea que su hijo(a) reciba en la escuela con una "x" en el casillero correspondiente. para Servicios de Consentimiento Cuidados y tratamiento de enfermedades y lesiones Detección de escoliosis Examen de vista □ Sí □ No Salud Examen de audición 🗆 Sí 🗆 No Examen de crecimiento y desarrollo (índice de masa corporal)  $\square$  Sí  $\square$  No Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba todos los servicios de salud indicados arriba. Estoy consciente de que, si otorgo mi consentimiento, SBBC divulgará el expediente escolar de mi hijo(a) (que incluye la información médica) a proveedores de servicios de cuidados que proporcionan tratamiento a mi hijo(a). Firma: Fecha: Parentesco: Marque todos los casilleros apropiados: ☐ Seguro Médico Familiar ☐ Florida Kid Care ☐ Florida Healthy Kids Seguro Médico **Proveedores** Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono a Florida Kid Care Insurance con el fin de hacer una evaluación para saber si es elegible para la cobertura de seguro médico? Si nos da su autorización, firme aquí: □ No Proveedor de Atención Médica: Teléfono: ¿Está su hijo(a) actualmente diagnosticado(a) y recibiendo seguimiento por un proveedor de cuidados de salud por alguna de las siguientes enfermedades? Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia) Información Médica Convulsiones/Epilepsia (no incluyen convulsiones por fiebre) Diabetes Anafilaxia (reacción alérgica potencialmente mortal que requiere medicamento de emergencia) ☐ Enfermedad/hospitalización/cirugía recientes (describir) Otro, especifique: ¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos mientras está en la escuela?  $\square$  No ¿Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? ¿Usa su hijo(a) audífonos? Por la presente, autorizo para que la información médica de mi hijo(a), la información de contacto de los padres, y otra información de salud (recogida por servicios de salud Información Médica provistos por la escuela, incluso la información almacenada electrónicamente) se comparta con el personal de emergencia y los funcionarios del departamento de salud para abordar situaciones de salud pública de importancia o problemas de salud confirmados. Para los estudiantes que reciben servicios de salud del personal de la escuela o el **Tratamiento** Distrito y/o los asociados contratados, también autorizo al Distrito a compartir la información de salud identificable de mi hijo(a) y datos demográficos relacionados con el Departamento de Salud de Florida para realizar supervisiones y garantizar el cumplimiento del programa en el Distrito y las escuelas, y evaluar la prestación de servicios. Firma: Fecha: La información médica o de otro tipo se divulgará sin el formulario de consentimiento del padre/estudiante elegible en caso de una emergencia sanitaria, según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela se contactará con los servicios médicos de emergencia cuando lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia al centro de salud, según lo determinen los paramédicos. Procedimientos de salida habitual: En un día normal, ¿cómo su hijo(a) se irá de la escuela? Información de salida de la ☐ En carro □ En el autobús escolar ☐ En transporte público escuela 🗆 Asistirá al programa de cuidado después de clas« 🗆 Asistirá al programa de cuidado después de clas« 🗀 A pie o en bicicleta a su casa Procedimientos de salida de emergencia: En caso de una tormenta severa u otra emergencia no programada le ha indicado a su hijo(a) a: 🗌 Ir a la casa a pie ☐ Subir al autobús escolar como siempre ☐ Tomar el transporte público ☐ Ir en carro a la casa solo con sus padres ☐ Ir en carro a la casa con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos Apellido Nombre: Grado escolar: engua Materna Hermanos(as) v Por favor, haga una lista de otros idiomas que se hablan en el hogar: Ayúdenos a entender las necesidades de nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas. Marque todas las que correspondan. Sí □ No ¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa? Encuesta Sí □ No ¿Tiene acceso a la internet en la casa? ⊒ Sí □ No Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa? Sí □ No ¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa? Por favor, indique su método de contacto preferido: 🗆 Llamada telefónica ☐ Texto □ Correo electrónico