

Nombre del Estudiante _____
 (apellido) (primer nombre) (segundo nombre) Teléfono-residencia _____ Fecha de Nacimiento _____
 Escuela presente _____ Grado 11-12 año escolar _____ Maestro _____
 No complete el área en sombra – el personal escolar completará ésta información
 Escuela previo _____ Ciudad _____ Estado _____
 Dirección del Hogar _____ Idioma principalmente hablado en el hogar? _____
 (calle) (ciudad) código postal _____
 Domicilio Postal (si es diferente del domicilio del hogar) _____
Nombre de la Madre/Guardián _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del celular _____
 Horas de trabajo: de ___ a ___ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico "E-Mail" _____
Nombre del Padre/Guardián _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del celular _____
 Horas de trabajo: de ___ a ___ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico "E-Mail" _____
Si el padre/guardián no puede ser contactado, notifique a la siguiente persona quien proveerá transportación (se requiere identificación):

Nombre	Relación	Teléfono del Trabajo de Día
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

 Médico de la Familia _____ Teléfono _____
 Dentista de la Familia _____ Teléfono _____
 El niño(a) esta registrado en el programa: Medicaid Servicios Médicos para Niños Otra _____
Alergias, por favor especifique _____ Usa anteojos Usa contactos
Problemas de Salud/ Instrucciones Especiales/ Medicamentos requeridos _____

 Alerta de custodia _____

(POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS DE LA TARJETA)

Nombre del Estudiante _____
 (apellido) (primer nombre) (segundo nombre) Teléfono-residencia _____ Fecha de Nacimiento _____
 Escuela presente _____ Grado 11-12 año escolar _____ Maestro _____
 No complete el área en sombra – el personal escolar completará ésta información
 Escuela previo _____ Ciudad _____ Estado _____
 Dirección del Hogar _____ Idioma principalmente hablado en el hogar? _____
 (calle) (ciudad) código postal _____
 Domicilio Postal (si es diferente del domicilio del hogar) _____
Nombre de la Madre/Guardián _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del celular _____
 Horas de trabajo: de ___ a ___ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico "E-Mail" _____
Nombre del Padre/Guardián _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del celular _____
 Horas de trabajo: de ___ a ___ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico "E-Mail" _____
Si el padre/guardián no puede ser contactado, notifique a la siguiente persona quien proveerá transportación (se requiere identificación):

Nombre	Relación	Teléfono del Trabajo de Día
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

 Médico de la Familia _____ Teléfono _____
 Dentista de la Familia _____ Teléfono _____
 El niño(a) esta registrado en el programa: Medicaid Servicios Médicos para Niños Otra _____
Alergias, por favor especifique _____ Usa anteojos Usa contactos
Problemas de Salud/ Instrucciones Especiales/ Medicamentos requeridos _____

 Alerta de custodia _____

(POR FAVOR LLENE AMBOS LADOS DE LA TARJETA)

JUNTA DE INSTRUCCION ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA
TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA 2011-2012 AUTORIZACION DE LOS PADRES
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

DEPARTAMENTO DE MATRICULAS Y DE TRANSFERENCIAS

El plan de Servicios de Salud tiene provisiones para expedientes de salud, consulta con enfermeras, tratamiento de cuidado de emergencia y evaluaciones no-invasivas (ej. audición, visión, escoliosis, medidas de peso y altura). Cualquier padre de familia que no desee que su hijo(a) reciba un examen debe hacerlo por escrito. Si se cree necesario se harán pruebas de temperatura. Un número limitado de medicamentos tópicos (que se aplican a la piel) han sido aprobados por la política del distrito escolar y pueden ser utilizados en la clínica, estos medicamentos son mencionados en el Manual de Salud Escolar. El padre/guardián tiene la responsabilidad de indicar en la parte de atrás de esta tarjeta, cualquier alergia de la cual el estudiante sufre.

En caso de enfermedad seria o de heridas que requieran cuidado inmediato, la escuela o su representante tiene mi permiso para contactar al servicio de emergencia médica apropiado. El servicio de emergencia médica tiene mi autorización para proveer el tratamiento o para transportar a mi niño(a). Solicito entonces el ser notificado sobre la situación. La persona que aquí firma será responsable por el costo del tratamiento de emergencia.

En caso de accidente o enfermedad en la cual el tratamiento inmediato de mi niño no sea necesario, pero él/ella no pueda permanecer en la escuela, solicito que la escuela se comunique conmigo o con mi designado para hacer arreglos para el transporte de mi niño(a). Si la escuela no puede comunicarse conmigo, solicito que una de las personas mencionadas en esta tarjeta sea contactada y que se le solicite que cuide de mi niño(a). En caso de que ninguna de las personas designadas en esta tarjeta estén disponibles, los servicios de emergencia médica pueden ser llamados para evaluación adicional, posible transportación y tratamiento. Yo entiendo que tengo que notificar a la escuela si hay cambios en la información de salud de emergencia.

El Departamento de Salud del condado de Sarasota junto con El Departamento de Educación provee el servicio de salud para las escuelas del Condado de Sarasota. Yo comprendo que toda la información relacionada a la salud de mi hijo que le proveo a la escuela se comparte entre las dos agencias cuando y como sea necesario en el funcionamiento de sus responsabilidades.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____
(POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA TARJETA)

RET: Master, ES + 1
Dupl., OSA

Organismo de Igualdad de Oportunidad/Acción Afirmativa

002-84-HEA-SSF S
Rev. 1-3-2011

JUNTA DE INSTRUCCION ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA
TARJETA DE INFORMACION DE EMERGENCIA 2011-2012 AUTORIZACION DE LOS PADRES
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

DEPARTAMENTO DE MATRICULAS Y DE TRANSFERENCIAS

El plan de Servicios de Salud tiene provisiones para expedientes de salud, consulta con enfermeras, tratamiento de cuidado de emergencia y evaluaciones no-invasivas (ej. audición, visión, escoliosis, medidas de peso y altura). Cualquier padre de familia que no desee que su hijo(a) reciba un examen debe hacerlo por escrito. Si se cree necesario se harán pruebas de temperatura. Un número limitado de medicamentos tópicos (que se aplican a la piel) han sido aprobados por la política del distrito escolar y pueden ser utilizados en la clínica, estos medicamentos son mencionados en el Manual de Salud Escolar. El padre/guardián tiene la responsabilidad de indicar en la parte de atrás de esta tarjeta, cualquier alergia de la cual el estudiante sufre

En caso de enfermedad seria o de heridas que requieran cuidado inmediato, la escuela o su representante tiene mi permiso para contactar al servicio de emergencia médica apropiado. El servicio de emergencia médica tiene mi autorización para proveer el tratamiento o para transportar a mi niño(a). Solicito entonces el ser notificado sobre la situación. La persona que aquí firma será responsable por el costo del tratamiento de emergencia.

En caso de accidente o enfermedad en la cual el tratamiento inmediato de mi niño no sea necesario, pero él/ella no pueda permanecer en la escuela, solicito que la escuela se comunique conmigo o con mi designado para hacer arreglos para el transporte de mi niño(a). Si la escuela no puede comunicarse conmigo, solicito que una de las personas mencionadas en esta tarjeta sea contactada y que se le solicite que cuide de mi niño(a). En caso de que ninguna de las personas designadas en esta tarjeta estén disponibles, los servicios de emergencia médica pueden ser llamados para evaluación adicional, posible transportación y tratamiento. Yo entiendo que tengo que notificar a la escuela si hay cambios en la información de salud de emergencia.

El Departamento de Salud del condado de Sarasota junto con El Departamento de Educación provee el servicio de salud para las escuelas del Condado de Sarasota. Yo comprendo que toda la información relacionada a la salud de mi hijo que le proveo a la escuela se comparte entre las dos agencias cuando y como sea necesario en el funcionamiento de sus responsabilidades.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____
(POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA TARJETA)

RET: Master, ES + 1
Dupl., OSA

Organismo de Igualdad de Oportunidad/Acción Afirmativa

002-84-HEA-SSF S
Rev. 1-3-2011