

Broward County Public Schools

Tarjeta de Contacto de Emergencia del Estudiante

Este formulario debe actualizarse todos los años

<i>For Office Use Only:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medical</i>
<i>School #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Court Order</i>
<i>Student #:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Special Needs</i>
<i>Date Enrolled:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Other</i>

En caso de emergencia, es sumamente importante que la escuela pueda contactarse con los padres del estudiante (como se indica a continuación). Por favor, llene la información en ambos lados de esta tarjeta con cuidado y exactitud. Use un bolígrafo para escribir claramente. Los nombres de los padres del estudiante (según la Sección 1000.21(5), de los Estatutos de la Florida), el que inscribe y el que no inscribe, se ingresarán en la tarjeta de contacto de emergencia como personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela, salvo exista una orden judicial que haya revocado los derechos parentales y cuya copia certificada haya sido entregada a la administración de la escuela.

Ambos padres escribirán los nombres de todas las personas autorizadas para recoger al estudiante de la escuela en la Tarjeta de Contacto de Emergencia. Ningún padre borrará o cambiará los nombres provistos por el otro padre en esta tarjeta.

Grado:	Información del estudiante	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
		Maestro (solo para escuela primaria):	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado académico:	
		Domicilio:	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:	
		Dirección de envío (si es diferente a domicilio):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. móvil del estudiante:	
		Fecha de nacimiento: / /	El estudiante vive con:	Correo electrónico del estudiante:	
		Marcar los casilleros relacionados con la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Orden médica <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro	¿El estudiante ha cambiado de domicilio desde la última inscripción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existe una orden judicial que impida a un padre tener contacto con el estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, contactar la escuela	
	Padre que inscribe	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:	
		Domicilio (si es diferente al del estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:	
		Empleador:	Tel. del trabajo:	Correo electrónico:	
	Otro padre	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:	
Domicilio (si es diferente al del estudiante):		Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:		
Empleador:		Tel. del trabajo:	Correo electrónico:		
Número de identificación del estudiante:	Autorización para recoger/de contacto	Por favor, escriba el nombre de las personas que pueden recoger a su hijo(a) o que podamos contactar en caso de que no lo encontremos. SOLO LAS PERSONAS NOMBRADAS EN LA LISTA DE ABAJO ESTÁN AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE. Cuando dé su autorización, asegúrese de que la persona está preparada para atender las necesidades médicas de su hijo(a). Yo autorizo/Nosotros autorizamos a las siguientes personas para que las contacten, compartan la información relacionada con la emergencia, recojan a mi/nuestro hijo(a) en caso de enfermedad, evacuación, u otra emergencia que pueda ocurrir mientras se encuentre en la escuela:			
		Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	
	Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y correcta. Notificaré inmediatamente a la oficina de la escuela cuando haya algún cambio.				
	Firma:	Fecha:	Parentesco:		
	Estudiante:	Autorización para recoger/de contacto del padre que no inscribe	El padre que no inscribe es el único que puede llenar esta sección a fin de nombrar más personas para recoger al estudiante, pero no puede hacer cambios en otras secciones de la tarjeta. El padre que inscribe no puede hacer cambios en esta sección de la tarjeta.		
			Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y correcta. Notificaré inmediatamente a la oficina de la escuela cuando haya algún cambio.					
Firma:	Fecha:	Parentesco:			

Broward County Public Schools Tarjeta de Contacto de Emergencia del Estudiante

La información personal que se proporcione en este formulario será confidencial (se mantendrá en un área protegida) y el personal escolar solo la usará y divulgará cuando sea necesario.

Apellido del estudiante:		Nombre:		Segundo nombre:		
Informe de medicamentos	¿Su hijo(a) toma medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos en la escuela, envíelos en su envase original con la fecha actual y el nombre del estudiante. Además, usted (el padre) y el médico deben completar y firmar el formulario de "Autorización de medicamento/tratamiento" que debe archivar en la escuela.			
	Medicamento:		Dosis:		Hora(s) de administración	
Seguro de salud y proveedores	Por favor, marcar el casillero correspondiente: <input type="checkbox"/> Seguro de salud familiar <input type="checkbox"/> Florida Kid Care <input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno					
	Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono al seguro Florida Kid Care para que evalúe su elegibilidad para la cobertura de seguro de salud? Si está de acuerdo, firme aquí:					
	Médico:			Teléfono:		
	Dentista:			Teléfono:		
Plan de salud/Grupo:			Teléfono:			
Información de salud	Condiciones de salud:		Por favor, marcar todas las que correspondan:			
	<input type="checkbox"/> Asma. Si marcó este casillero, ¿usa inhalador?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso diario			
	<input type="checkbox"/> Convulsiones. Si marcó este casillero, ¿toma medicamentos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Diabetes. Si marcó este casillero, ¿es insulino dependiente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Restricciones de movimiento (especificar):					
	<input type="checkbox"/> Enfermedad/hospitalización/cirugía reciente (describir):					
	<input type="checkbox"/> Alergias graves. Si marcó este casillero, especifique el tipo: <input type="checkbox"/> Alimentaria/ambiental: <input type="checkbox"/> Picadura de mosquitos/abejas: <input type="checkbox"/> Medicamentos:			En caso de alergia usar: <input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Su hijo(a) usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Su hijo(a) usa algún tipo de aparato auditivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Divulgación de tratamiento e información médica en caso de emergencia	Por la presente autorizo la divulgación de la información médica, contactos de los padres, y otra información de salud de mi hijo(a) (recolectada de los servicios de salud ofrecidos en la escuela, incluso la información almacenada electrónicamente) al personal de emergencia y a los funcionarios del departamento de salud para tratar las condiciones de salud pública de importancia, que incluye la información para la preparación frente a circunstancias potenciales o confirmadas de salud pública. En el caso de estudiantes que reciben servicios de salud de la escuela, funcionarios del Distrito u otros funcionarios asociados bajo contrato, autorizo al Distrito a divulgar al Departamento de Salud de la Florida la información de salud con datos de identificación y estadísticas demográficas relacionadas para que supervise, garantice el cumplimiento y evalúe la prestación de servicios del programa en el Distrito y las escuelas.					
	Firma del padre: _____			Fecha: _____		
	La información médica y de otra índole se divulgarán sin consentimiento del padre o estudiante elegible en caso de emergencias de salud, como lo determina la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela solicitará atención médica de emergencia cuando lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los paramédicos.					
Información de salida	Procedimientos habituales de salida. En un día normal, ¿cómo sale su hijo(a) de la escuela? <input type="checkbox"/> En carro <input type="checkbox"/> En autobús escolar <input type="checkbox"/> En transporte público <input type="checkbox"/> Programa de Cuidado después de clase EN la escuela <input type="checkbox"/> Programa de Cuidado después de clase FUERA de la escuela <input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta					
	Procedimientos para salidas de emergencia. En caso de tormentas severas u otra emergencia repentina su hijo(a) ha recibido la instrucción de: <input type="checkbox"/> Ir a pie a la casa <input type="checkbox"/> Subir al autobús escolar como siempre <input type="checkbox"/> Tomar el transporte público <input type="checkbox"/> Ir a casa solo con sus padres <input type="checkbox"/> Ir a casa solo con las personas autorizadas en la lista de contactos					
Hermanos e idioma del hogar	Apellido:		Nombre:		Grado académico:	
Encuesta	Por favor, escriba los idiomas que se hablan en casa a parte del inglés:					
	Ayúdenos a entender mejor a nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas. Marque los casilleros correspondientes:					
	¿Su hijo(a) tiene acceso a una computadora en la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Usted tiene acceso a internet en la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Su hijo(a) tiene acceso a internet en su computadora?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Usted tiene acceso a internet fuera de la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Por favor, indique la mejor forma de contactarnos con usted: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico						