



JUNTA DIRECTIVA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
INFORMACIÓN DE ACCESO Y EMERGENCIA – GRADOS PreK - 5

MIS Form #416 Sp.
Rev. 4/17

Información actual

Estudiante (Apellido) (Nombre) (2do nombre) # Estudiante Fecha nacimiento Grado
Teléfono principal
Dirección del hogar Ciudad Código postal
Padre/encargado legal Madre/encargada legal
Teléfono celular Teléfono celular
Correo electrónico Correo electrónico
Empleado por Empleada por
Teléfono del trabajo Teléfono del trabajo

Persona(s) que pueden encargarse del niño(a) en caso de que el padre/madre/encargado legal no pueda ser localizado. Esta persona(s) pueden recoger a mi niño(a). (Se les requerirá identificación con foto):

Nombre Relación Teléfono
Nombre Relación Teléfono
Nombre Relación Teléfono
Nombre Relación Teléfono
Nombre Relación Teléfono

Nombre y apellidos de hermanos(as) que asisten a Escuelas del Condado de Pasco

Persona(s) que por razones legales NO PUEDE contactar o sacar al niño(a) de la escuela (propvea la documentación legal)

Indique cualquier medicamento que su niño(a) esté recibiendo actualmente (hogar/escuela)

Indique cualquier problema(s) de salud o alergias (alimentos, medicinas, picaduras, etc.) aún cuando ya se haya reportado

El padre/madre/encargado debe reportar a la cafetería cualquier alergia a alimentos o necesidad nutricional especial del estudiante.

Es responsabilidad del padre/madre/encargado legal mantener actualizada cualquier nueva información y números telefónicos de contacto.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL EN EL REVERSO – SE REQUIERE SU FIRMA

Estudiante: Grado:

MIS Form #416 Sp.
Rev. 4/17 Reverso

El distrito escolar espera que la información sobre la dirección residencial del estudiante presentada sea correcta y verdadera, y los formularios del distrito relacionados a la vivienda y personas que viven en la misma serán verificados bajo penalidades de perjurio. La ley de Florida 837.06 declara que quien a sabiendas haga una declaración escrita falsa con la intención de engañar a un servidor público en el desempeño de sus responsabilidades oficiales será culpable de un delito de segundo grado. Además, una persona que a sabiendas hace una declaración falsa bajo penalidad de perjurio comete un crimen de tercer nivel de acuerdo a la ley de Florida 92.525. El proveer a un oficial escolar información falsa sobre su dirección residencial al registrar a un niño podría resultar en que se dé de baja a su niño y que sea reasignado a la escuela en la zona apropiada de acuerdo a la dirección residencial, y que el asunto sea referido a las autoridades para su posible enjuiciamiento judicial. Además, la falsificación de la información podría resultar en la revocación permanente de los privilegios de su niño a participar en actividades extracurriculares, incluyendo deportes organizados.

Los padres, encargados legales, son responsables de notificar al director de la escuela de cualquier cambio de dirección o de responsabilidad paterna/ materna sobre el estudiante dentro de cinco (5) días, aún cuando el padre/madre piense que el estudiante todavía está viviendo dentro de la zona escolar. De no hacerse la notificación, esto podría resultar en la reasignación del estudiante a la escuela de zona y/o pérdida de elegibilidad a atletismo u otras actividades.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

Por ese medio doy mi consentimiento para que mi niño(a) participe en el programa de Servicios de Salud Escolar. Esto significa que mi niño(a) recibirá en algunos grados pruebas diagnósticas de visión, audición, escoliosis, presión arterial, y estatura y peso. Además, la enfermera escolar realizará en algunos grados presentaciones en el aula, individuales y en grupos pequeños, sobre temas de salud como abstinencia, prevención del abuso de sustancias, temas sobre citas y relaciones, control de natalidad y enfermedades de transmisión sexual. De estar en desacuerdo con alguna de estas pruebas o programas, lo notificaré a la escuela por escrito.

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la escuela me llame. Si la escuela no puede localizarme, por este medio autorizo a la escuela a contactar al médico o dentista indicados abajo, y a cumplir sus instrucciones. Si fuese imposible contactar a ese médico o dentista, la escuela puede hacer los arreglos que sean necesarios para proveerle cuidados y tratamientos a mi niño(a), y compartir información médica con el proveedor según sea necesario para apoyar la continuidad de los cuidados a mi niño(a). Acepto pagar todos los gastos incurridos por el manejo de estos cuidados de emergencia. En caso de un accidente o enfermedad donde no se indique tratamiento inmediato a mi niño(a), pero que no pueda permanecer en la escuela, solicito que una de las personas indicadas en el frente de este formulario sea contactada y se le solicite que asuma el cuidado del niño(a) hasta que yo pueda ser localizado(a).

Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Pasco a entregar e intercambiar información confidencial sobre mi niño(a) (nombre del estudiante, registros e información relacionada con los servicios provistos) con agencias del estado de Florida que pudieran permitir al Distrito verificar la elegibilidad para Medicaid, facturar a Medicaid para que reembolse el importe de los servicios Certified School Match referenciados en el Plan Educativo Individualizado (IEP) de mi niño(a), y a recibir el reembolso de Medicaid por servicios de Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE) que se proveyeron a mi niño(a) estando en la escuela. Entiendo que mi niño(a) continuará recibiendo los servicios referenciados en su IEP, otorgue o no yo mi consentimiento.

Nombre del médico Teléfono
Hospital de preferencia Teléfono
Nombre del dentista Teléfono

Mi firma abajo indica mi consentimiento, comprensión y acuerdo como padre/madre/encargado legal.

LETRA DE MOLDE – NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

FECHA