



ORANGE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

Orlando, Florida

Formulario de Información de Estudiantes para Emergencias Año Escolar 2018-2019

Emergency Information - Spanish

Número de Estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (Legal)	Generación (i.e. Jr., II)	Primer Nombre (Legal)	Segundo Nombre (Legal)
Nombre Preferido		Documentación Legal (ejemplo: custodia, orden de restricción, etc.) Favor de proveer documentos de apoyo	
Padre ó / Encargado - Correo Electrónico Primario	Sexo <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Fecha de Nacimiento	Teléfono Residencial
Dirección Residencial	Apto #	Ciudad	Código Postal
Dirección Postal		Ciudad	Código Postal
¿Necesita comunicación en otro idioma que no sea inglés?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Vietnamita			

INFORMACIÓN DE MÉDICOS

Nombre del Médico	Nombre del Dentista	Hospital de Preferencia
Teléfono del Médico	Teléfono del Dentista	Actualmente bajo cuidado médico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro	Teléfono del Seguro	Póliza # Grupo #

Historial Médico (Incluir condición delicada del estudiante que sea importante que la escuela debe saber)
Medicinas que toma actualmente
Alergias

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (Favor de listar padres/tutores en orden de prioridad de contacto.)

Apellido	Primer Nombre	Relación	Recogido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Residencial	Apt #	Ciudad	Código Postal
Teléfono del Hogar	Celular	Empleo	Teléfono del Trabajo

Apellido	Primer Nombre	Relación	Recogido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Residencial	Apt #	Ciudad	Código Postal
Teléfono del Hogar	Celular	Empleo	Teléfono del Trabajo

CONTACTOS ADICIONALES EN LA SIGUIENTE PÁGINA

**Debe presentarse evidencia de dirección en la Oficina de Registración para que la dirección pueda cambiarse oficialmente en el sistema.

Nombre del Estudiante: _____

Número del Estudiante: _____

CONTACTOS ADICIONALES

Apellido	Primer Nombre	Relación	Contact Phone	Custodia	Recogido
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Por la presente apruebo que el(la) niño(a) participe en el Programa de Servicios de Salud Escolar. Mi hijo(a) recibirá atención de emergencias en la escuela y evaluaciones de salud que incluyen evaluaciones de visión, audición, crecimiento y desarrollo.

Si, después de un examen de vista realizado por la escuela o cualquier otro programa de la OCPS, se determina que mi hijo(a) necesita un examen de seguimiento de la vista y si mi hijo(a) aplica o está calificado(a) financieramente, autorizo a la OCPS o a una tercera parte designada para que proporcione un examen integral de la vista sin costo realizado por un optometrista con licencia, que puede incluir dilatación, refracción y anteojos, si se prescribe.

En el caso de una EMERGENCIA, entiendo que la escuela tendrá acceso al sistema médico de emergencia de 911, de inmediato. Para agilizar la atención, doy mi permiso para que el personal de la escuela brinde información médica al equipo de emergencia que responde para iniciar el tratamiento y transportarlo(a) a un centro adecuado. Doy mi permiso para que el personal médico y el personal apropiado inicien el tratamiento inmediatamente después de llegar al centro apropiado. Solicito ser notificado de la condición y admisión de mi hijo(a) lo antes posible. Si no me pueden contactar, solicito que el sitio donde se realizó la admisión notifique a una de las otras personas mencionadas anteriormente acerca de la condición y la admisión de mi hijo(a). Acepto ser financieramente responsable por el tratamiento total y el transporte de mi hijo(a).

(Este formulario es efectivo por un año a partir de la fecha firmada)

Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Orange, Florida a divulgar e intercambiar información confidencial de mi hijo(a) a las agencias del Estado de Florida permitiendo a las Escuelas Públicas del Condado de Orange verificar la elegibilidad para Medicaid, facturar a Medicaid por los servicios reembolsables de Certified School Match mencionados en el IEP de mi hijo(a) y recibir el reembolso de Medicaid por los servicios de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE) que se brinden a mi hijo(a) mientras está en la escuela. Reconozco que mi hijo(a) continuará recibiendo los servicios a los que se hace referencia en su IEP, independientemente de si doy mi consentimiento. Por favor, lleve la Tarjeta de Seguridad social del estudiante al Registrador de la escuela para finalizar la autorización.

Padres/Encargados:

Fecha:

*La Junta Escolar del Condado de Orange, Florida está autorizada para recolectar los números de seguridad social ("SSN") de los estudiantes según lo establecido en las Secciones 1008.386 y 119.071 (5) (a) 6, de los Estatutos de la Florida. La provisión del SSN de un estudiante en la forma de inscripción es opcional y no se exige como una condición para la inscripción dentro del Distrito. Cualquier SSN proporcionado en relación a la inscripción solo se utilizará con fines de investigación, presentación de informes y registro. La recolección del SSN no se usará para la aplicación de inmigración. Proporcionar el SSN del estudiante a la Junta Escolar del Condado de Orange, Florida para estos fines significa que usted acepta el uso del SSN del estudiante de la manera descrita.