

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:	☐ Court Order	☐ Medical
	Date Enrolled:		☐ Special Needs	☐ Other
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.				
Información del Estudiante	Apellido		Nombre:	
	Fecha de nacimiento: / /		Segundo nombre:	
	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: ☐ Orden médica ☐ Orden judicial ☐ Necesidades especiales ☐ 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.			
Padre	Firma:		Fecha:	
	Parentesco:			
	Apellido		Nombre:	
	Tel. celular:			
Otro padre	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	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:			
	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 ☐ Sí ☐ No	Examen de crecimiento y desarrollo (BMI, en inglés) ☐ Sí ☐ No	Examen de audición ☐ Sí ☐ No	Detección de escoliosis ☐ Sí ☐ 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: ☐ Sí ☐ 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? ☐ Mi hijo(a) no tiene o ya no tiene ninguno de los problemas de salud enumerados a continuación.			
	☐ TDA/ TDAH (ADD/ADHD, en inglés)	☐ Alergias (sin riesgo para la vida)	☐ Alergias (mortal)	☐ Asma (actualmente toma medicina diaria o de emergencia)
	☐ Autismo	☐ Trastorno hemorrágico	☐ Cáncer	☐ Afecciones cardíacas
	☐ Fibrosis quística	☐ Diabetes – Tipo 1	☐ Diabetes – Tipo 2	☐ Epilepsia/ trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)
	☐ Trastorno renal	☐ Lupus	☐ Problemas de salud mental / conductual	☐ Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)
	☐ Otros (especificar):			
¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos mientras está en la escuela? ☐ Sí ☐ 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.				
¿Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No ¿Usa su hijo(a) audífonos? ☐ Sí ☐ No				
Seguro Médico y Proveedores	Marcar todos los casilleros correspondientes: ☐ Seguro de salud privado ☐ Florida KidCare / Florida Healthy Kids ☐ 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? ☐ Sí, firme aquí: _____ ☐ No			
Divulgación de Información Médica y Emergencia	Proveedor de Atención Médica:		Teléfono:	
	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?			
	☐ En carro	☐ En el autobús escolar	☐ En transporte público	
	☐ Asistirá al programa de cuidado después de clases EN la escuela	☐ Asistirá al programa de cuidado después de clases FUERA de la escuela	☐ 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:			
☐ ir a pie a la casa		☐ tomar el autobús escolar	☐ tomar el transporte público	
☐ ir a la casa solo con sus padres		☐ ir a la casa con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos		
Hermanos(as) y Lengua Materna	Apellido		Nombre:	
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?			☐ Sí ☐ No
	¿Tiene acceso a la Internet en la casa?			☐ Sí ☐ No
	¿Tiene su hijo(a) acceso a la Internet desde una computadora de casa?			☐ Sí ☐ No
	¿Tiene acceso a la Internet fuera de la casa?			☐ Sí ☐ No
Por favor, indique su método de contacto preferido: ☐ Llamada telefónica ☐ Texto ☐ Correo electrónico				