

TARJETA DE DATOS DE ESTUDIANTE NUEVO

Junta Escolar Del Condado de Levy

| | | | |
|---|---|-------------------------|--------|
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| Fecha de Nacimiento: | Marque Una: Varón <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> | Grado: | |
| Numero de autobús: | Nombre del conductor del autobús: | Maestro/a: | |
| Estudiante vive con (círcule todo lo que corresponda): Madre - Padre - Madrastra - Padrastro - Guardian Legal (Documentos deben archivar en la escuela) | | | |
| Familia #1: {Padre/Guardian con el cual el niño/a vive la mayoría del tiempo - RESIDENCIA PRIMARIA) | | | |
| Con la apropiada identificación pueden obtener un nombre de usuario Y contraseña en la oficina de la escuela para ingresar en Skward. | | | |
| Nombre de Padre/Guardian #1: | Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal-(Documentos deben estar archivados en la escuela) | | |
| Teléfono de la Casa#: | Teléfono Celular #: | Teléfono del Trabajo #: | |
| Nombre de Padre/Guardian #2: | Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal-(Documentos deben estar archivados en la escuela) | | |
| Teléfono de la Casa#: | Teléfono Celular #: | Teléfono del Trabajo #: | |
| Dirección Postal: | | | |
| Dirección Física (si es diferente): | | | |
| Correo Electrónico: | | | |
| Hermanos que viven en esta dirección: (Por favor incluya el grado y nombre de la escuela.) | | | |
| Familia #2: (Padre/Guardian con custodia compartida) | | | |
| Con la apropiada identificación pueden obtener un nombre de usuario Y contraseña en la oficina de la escuela para ingresar en Skward. | | | |
| Nombre de Padre/Guardian #1: | Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal-(Documentos deben estar archivados en la escuela) | | |
| Teléfono de la Casa #: | Teléfono Celular #: | Teléfono del Trabajo #: | |
| Nombre de Padre/Guardian #2: | Relación: Madre Padre Madrastra Padrastro Guardian Legal-(Documentos deben estar archivados en la escuela) | | |
| Teléfono de la Casa #: | Teléfono Celular #: | Teléfono del Trabajo #: | |
| Dirección Postal de la Casa: | | | |
| Dirección Física si es diferente: | | | |
| Dirección de Correo Electrónico: | | | |
| Hermanos que viven en esta dirección: (Por favor incluya el grado y nombre de la escuela.) | | | |
| A menos de que usted indique lo contrario, solamente las personas enumeradas en esta forma serán permitidas para recoger a su niño/a. | | | |
| Enumere al menos 3 familiares; amigos o vecinos con transportación que puedan hacerse cargo temporalmente de su niño/a en caso de que usted no pueda ser localizado. | | | |
| Nombre: | teléfono #: | Nombre: | |
| 1. | | 3. | |
| 2. | | 4. | |
| información de Residencia de/ Estudiante: Coloque una "X" en la casilla apropiada para contestar "Si" o "No" | | | |
| 1. Mi familia vive en un refugio de emergencia de transición o en un tráiler de FEMA | Si | No | Código |
| 2. Mi familia comparte una casa con otras personas debido a pérdida de la vivienda, por dificultad económica o por una razón semejante. | | | A |
| 3. Mi familia vive en un automóvil, parque o campamento debido a no tener la alternativa de un alojamiento adecuado, o en un lugar público, edificio abandonado, vivienda precaria, la estación de autobús o tren, o en un lugar público o privado no designado ni usado regularmente para dormir los seres humanos o situaciones similares. | | | B |
| 4. Mi familia vive en un motel o en un hotel. | | | D |
| 5. Un niño/joven en mi casa es un joven no acompañado (joven que no está bajo la custodia física de un padre o guardián) | | | E |
| 6. Un niño/joven en mi hogar es menor de 16 años y es un joven no acompañado (joven que no está bajo la custodia física de un padre o tutor) o yo soy un joven no acompañado de 16 años de edad o más. | | | |
| Si usted marco "Si" en alguna de las preguntas anteriores, por favor indique la causa colocando una "X" en la casilla apropiada. | | | |
| <input type="checkbox"/> Ejecución de Hipoteca (M) <input type="checkbox"/> Desastre Natural- Tormenta Tropical (S) <input type="checkbox"/> Desastre Natural - Inundación (F) <input type="checkbox"/> Desastre Natural - Huracán (H) <input type="checkbox"/> Desastre Natural -Tornado (T) <input type="checkbox"/> Desastre Natural - incendio forestal o incendio (W) <input type="checkbox"/> Desastre Natural-Terremoto (E) <input type="checkbox"/> Desastre Provocado por el Hombre (Mayor) (D) <input type="checkbox"/> Otras causas de falta de vivienda: (incluye falta de vivienda asequible, pobreza a largo plazo, desempleo o subempleo, falta de atención médica asequible, enfermedad mental, violencia doméstica, desalojo forzoso, otras causas de falta de vivienda (O) | | | |

TARJETA DE DATOS DE ESTUDIANTE NUEVO

Junta Escolar Del Condado de Levy

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

A continuación, marque cualquier condición de salud existente que pueda requerir atención medica durante el día escolar.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Epi-pen _____ | <input type="checkbox"/> Asma (Fecha del último ataque _____ <input type="checkbox"/> inhalador ____ si ____ no) |
| <input type="checkbox"/> Alimentos _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques (medicamento? ____ si ____ no) | Fecha de la última incautación _____ <input type="checkbox"/> insulina |
| <input type="checkbox"/> Medicinas _____ | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja o picadura de insecto _____ | <input type="checkbox"/> Anemia de células Falciformes _____ | <input type="checkbox"/> Hemofilia _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Diastat _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Física (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Visión (especifique) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contactos _____ | <input type="checkbox"/> Audífono (s) _____ | <input type="checkbox"/> Lentes/Gafas _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Audición _____ | | |

Escriba todos los medicamentos y las dosis que su niño/a recibe en la casa o en la escuela: _____

*****Todos los medicamentos, incluyendo aquellos sin prescripción y/o autoadministrados, requerirán un consentimiento de los padres que será archivado en la escuela. Medicamentos con prescripción también requieren una nota del doctor para ser archivada.*****

| | |
|---|---|
| Nombre del Doctor y teléfono #: | Nombre de Dentista/Ortodoncista y teléfono #: |
| Compañía de Seguro Médico y Numero : | Seguro Escolar- Si _____ No _____ |
| Numero de Medicaid: | Hospital de Preferencia: |
| Agencia/Trabajador del Cuidado de Nino de Crianza y teléfono # (si aplica): | |

Estudiante de familia militar (Consulte la definición a continuación y luego encierre en un círculo la respuesta apropiada) Si ☐ No ☐

Este un niño/a de 1) miembros en servicio activo o los servicios uniformados, incluido un miembro de la Guardia Nacional y la Reserva en ordenes de servicio activo de conformidad con 10 U.S.C. ss. 1909 y 1211; 2) miembros o veteranos de los servicios uniformados que están gravemente heridos y dados de alta medicamente o retirados por un periodo de 1 año después del alta médica o la jubilación; 3) miembros de los servicios uniformados que mueren en servicio activo o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo por un periodo de 1 ano después de la muerte.

***** Exclusiones *** NO marque "si" si el niño es de 1) miembros inactivos de la guardia nacional y las reservas militares; 2) miembros de los servicios uniformados ahora retirados, excepto aquellos en el párrafo anterior; 3) veteranos de los servicios uniformados, excepto aquellos en el párrafo anterior; y 4) otro personal del Departamento de Defensa de los Estados Unidos y otros empleados civiles y contractuales de agendas federales no definidos como miembros en servicio activo de los servicios uniformados.**

Aviso a los Padres

Por ley, si los padres están legalmente separados o divorciados, cada padre tiene igualdad de derechos a la custodia del niño(s) y a los registros del estudiante. A MENOS que exista una orden judicial que indica que los derechos de custodia se han terminado.

EL PADRE DEBE PROVEER UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL ACTUAL PARA EL ARCHIVO DE LA ESCUELA; de lo contrario, cualquiera de los padres puede recoger al niño(s) de la escuela con la debida identificación.

La persona que firma a continuación tiene la custodia legal del niño/a? Si ☐ No ☐

¿Se ha proporcionado la Documentación Judicial? Si ☐ No ☐

Por favor **NO** comparta la información de mi estudiante con:

- ☐ militar
- ☐ Educación superior
- ☐ Medios públicos

Doy consentimiento para que mi niño/a participe en el Programa de Salud Escolar y a recibir cuidados de emergencia en la escuela si los necesita. Como parte del programa se le podrán realizar pruebas para determinar problemas de vista, audición, crecimiento y desarrollo, nutrición, dental, escoliosis, desordenes comunicativos, presión sanguínea, habla y lenguaje, o cualquier otra prueba de salud no invasivas y para la edad apropiada. En el caso de ocurrir un accidente serio o enfermedad, pido a la escuela que se comunique conmigo. De no poder localizarme, pido que el personal designado de la escuela lleve o envíe mi niño/a al hospital especificado con anterioridad a la sala de emergencia del hospital más cercano, y doy consentimiento para hacerme responsable todos los gastos médicos incurridos. En caso de un accidente o enfermedad donde no sea necesario una atención medica inmediata, pero que no permite que mi niño/a permanezca en la escuela les pido que se comuniquen conmigo. Si no pueden comunicarse conmigo, les pido que una de las personas arriba mencionadas en esta forma sea localizada y se lleve a mi niño/a de la escuela para que se haga cargo de su cuidado. Las personas enumeradas tienen transporte y estarán accesibles para venir a la escuela inmediatamente.

Yo certifico que la información proporcionada en las páginas 1 y 2 son correctas en el mejor de mi conocimiento. Entiendo que ciertos archivos educativos de mi niño/a serán compartidos con el departamento de salud del distrito coma sea necesario para proveer y evaluar los servicios de salud del estudiante. También entiendo y estoy de acuerdo que los archivos médicos de mi niño/a creados por el personal de salud en la escuela pueden ser compartidos con oficiales de la escuela quienes tienen propósitos legítimos de educación para tener acceso a estos archivos. Notificación/Consentimiento: coma padre(s)/guardián(s), Yo (nosotros) doy permiso a la Junta Escolar del Condado Levy, para liberar, intercambiar, revisar y utilizar la información personalmente identificable de mi niño/a para facilitar la prestación de las servicios de salud en la escuela, y para que esta información sea divulgada a la Agenda de Administración de Cuidado de la Salud para facilitar la verificación de elegibilidad para Medicaid, y/o, si es aplicable, a solicitar el reembolso de Medicaid par servicios prestados en la escuela. Toda la información se mantendrá confidencial. Yo entiendo que mi niño/a seguirá recibiendo servicios por su Plan de Educación Individual haya o no dado mi consentimiento. Soy consciente que mi consentimiento puede ser retirado en cualquier momento, y mis beneficios de estado o privados no serán afectados. Esto será sin costo alguno para *mi* por cualquier motivo.

Firma: _____

Fecha: _____

(Padre, Guardián a Agencia, jóvenes no acompañados)