## **Broward County Public Schools** Tarjeta de Contacto de Emergencia del **Estudiante**

Este formulario debe actualizarse todos los años

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

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.

		padres escribirán los nombres de todas las personas autorizadas p o cambiará los nombres provistos por el otro padre en esta tarjet	-	eta de Contacto de Emergencia. Ningun padre
: go:	nte	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
	udiar	Maestro (solo para escuela primaria):	Género:   Masculino  Femenino	Grado académico:
Grado	l est	Domicilio:	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:
	n de	Dirección de envío (si es diferente a domicilio):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. móvil del estudiante:
	Información del estudiante	Fecha de nacimiento: / /	El estudiante vive con:	Correo electrónico del estudiante:
	ıforn	Marcar los casilleros relacionados con la residencia del estudiante:	¿El estudiante ha cambiado de domicilio desde la última inscripción?	¿Existe una orden judicial que impida a un padre tener contacto con el estudiante?
ite:	<u>_</u>	□Orden médica □Orden judicial □ Necesidades especiales □Otro	□ Sí □ No	□ No □ Sí, contactar la escuela
Jalar	que be	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:
l esti	Padre que inscribe	Domicilio (si es diferente al del estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:
n ae	Ь	Empleador:	Tel. del trabajo:	Correo electrónico:
acio	padre	Apellido:	Nombre:	Tel. móvil:
ntific	Otro pa	Domicilio (si es diferente al del estudiante):	Ciudad, Estado, Código postal:	Tel. de la casa:
e Ide	ŏ	Empleador: Por favor, escriba el nombre de las personas que pueden re	Tel. del trabajo:	Correo electrónico:
Numero de identificación del estudiante	e contacto	PERSONAS NOMBRADAS EN LA LISTA DE ABAJO ESTÁN AUT persona está preparada para atender las necesidades médi contacten, compartan la información relacionada con la emergencia que pueda ocurrir mientras se encuentre en la e	TORIZADAS PARA RECOGER AL ESTUDIANTE. Co licas de su hijo(a). Yo autorizo/Nosotros autori emergencia, recojan a mi/nuestro hijo(a) e	uando dé su autorización, asegúrese de que la rizamos a las siguientes personas para que las
_	er/d	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
	доээ.		<del> </del>	
	ara r		<del> </del>	
	ón p			
	Autorización para recoger/de	Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y correc		
		Firma: El padre que no inscribe es el único que puede llenar esta	Fecha: a sección a fin de nombrar más personas para	Parentesco: ra recoger al estudiante, pero no puede hacer
	de	cambios en otras secciones de la tarjeta. El padre que inscrib	•	1
	ón para recoger/de padre que no inscribe	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
	recc		<del>                                     </del>	
	oara dre q		<u> </u>	
	ión p			
nte	rizac o de			1
Estudiante	Autorización para recoger/de contacto del padre que no inscri	Declaro que la información en esta tarjeta es verdadera y co	rrecta. Notificaré inmediatamente a la oficina	de la escuela cuando haya algún cambio.
		4	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 dei estudiante:	Nombre:	Segundo nombre:	
Informe de medicamentos	¿Su hijo(a) toma medicamentos?	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		
ne		archivarse en la escuela.	T	
car	Medicamento:	Dosis:	Hora(s) de administración	
nfe edi				
Ē				
Seguro de salud y proveedores	Por favor, marcar el casillero correspondiente:   Seguro de salud familiar  Florida Kid Care  Florida Healthy Kids  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:			
urc lluc eec	Médico:		Teléfono:	
sa ov	Dentista:		Teléfono:	
o, <u> </u>	Plan de salud/Grupo:		Teléfono:	
	Condiciones de salud:	Por favor, marcar todas las que correspondan		
pn	☐ Asma. Si marcó este casillero, ¿usa inhalador?	Sí No Uso diario		
salı	☐ Convulsiones. Si marcó este casillero, ¿toma medicamentos?	Sí No		
e Se	☐ Diabetes. Si marcó este casillero, ¿es insulinodependiente?	□ Sí □ No		
Ē	☐ Restricciones de movimiento (especificar):			
Información de salud	☐ Enfermedad/hospitalización/cirugía reciente (describir):			
na	☐ Alergias graves. Si marcó este casillero, especificar el tipo:		En caso de alergia usar:	
ori	☐ Alimentaria/ambiental:		☐ EpiPen	
宣	☐ Picadura de mosquitos/abejas:		☐ Benadryl	
	Medicamentos:		Otro:	
	¿Su hijo(a) usa anteojos o lentes de contacto? Sí No	¿Su hijo(a) usa algun tip	oo de aparato auditivo? 🗌 Sí 🔲 No	
Divulagación de tratamiento e información médica en caso de emergencia	estudiantes que reciben servicios de salud de la escuela, funcionarios de Salud de la Florida la información de salud con datos de identifica prestación de servicios del programa en el Distrito y las escuelas.		que supervise, garantice el cumplimiento y evalúe la	
gaci orm so c	Firma del padre:	-	Fecha:	
Divulagac e inforn caso	La información médica y de otra índole se divulgarán sin consentin Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela soli emergencia a un centro de atención médica, según lo determinen los	citará atención médica de emergencia cuando lo o	-	
de	Procedimientos habituales de salida. En un día normal, ¿có	mo sale su hijo(a) de la escuela?		
	☐ En carro	☐ En autobús escolar	☐ En transporte público	
ció da	Programa de Cuidado después de clase EN la escuela	Programa de Cuidado después de clase FUERA de la escuela	☐ A pie o en bicicleta	
Información salida	Procedimientos para salidas de emergencia. En caso de tormentas severas u otra emergencia repentina su hijo(a) ha recibido la instrucción de:			
ori o,	☐ Ir a pie a la casa ☐ Subir al autobús escolar como siempre ☐ Tomar el transporte público			
<u> </u>	☐ Ir a casa solo con sus padres	☐ Ir a casa solo con las personas autorizadas		
	Apellido:	Nombre:	Grado académico:	
o _	Apellido.	Nombre.	Grado academico.	
de de				
rmano: ioma d hogar				
Hermanos e Idioma del hogar				
¥ ⊃				
	Por favor, escriba los idiomas que se hablan en casa a parte	e del inglés:		
	Ayúdenos a entender mejor a nuestra comunidad escolar res	spondiendo las siguientes preguntas. Marque	los casilleros correspondientes:	
ta	¿Su hijo(a) tiene acceso a una computadora en la casa?		□ Sí □ No	
ıes	¿Usted tiene acceso a internet en la casa?		□ Sí □ No	
Encuesta	¿Su hijo(a) tiene acceso a internet en su computadora?		□ Sí □ No	
ū	¿Usted tiene acceso a internet fuera de la casa?		□ Sí □ No	
	Por favor, indique la mejor forma de contactarnos con usted	: ☐ Llamada telefónica ☐ Texto ☐ Corre		