

2024-25 Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward

Este formulario debe actualizarse cada año

Office Use Only	Student #	Grado escolar:	<input type="checkbox"/> Court Order	<input type="checkbox"/> Medical
	Date Enrolled:		<input type="checkbox"/> Special Needs	<input type="checkbox"/> Other
<p>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(6) de los Estatutos de Florida), los padres/tutores que inscriben y los padres que no inscriben, 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.</p>				
Información del Estudiante	Apellido	Nombre:	Segundo nombre:	
	Fecha de nacimiento: / /	Maestro(a) (solo para escuelas primarias):		
	Dirección residencial:			
	Dirección de envío (si es diferente a la de arriba):			
	Marque todo lo que corresponda con la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Orden médica <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro			
	¿Ha cambiado el o la estudiante de dirección desde la última inscripción?			
	¿Hay una orden judicial en el expediente que impida a uno de los padres tener contacto con el o la estudiante?			
	Nombre(s) preferido(s)/Apodo(s):			
	Todo el personal puede llamar a mi hijo(a) por su nombre(s) o apodo(s) preferido(s) indicado(s) arriba en todos los documentos que no son oficiales y durante los eventos escolares / distritales.			
	Firma:		Fecha:	Parentesco:
Padre	Apellido	Nombre:	Tel. celular:	
	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:	
Otro padre	Apellido	Nombre:	Tel. celular:	
	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:	
Permiso / Contacto autorizado	Escriba los nombres de las personas a quienes podemos entregar a su hijo(a) o a quienes podemos contactar, si no conseguimos localizarlo(a). NINGÚN ESTUDIANTE SERÁ ENTREGADO A ALGUIEN QUE NO ESTÉ EN LA LISTA DE ABAJO. Ambos padres deben designar a las personas autorizadas para recoger a su niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Cuando seleccionen a una persona para recoger a sus hijos, asegúrense de que la persona está preparada para manejar cualquier necesidad médica que sus hijos puedan necesitar. Por la presente, yo autorizo/nosotros autorizamos contactar, divulgar información relacionada con la emergencia, o entregar a nuestros hijos a las siguientes personas en caso de enfermedad, evacuación u otra emergencia que puedan ocurrir mientras están en la escuela.			
	Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	
Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente cualquier cambio a la oficina escolar.				
Firma:		Fecha:	Parentesco:	
La información personal provista en este formulario se mantendrá confidencial (en un área protegida) y el personal escolar solo la utilizará y divulgará según la necesidad.				

2024-25 Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward

Este formulario debe actualizarse cada año

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Grado escolar: _____

Consentimiento para Servicios de Salud	Exámenes de salud: Los estudiantes en grados específicos pueden recibir exámenes de salud no invasivos de visión, audición, escoliosis y crecimiento y desarrollo (IMC) de acuerdo con el Estatuto de Florida 381.0056(6)(e), a menos que los padres o tutores opten por la exención marcando "No" a continuación:			
	Examen de la vista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Examen de crecimiento y desarrollo (BMI, en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Examen de audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detección de escoliosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Firma: _____		Fecha: _____	Parentesco: _____
	Consentimiento para los servicios del cuidado de la salud: Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones (es decir, visita a la clínica escolar, primeros auxilios básicos). Doy permiso para que mi hijo(a) reciba atención: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios de salud indicados arriba. Estoy consciente de que, si otorgo mi consentimiento, la SBBC divulgará el expediente escolar de mi hijo(a) (que incluye la información médica) a los proveedores de servicios de cuidados que proporcionen tratamiento a mi hijo(a). Firma: _____ Fecha: _____ Parentesco: _____			
Información Médica	¿Está su hijo(a) actualmente diagnosticado(a) y recibiendo seguimiento por un proveedor de atención médica por lo siguiente? <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no tiene o ya no tiene ninguno de los problemas de salud enumerados a continuación.			
	<input type="checkbox"/> TDA/ TDAH (ADD/ADHD, en inglés)	<input type="checkbox"/> Alergias (sin riesgo para la vida)	<input type="checkbox"/> Alergias (mortal)	<input type="checkbox"/> Asma (actualmente toma medicina diaria o de emergencia)
	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas
	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2	<input type="checkbox"/> Epilepsia/ trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)
	<input type="checkbox"/> Trastorno renal	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / conductual	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____				
¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos mientras está en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si marcó que su hijo(a) tiene un problema de salud actual (arriba), por favor complete el Formulario de Revisión del Estado de Salud. Todos los problemas de salud deben tener un diagnóstico de un médico con la excepción de 1) ADD/ADHD 2) Alergias (sin riesgo para la vida) 3) Problemas de salud mental/conductual 4) "Otros" que pueden basarse en el informe documentado de los padres.				
<input type="checkbox"/> Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Usa su hijo(a) audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguro Médico y Proveedores	Marcar todos los casilleros correspondientes: <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Florida KidCare / Florida Healthy Kids <input type="checkbox"/> Ninguno			
	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? <input type="checkbox"/> Sí, firme aquí: _____ <input type="checkbox"/> No			
	Proveedor de Atención Médica: _____		Teléfono: _____	
Divulgación de Información Médica y Emergencia	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 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 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.			
Información de salida de la escuela	Procedimientos de salida habitual: En un día normal, ¿cómo su hijo(a) se irá de la escuela?			
	<input type="checkbox"/> En carro	<input type="checkbox"/> En el autobús escolar	<input type="checkbox"/> En transporte público	
	<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases EN la escuela	<input type="checkbox"/> Asistirá al programa de cuidado después de clases FUERA de la escuela	<input type="checkbox"/> A pie o en bicicleta a su casa	
Procedimientos de salida de emergencia: En caso de una tormenta severa u otra emergencia no programada ha indicado a su hijo(a) a:				
<input type="checkbox"/> ir a pie a la casa		<input type="checkbox"/> tomar el autobús escolar	<input type="checkbox"/> tomar el transporte público	
<input type="checkbox"/> ir a la casa solo con sus padres		<input type="checkbox"/> ir a la casa con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos		
Hermanos(as) y Lengua Materna	Apellido _____		Nombre: _____	
	_____		Grado escolar: _____	
	_____		_____	
Por favor, haga una lista de otros idiomas que se hablan en el hogar:				
Encuesta	Ayúdenos a entender las necesidades de nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas.			
	¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene acceso a la Internet en la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene su hijo(a) acceso a la Internet desde una computadora de casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene acceso a la Internet fuera de la casa?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor, indique su método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico				