

THE SCHOOL DISTRICT OF MARTIN COUNTY, FLORIDA
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

FORM # 136 REV.

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino Grado: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Día Extendido Sí No Autobús/Número de Ruta: _____ Subdivisión: _____ Maestro: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Dirección (Si fuese diferente): _____

Padre/Guardian 1 Nombre _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Correo Electrónico: _____

Padre/Guardian 2 Nombre _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Correo Electrónico: _____

Número Telefonico del Estudiante # _____ Correo Electrónico: _____

Sistema Automatizado De Notificaciones

Este sistema le notificará las noticias de la escuela y del Distrito utilizando el número de contacto principal que designe a continuación y el correo electrónico anterior.

Llamada de Sistema Automatizado 1er contacto # _____ 2do contacto #: _____

Sistema Automotizado de Notificación de Emergencia – Le notificaremos en caso de emergencia llamando/enviando mensajes de texto a los números telefónicos que proporcione a continuación.

Número de Emergencia 1er contacto # _____ Número de Emergencia 2do contacto #: _____

Información De Contactos De Emergencia Si el Padre/guardian no estuviera disponible después de verificar la identificación, entonces estas personas son las únicas autorizadas a recoger al estudiante de la escuela.

Nombre _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Relación _____

Información Medica del Estudiante y Consentimiento del Padre/Guardian para Exámenes de Tratamiento Médico en caso de Emergencia

Nombre del Médico _____ Numero de Teléfono # _____

Tiene su hijo/hija alguna condición crónica de salud(fisica ó mental) ó alergias a alimentos? Sí No Es eligible a Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál es el diagnóstico Médico? _____

Reacciones Alérgicas: No Sí (describa): _____

Si el estudiante tiene alguna alergia alimenticia y necesita un sustituto alimentario, favor de comunicarse con el departamento alimenticio.

¿Qué medicamentos le recetan a su hijo/hija? _____

¿Qué medicamentos serán administrados en la escuela? _____

SE REQUIERE LLENAR LA FORMA #135 EN LA CLINICA DE LA ESCUELA PARA TODO MEDICAMENTO QUE NECESITE SER ADMINSTRADO EN LA ESCUELA

A continuación favor de revisar todas las categorías que aplíquen a su hijo/hija :

Vision : <input type="checkbox"/> Espejuelos <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto	Su hijo/hija tiene alguna pérdida auditiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Discapacidad Fisica (describa):_	Si hay perdida auditiva:
	<input type="checkbox"/> Unilateral(un oído) <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
	<input type="checkbox"/> Bilateral (ambos oídos) ¿Su hijo/hija usa audifono(s)? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos

Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija participe en el programa de Servicios de Salud Escolar que puede incluir:

(NOTA: Si no marca ninguno significa que usted esta dando permiso)

Exámen de la Vista <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exámen Dental, Observaciones Específicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exámenes de Observación Educativos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Exámen del Habla/Audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temperatura Oral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exámen Salud Mental, Específica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Exámen de Escoliosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indice de Masa Corporal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Exámen de Nutrición/ Historia de Dieta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de accidente ó enfermedad grave, pido que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no pudiese comunicarse conmigo, la escuela debe comunicarse y seguir las instrucciones del médico(s) listado(s). Si la escuela no pudiese comunicarse con el medico, entonces puede hacer lo que sea necesario para brindar atención y tratamiento para mi hijo/hija. Si no pudiese comunicarse con ninguna persona indicada en este formulario de consentimiento, el personal de la escuela tiene permiso para transportar a mi hijo/hija a la sala de emergencia más cercana. Doy mi consentimiento para la atención de emergencia proporcionada en la escuela. En caso de accidente o enfermedad cuando no sea necesario tratamiento inmediato pero donde no pueda permanecer en la escuela pido que la escuela se ponga en contacto conmigo para organizar el transporte de mi hijo/hija. Si la escuela no pudiese comunicarse conmigo ó con mi cónyuge, favor de comunicarse con una de las personas que aparecen en la lista hasta que yo pueda ser contactado(a). Esta información es completada a lo mejor de mis conocimientos.

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____