

Broward County Public Schools

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 paternales, 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	

Personas Contacto Autorizadas

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.

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	<input type="text" value="Apellido"/>	<input type="text" value="Primer Nombre"/>	<input type="text" value="Segundo Nombre"/>
Medicamentos	¿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.
	Medicamento	Dosis	Horas de Administración
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 _____		
Visión y Audición	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. _____		
	¿Usa su niño espejuelos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Usa su niño aparatos auditivos auxiliares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Profesionales de la Salud	Nombre	Número de Teléfono	
	<input type="text" value="Doctor"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text" value="Dentista"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text" value="Plan Médico/Nombre Del Grupo"/>	<input type="text"/>	
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.		
Tratamiento en Emergencias	Firma del Padre _____ Fecha _____ 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 ¿Cómo se irá su hijo de la escuela en un día de clases regular? <input type="checkbox"/> Lo recogen en auto <input type="checkbox"/> En autobús escolar <input type="checkbox"/> Caminando / bicicleta <input type="checkbox"/> Irá al programa de cuidado extendido de la escuela <input type="checkbox"/> Usará transportación pública <input type="checkbox"/> Irá a un programa de cuidado extendido fuera de la escuela	PROCEDIMIENTO PARA SALIDAS DE EMERGENCIA En caso de tormenta u otra salida de emergencia no anticipada, su hijo tiene instrucciones de: <input type="checkbox"/> Caminar a su casa <input type="checkbox"/> Irse en autobús escolar como siempre <input type="checkbox"/> Usar transportación pública <input type="checkbox"/> Irse a casa con un amigo de la lista de contactos autorizados <input type="checkbox"/> Esperar a que uno de los padres le recoja	
Hermanos e Idioma Materno	Indique los hermanos que estudian en esta escuela		Por favor, indique cualquier otro idioma que se hable en la casa:
	Apellido	Primer Nombre	Grado
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene acceso al Internet en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene su hijo acceso al Internet en su computadora de la casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene usted acceso al Internet fuera de su casa? <input type="checkbox"/> Si <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		