LLENE COMPLETAMENTE—FIRME—DEVUELVA A LA ESCUELA

Maestro/a: _____
(grados 6 – 12, Maestro/a de la clase inicial
Grado: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

FECHA:_____

❑ **CONDICIONES MEDICAS - MIRE ABAJO**

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL, PERO SE PODRÁ COMPARTIR CON LOS EMPLEADOS ESCOLARES APROPIADOS

Nombre Legal Completo del Estudiante:_____Fecha de Nacimiento:_____# I.D. _____
Apellido Nombre

Dirección:_____Teléfono del Hogar:(_____)_____

Declaración de los Padres: Yo acepto la responsabilidad de notificar a la escuela de cualquier cambio de dirección de mi hogar, teléfono de mi hogar, negocio (sitio de trabajo), o cualquier cambio del

Padre: Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica *(favor de circular uno)*
Nombre:_____
CELULAR: _____
Oficio y Lugar de Empleo:_____
Teléfono del Trabajo:_____

Madre: Natural/Padrastro/Custodia temporaria por orden jurídica *(favor de circular uno)*
Nombre:_____
CELULAR: _____
Oficio y Lugar de Empleo:_____
Teléfono del Trabajo:_____

Tutor: Legal (si es diferente del anterior)
Nombre:_____
CELULAR: _____
Oficio y Lugar de Empleo:_____
Teléfono del Trabajo:_____

TIENE QUE LLENAR LO SIGUIENTE: Persona/s que cuidarán al estudiante si no podemos comunicarnos con los padres: (**Solamente las personas que aparecen en la lista podrán recoger a su hijo/a, con la identificación apropiada**)
Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Hogar) _____ (Trabajo) _____CELULAR:_____
Nombre _____ Parentesco: _____ TEL.: (Hogar) _____ (Trabajo) _____CELULAR: _____

Apunte a todos los niños en la familia por orden de nacimiento:
Nombre (primero y apellido) Edad/Sexo Viven en Casa Grado/Maestro/a Escuela
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Por favor marque todas las condiciones médicas que se aplican a su hijo: *(Marque y Circule si le aplica)*
❑ADD/ADHD ❑Asma ❑Migraña ❑Pérdida de Audición ❑Lentes Anteojos/Lentes de Contacto
❑Alergias: Alimentos/Látex/Insectos/Medio Ambiente Especifique _____ ❑Medicamento ❑Epi-pen
❑Diabetes/Tipo_____¿Para "llevar el control" examen de la Sangre en la Escuela? Sí o No ¿Insulina? Sí o No
❑Enfermedades del Corazón/de los Riñones_____ ¿Cirugía? Sí o No ¿Medicamento? Sí o No
❑Ataques (Convulsiones)/Tipo_____ ¿Medicamento? Sí o No
❑Cualquier otra condición que requiera ser observada:_____
Nombre del Médico _____ _____**Teléfono**_____

estado. Los estudiantes pueden recibir del Estado servicios específicos de salud y la visión, la audición, peso, índice de masa corporal y la escoliosis. Si el examen de la vista muestra la necesidad de un examen de la vista de seguimiento, y si su hijo(a) es elegible, el Programa de Visión de la Florida Infantil Heiken o la Florida Vision Quest puede proporcionar un examen de la vista gratis por un optometrista con licencia, el cual puede incluir la dilatación, la refracción, y espejuelos si está prescrito. Estoy de acuerdo en un intercambio mutuo de información entre el Programa Visión del Infantil Heiken de la Florida, el Florida Vision Quest, los proveedores referidos, DOH y mi Condado de Escuelas Públicas de cualquiera y toda la información necesaria para permitir que mi hijo(a) reciba servicios y estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne a la Junta Escolar del Condado Miami Lighthouse for the Blind y con Discapacidad Visual, Programa de Visión de la Florida, el Programa de Visión Heiken para Niños, y los proveedores de Vision Quest de la Florida de cualquiera y toda responsabilidad por cualquier daño o reclamación resultante de la participación de mi hijo(a) en el Programa de Visión para Niños Heiken de la Florida o la Vision Quest de la Florida. El estudiante puede estar exento de cualquiera de estos servicios si el padre o tutor solicita dicha exención por escrito. de salud de mi hijo/a. Los estudiantes pueden recibir servicios de salud especificados por el Estado y evaluaciones pre eliminarías de la vista, la audición, el peso, el Índice de Masa Corporal (por sus siglas en inglés BMI) y de escoliosis. El estudiante puede ser exento/a de cualquier de estos servicios si el padre/madre/tutor legal pide dicha exención por escrito. En caso de enfermedad seria o de un accidente, y no se pueden inmediatamente comunicar conmigo, yo doy mi permiso para que transporten a mi niño/a por ambulancia u otro medio de transportación a la oficina de un doctor o a un hospital para que pueda recibir inmediatamente atención médica, y yo asumo la responsabilidad del pago de dichos servicios. En caso de emergencia o de enfermedad que no requiera tratamiento inmediato, pero que mi niño/a no pueda permanecer en la escuela, yo pido que la escuela se comunique conmigo. Sí no pudieran comunicarse conmigo, yo pido que se comuniquen con las personas anotadas más adelante para que cuiden a mi niño/a hasta que puedan comunicarse conmigo. Estas personas tienen mi permiso para transportar a niño/a. Yo comprendo que ciertos archivos académicos de mi hijo/a se compartirán con socios de salubridad del Distrito como sea necesario para suministrar y evaluar servicios de salud y que ciertos de los archivos de tratamientos médicos de mi hijo/a creados por personal de salubridad de la escuela se pueden compartir con oficiales escolares que tengan una necesidad legitima de acceso a ellos.

_____
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal **Fecha**

Yo comprendo que la información contenida en este formulario será la información oficial de la guía estudiantil.