

TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIAS DEL ESTUDIANTE

Contactos de Emergencia (Student Emergency Contact Card - Emergency Contacts)



En caso de emergencia, es imperativo que la escuela pueda comunicarse con los padres del estudiante (como se define a continuación). Por favor, llene la información en **ambos lados de esta tarjeta** cuidadosa y correctamente. Por favor use tinta y escriba en letra de imprenta "Parent" incluye a cualquier adulto que esté a cargo de la supervisión de un estudiante (sección 1000.21(5) Estatuto de la Florida) Grado ____

Office Use Only

School # _____

FSI# _____

Date Enrolled _____

MEDICAL

RESTRAINING ORDER

SPECIAL NEEDS

OTHER

ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ 2º Nombre _____ Mas. _____ Fem. _____ Maestra/Consejera _____ (Spanish)

Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Estado/Cód. postal _____ Tel. del hogar _____ Fecha de nacim. _____ Lugar de nacimiento _____
 Dirección de correo, si diferente de la anterior _____ Ciudad _____ Estado/Cód. postal _____ Vive con: Madre Padre Ambos Padres Otro _____
 ¿Cambio de dirección? No Sí Si sí, contacte a la oficina escolar.

PADRE QUE INSCRIBE

Apellido _____ Nombre _____ Email _____ Empleador _____
 Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Estado/Cód. postal _____ Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. celular _____ Pager _____

OTRO PADRE

Apellido _____ Nombre _____ Email _____ Empleador _____
 Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Estado/Cód. postal _____ Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. celular _____ Pager _____

Otros hijos en el hogar: (1) _____ (2) _____
 Nombre Grado Escuela Nombre Grado Escuela

Idiomas que se hablan en el hogar: 1. _____ 2. _____

¿Alguna corte le ha prohibido al padre tener contacto con el estudiante? No Sí Si sí, contacte a la oficina de la escuela.

Permiso para salir/Contacto AUTORIZADO

Por favor enumere los nombres de las personas que pueden sacar a su hijo de la escuela o a quien podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted. A NINGÚN ESTUDIANTE SE LE PERMITIRÁ SALIR DE LA ESCUELA CON NINGUNA PERSONA QUE NO SEA UNA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS A CONTINUACIÓN. Al seleccionar a alguien a quien usted autoriza para recoger a su hijo, tenga en cuenta: ¿Esta persona está preparada para ocuparse de cualquier necesidad especial médica que su hijo requiera?

Yo autorizo/nosotros autorizamos ponerse en contacto con, dar información sobre emergencias, o dejar salir al estudiante con las siguientes personas en caso de enfermedad, daño, evacuación u otra emergencia que pueda ocurrir mientras los estudiantes están en la escuela.

Nombre	Relación	Teléfono del hogar	Tel. del trabajo o cel.
Contacto fuera del estado:			

Declaro que la información que aparece en este formulario es verdadera y correcta. Le informaré a la oficina de la escuela inmediatamente de cualquier cambio que ocurra.

Firma del padre _____ / _____ Fecha _____ Relación _____

Continúa

STUDENT:

SCHOOL:

TARJETA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Información Médica (Student Emergency Contact Card-Medical Information)

ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ 2º nombre _____

INFORMACIÓN MÉDICA/DE LA SALUD

Medicamentos: ¿Su hijo toma medicamentos? No Sí

Medicamento	Dosis	A qué hora(s)

Si su hijo requiere medicamentos en la escuela, todo medicamento que se envíe a la escuela debe estar en el envase original que se recetó con una fecha actual y el nombre del niño. También el médico y el padre deben llenar y firmar un formulario de "Autorización para dar medicamento/tratamiento" y este debe estar en el archivo.

Información sobre el seguro médico: *Por favor, marque el casillero apropiado.*

- Seguro Médico Familiar Florida Healthy Kids Florida KidCare Otro: _____
 Medicaid# _____ Sin Seguro Médico

Médico/Proveedor de cuidados médicos _____ No. de tel. _____

Plan de Salud/Nombre del Grupo _____ No. de póliza _____

Dentista _____ No. de tel. _____

Información sobre la Vista y/o la Audición:

- Lleva gafas/lentes de contacto: Sí/NO Usa aparato para oír Sí/NO

Condiciones Médicas: Por favor, marque los casilleros apropiados si su hijo tiene alguno de los siguientes:

- Alergias graves Comida/Medio Ambiente Insectos que pican/Abejas Medicinas/Drogas
 Otro

Por favor explique: _____

Requiere: → Benadryl EpiPen Other

Asma si lo marcó, usa inhalador toma medicamento diario

Convulsiones si lo marcó, ¿toma medicamentos? Sí No

Diabetes si lo marcó, ¿depende de la insulina? Sí No

Limitaciones de los movimientos: _____

Otro (por favor explique): _____

Enfermedad reciente, hospitalización u operación. Si lo marcó, por favor indique la fecha(s) y la(s) descripción(es): _____

Le recomendamos que duplique esta tarjeta para sus récords.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Yo, el abajo firmante, padre de _____, doy autorización y consentimiento a la escuela para obtener cuidados médicos de emergencias y el transporte de emergencias necesario para ir a un local de cuidados médicos.

Firma del padre

Fecha

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, por la presente entiendo y autorizo que los récords médicos de mi hijo u otra información médica que se le haya dado a la escuela, se compartan con los oficiales escolares y el personal de emergencia que tenga un propósito médico/educativo legítimo para obtener acceso a tales récords e información médicos.

Firma del padre

Fecha

SALIDAS DE EMERGENCIA

En caso de una fuerte tormenta o de otra salida de emergencia no programada, a su hijo se le indicará:

- Caminar a la casa
 Tomar transporte público
 Tomar el autobús escolar como de costumbre
 Irse en auto a la casa solamente con el padre
 Irse en auto a la casa con un amigo identificado en la lista de contactos autorizados.

Firma del padre

Fecha