



Número de estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (legal)	Sufijo del nombre	Primer nombre (legal)	Segundo nombre (legal)
Nombre preferido		Documentación legal (ejemplo: custodia, orden de restricción, etc.) Si no hay ninguna alerta legal: Ingrese "N/A" Proporcione información de respaldo	
Padre/Tutor - Correo electrónico principal	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Teléfono principal
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Domicilio**			
Dirección postal	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
¿Necesita que los comunicados sean en otro idioma diferente del inglés?			
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita			
Medicamentos que toma actualmente (Recetados y de venta libre)			
Antecedentes médicos/Limitaciones físicas			
Alergias a medicamentos, alimentos u otras sustancias.			
Medicamentos	Alimentos	Otras sustancias	

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Enumere al padre/madre/tutor en orden de prioridad de contacto).

Apellido	Nombre	Relación	Recogerá <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular	Empleador	Teléfono laboral

Apellido	Nombre	Relación	Recogerá <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular	Empleador	Teléfono laboral

CONTACTOS ADICIONALES EN LA PÁGINA SIGUIENTE

**Debe presentarse un comprobante que acredite la dirección ante la Oficina de registros de la escuela para que el cambio se realice oficialmente en el sistema.

*Formulario de solicitud de dieta - Los padres/tutores deben completar y firmar el frente del formulario en su totalidad. Es necesaria una firma que autorice la divulgación de información médica en caso de que sea necesario contactar al médico con respecto a dietas relacionadas con discapacidades médicas.

Nombre del estudiante: _____

Número de estudiante: _____

CONTACTOS ADICIONALES

Apellido	Nombre	Relación	Teléfono de	Custodia	Recogerá
				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 <input type="checkbox"/>

En el caso de que no se me pueda localizar ante un incidente o una emergencia, consiento y solicito que se notifique a los contactos adicionales mencionados anteriormente sobre la condición de mi hijo y/o sobre la respuesta de los servicios médicos de emergencia sobre el incidente.

SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA

Por medio del presente, doy mi consentimiento para que este niño participe en el Programa de servicios de salud de la escuela. Mi hijo recibirá atención de emergencia en la escuela, así como evaluaciones de salud, incluidas la visión, la audición, el crecimiento y el desarrollo.

Si, tras la realización de un examen de la vista a través del programa de la escuela o de cualquier otro programa de OCPS, se determina que mi hijo tiene necesidad de un examen de seguimiento de la vista y si mi hijo es elegible o de otra forma financieramente apto, por medio del presente, autorizo a OCPS o a un tercero designado a que proporcionen un examen integral de la vista sin costo mediante un optometrista con licencia, el cual puede incluir dilatación, refracción y anteojos en caso de recetarse.

En caso de una EMERGENCIA, entiendo que la escuela accederá al sistema médico de emergencias del 911 de inmediato. Para facilitar la atención, autorizo al personal de la escuela a proporcionar información médica al equipo de emergencia que acuda a fin de iniciar el tratamiento y trasladarlo a una instalación adecuada. Autorizo asimismo a los socorristas, al personal médico y al personal a iniciar el tratamiento de inmediato tras la llegada a la instalación. Solicito que se me notifique el estado de salud y el ingreso a la instalación de mi hijo lo antes posible. En caso de no poder contactarme, solicito que la instalación notifique a una de las otras personas enumeradas anteriormente sobre el estado de salud y el ingreso de mi hijo. Acepto ser responsable financieramente por el total del tratamiento y del traslado de mi hijo.

Para niños con IEP o que reciben servicios relacionados con ESE, autorizo a la Junta escolar del condado de Orange, Florida, a divulgar e intercambiar información confidencial de mi hijo con agencias del estado de Florida que podrían permitirle a Orange County Public Schools verificar la elegibilidad para Medicaid, facturar a Medicaid por servicios reembolsables del programa Certified School Match referidos en el IEP de mi hijo y recibir el reembolso de Medicaid por los servicios de Educación de estudiantes excepcionales (ESE, en inglés) que se le proporcionan a mi hijo mientras está en la escuela. Entiendo que mi hijo continuará recibiendo los servicios a los que se hace referencia en su IEP, con o sin mi consentimiento. Lleve la tarjeta del seguro social del estudiante a la persona encargada de los registros en la escuela para finalizar la autorización.

Al firmar este formulario, entiendo y acepto los términos del presente.

Padre/madre/tutor:

Fecha:

*La Junta escolar del condado de Orange, Florida, está autorizada a solicitar los números del seguro social ("SSN", en inglés) de los estudiantes según lo establecido en las secciones 1008.386 y 119.071 (5)(a)6, Estatutos del estado de Florida. Informar el SSN del estudiante en el formulario de inscripción es opcional y no es condición para la inscripción dentro del Distrito. Cualquier SSN proporcionado en relación con la inscripción se usará únicamente para fines de investigación, informe y registro de datos. La recopilación de SSN no se usará para control migratorio. Proporcionar el SSN del estudiante a la Junta escolar del condado de Orange, Florida, para estos fines significa que otorga su consentimiento para que el SSN del estudiante se use de la manera descrita.

El estatuto de Florida, sección 837.06, establece que cualquier persona que de manera deliberada haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en la realización de su tarea oficial será culpable de delito menor de segundo grado.

(Este formulario tiene vigencia hasta el primer día del próximo año escolar o hasta un año después de la fecha de firma, lo que sea más tarde)