

# Tarjeta de Contacto para Emergencias

(Student Emergency Contact Card)

Este formulario debe actualizarse anualmente

For office use only:

School # \_\_\_\_\_

Student # \_\_\_\_\_

Date enrolled \_\_\_\_\_

- Medical
- Court Order
- Special Needs
- Other

En caso de una emergencia, es imperativo que la escuela pueda comunicarse con los padres del estudiante (según definido abajo). Favor de llenar ambos lados de esta tarjeta con cuidado y corrección. Por favor escriba claramente con tinta. Los nombres de ambos padres (según definido en la sección 1000.21(5), Estatutos de Florida), tanto el del padre que registra como el del que no registra a su estudiante, tienen que estar, en esta tarjeta, en la lista de personas autorizadas a recoger a su hijo en la escuela, salvo que exista una orden judicial revocando los derechos parentales, en cuyo caso, se entregará copia certificada de dicha orden a la escuela.

Ambos padres designarán en esta tarjeta a las personas autorizadas a recoger a su hijo en la escuela. Ninguno de los padres podrá eliminar o modificar nombres ya provistos en esta tarjeta.

Grade: \_\_\_\_\_

Estudiante

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Maestro (Solo para escuela elemental)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Grado	
Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Dirección Postal (Si diferente a la residencial)		Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento / /
Estudiante vive con: Marque la que aplique a la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Orden Judicial <input type="checkbox"/> Otra		El estudiante cambió de dirección desde la inscripción anterior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Hay una orden judicial que impida a uno de los padres tener contacto con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Padre que inscribe

Apellido		Primer Nombre		Correo Electrónico	
Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Empresa para la que trabaja		Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Otro Padre

Apellido		Primer Nombre		Correo Electrónico	
Dirección Residencial		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Empresa para la que trabaja		Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Escriba los nombres de las personas a quienes podremos entregar su hijo o llamar en caso de que no le consigamos a usted. NINGÚN ESTUDIANTE SE ENTREGARÁ A OTRA PERSONA QUE NO SEA UNA DE LAS QUE APARECE EN ESTA LISTA. Al seleccionar a la persona a quien le entreguemos su niño, considere: ¿Está la persona preparada para atender cualquier necesidad médica especial de su niño? Por este medio, doy/damos consentimiento para que las personas indicadas a continuación sean contactadas, obtengan información de emergencia o reciban a este estudiante bajo su cuidado en caso de enfermedad, evacuación, u otra emergencia que ocurra mientras el estudiante esté en la escuela.

Personas Contacto Autorizadas

Nombre	Parentesco	Teléfono de la Casa	Teléfono Celular o del Trabajo

Declaro que la información en esta tarjeta es cierta y correcta. En caso de cambios, notificaré a la escuela inmediatamente.  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Personas Contacto Autorizadas por el Padre que no inscribe

Esta sección será completada solamente por el padre que no inscriba para designar personas adicionales que puedan recoger al estudiante. El padre que inscribe no alterará esta sección de la tarjeta. El padre que no inscribe, no alterará ninguna otra sección.

Nombre	Parentesco	Teléfono de la Casa	Teléfono Celular o del Trabajo

Declaro que la información en esta tarjeta es cierta y correcta. En caso de cambios, notificaré a la escuela inmediatamente.  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Student Identification Number: \_\_\_\_\_

# Tarjeta de Contacto para Emergencias

La información personal en este documento se mantendrá confidencial (en un lugar protegido) y se utilizará y divulgará con el personal escolar solo en caso de necesidad.

Nombre del Estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
¿Toma su hijo medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si su hijo necesita tomar algún medicamento en la escuela, el mismo tiene que enviarse a la escuela en su envase original, con la fecha vigente y el nombre del niño. También es necesario tener en el expediente escolar el documento "Medication/Treatment Authorization" completado y firmado por el doctor y el padre del niño.

Medicamentos

Medicamento	Dosis	Horas de Administración

Información de Seguro Médico

Por favor, marque la casilla apropiada:

<input type="checkbox"/> Seguro Médico Familiar	<input type="checkbox"/> Florida Healthy Kids	<input type="checkbox"/> Florida Kid Care
<input type="checkbox"/> Medicaid # _____	<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico	<input type="checkbox"/> Otro _____

SI NO TIENE NINGUNO, ¿nos autorizaría dar el nombre y teléfono del padre a Florida Kidcare Insurance para evaluar si es elegible para la cobertura de un programa de salud? Si está de acuerdo, sírvase firmar la autorización.

Visión y Audición

¿Usa su niño espejuelos o lentes de contacto?  Sí  No

¿Usa su niño aparatos auditivos auxiliares?  Sí  No

Profesionales de la Salud

Nombre	Número de Teléfono
Doctor	
Dentista	
Plan Médico/Nombre Del Grupo	

Condiciones de Salud

Marque todas las que apliquen:

<input type="checkbox"/> Asma	Si lo marcó, ¿Usa inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Lo usa a diario?
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Si lo marcó, ¿Usa medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Diabetes	Si lo marcó, ¿Dependiente de insulina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Limitaciones de movimiento	_____		
<input type="checkbox"/> Enfermedad, hospitalización o cirugía reciente (describa)	_____		
<input type="checkbox"/> Otro	_____		
<input type="checkbox"/> ¿Alergias severas? Si lo marcó, favor de especificar:			
<input type="checkbox"/> Alimentos / ambiental	Las alergias requieren:		
<input type="checkbox"/> Picadas de abejas / insectos	<input type="checkbox"/> EpiPen		
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Benadryl		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro		

Divulgación de Información Médica

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica de mi hijo(a), contactos de los padres y otros aspectos de salud (servicios de salud ofrecidos en la escuela, incluyendo la información almacenada electrónicamente) al personal de emergencia y a funcionarios del departamento de salud para tratar condiciones de importancia para la salud pública, incluyendo información que ayude a la preparación frente a condiciones de salud que estén en potencia o que ya estén confirmadas.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tratamiento en Emergencias

La escuela llamará para solicitar cuidado médico de emergencia si se considera necesario. Se autorizará la transportación de emergencia a un centro de cuidado de la salud si los paramédicos lo consideran necesario.

Información Para la hora De Salida

PROCEDIMIENTO REGULAR DE SALIDA	PROCEDIMIENTO PARA SALIDAS DE EMERGENCIA
¿Cómo se irá su hijo de la escuela en un día de clases regular?	En caso de tormenta u otra salida de emergencia no anticipada, su hijo tiene instrucciones de:
<input type="checkbox"/> Lo recogen en auto <input type="checkbox"/> En autobús escolar	<input type="checkbox"/> Caminar a su casa <input type="checkbox"/> Irse en autobús escolar como siempre
<input type="checkbox"/> Caminando / bicicleta <input type="checkbox"/> Irá al programa de cuidado extendido de la escuela	<input type="checkbox"/> Usar transportación pública <input type="checkbox"/> Irse a casa con un amigo de la lista de contactos autorizados
<input type="checkbox"/> Usará transportación pública <input type="checkbox"/> Irá a un programa de cuidado extendido fuera de la escuela	<input type="checkbox"/> Esperar a que uno de los padres le recoja

Hermanos e Idioma Materno

Indique los hermanos que estudian en esta escuela

Apellido	Primer Nombre	Grado

Por favor, indique cualquier otro idioma que se hable en la casa:

\_\_\_\_\_

Preguntas para Encuesta

Agradeceremos conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a conocer mejor las necesidades de nuestra comunidad. Marque todas las que apliquen.

¿Tiene su hijo acceso a una computadora en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene acceso al Internet en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su hijo acceso al Internet en su computadora de la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted acceso al Internet fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Favor de indicar el modo de contacto que usted prefiere:	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Teléfono