

Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward 2026-27

Este formulario debe actualizarse cada año

Office Use Only	Student #	Grade level:	☐ Court Order	☐ Medical
	Date Enrolled:		☐ Special Needs	☐ Other
En caso de una emergencia, es imprescindible que la escuela pueda contactarse con el padre de el o la estudiante (como se define abajo). Complete la información en ambos lados de este formulario con cuidado y precisión. Utilice tinta negra o azul y escriba con claridad. Los nombres de ambos padres, (como lo define la Sección 1000.21(6) de los Estatutos de Florida), los padres/tutores que inscriben y los padres que no inscriben deben estar registrados en la hoja de contactos de emergencia como personas autorizadas para recoger al niño o la niña de la escuela, salvo que una orden judicial haya terminado los derechos parentales y se presente la copia certificada de tal orden a la oficina de la escuela. Ambos padres designarán las personas autorizadas para recoger al niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Ningún padre debe borrar o alterar de ninguna manera los nombres provistos por el otro padre en la Hoja de Contactos de Emergencia.				
Información del estudiante	Apellido:		Nombre:	
	Segundo nombre:			
	Fecha de nacimiento: / /		Maestro(a) (solo para escuelas primarias):	
	Dirección residencial:			
	Dirección de envío (si es diferente a la de arriba):			
	Marque las opciones que apliquen al estudiante: ☐ Orden Médica ☐ Orden Judicial ☐ Necesidades Especiales ☐ Otro			
	¿Ha cambiado el o la estudiante de dirección desde la última inscripción? ☐ Sí ☐ No			
	¿Hay una orden judicial en el expediente que impida a uno de los padres tener contacto con el o la estudiante? ☐ No ☐ Sí, contactar la escuela			
	Nombre(s) preferido(s)/Apodo(s):			
Todo el personal puede llamar a mi hijo(a) por su(s) nombre(s) o apodo(s) preferido(s) indicado(s) arriba en todos los documentos que no son oficiales y durante los eventos escolares / distritales.				
Firma:		Fecha:	Parentesco:	
Padre	Apellido:		Nombre:	
	Tel. celular:			
	Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):		Ciudad, Estado, Código postal:	
Teléfono residencial:				
Empleador:		Teléfono de trabajo:		Correo electrónico del padre:
Otro padre	Apellido:		Nombre:	
	Tel. celular:			
	Dirección residencial (si es diferente a la de el o la estudiante):		Ciudad, Estado, Código postal:	
Teléfono residencial:				
Empleador:		Teléfono de trabajo:		Correo electrónico del padre:
Permiso / Contacto autorizado	Escriba los nombres de las personas a quienes podemos dejar salir a su hijo(a) o a quienes podemos contactar si no podemos localizarle. NINGÚN ESTUDIANTE SERÁ ENTREGADO A ALGUIEN QUE NO ESTÉ EN LA LISTA DE ABAJO. Ambos padres designarán las personas autorizadas para recoger al niño o niña de la escuela en la Hoja de Contactos de Emergencia. Al seleccionar una persona para recoger a su hijo(a), tome en cuenta que sea alguien preparado para manejar cualquier necesidad médica específica que su hijo(a) pueda necesitar. Por la presente, yo/nosotros autorizo/autorizamos contactar, divulgar información relacionada con la emergencia, o entregar a mi/nuestro hijo(a) a las siguientes personas en caso de enfermedad, evacuación u otra emergencia que pueda ocurrir mientras mi/nuestro hijo(a) esté en la escuela.			
	Nombre:		Parentesco:	
	Teléfono:			
Declaro que la información en esta hoja es correcta y verdadera. Notificaré inmediatamente cualquier cambio a la oficina de la escuela.				
Firma:		Fecha:	Parentesco:	
La información personal provista en este formulario se mantendrá confidencial (en un área protegida) y el personal escolar solo la utilizará y divulgará según la necesidad.				

Hoja de Contactos de Emergencia del Estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Broward 2026-27

Este formulario debe actualizarse cada año

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Grado escolar: _____

Consentimiento para servicios de salud	Consentimiento para servicios de la clínica escolar: Atención y tratamiento de enfermedades y lesiones (p. ej.: Consultas a la clínica escolar por dolores de estómago o de cabeza, síntomas de resfriado/gripe, hemorragia nasal, vendas por cortes y rasguños, etc.). ☐ Sí , doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba atención médica de la enfermería escolar, personal de salud capacitado o personal escolar capacitado durante el día escolar y en actividades fuera de la escuela, incluyendo excursiones escolares. ☐ NO , entiendo que mi hijo(a) NO recibirá atención médica no urgente del personal de salud o del personal escolar. Si esta sección se deja en blanco o sin firmar, el personal de la escuela NO podrá atender a su hijo(a) a menos que sea una emergencia médica.		
	Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios de salud indicados arriba. Estoy consciente de que, si otorgo mi consentimiento, BCPS divulgará el expediente escolar de mi hijo(a) (que incluye la información médica) a proveedores de servicios de cuidados encargados de proporcionarle asistencia.		
	Firma: _____ Fecha: _____ Parentesco: _____		
	Exámenes de salud obligatorios del estado, F.S. 381.0056(3): Los estudiantes en grados en que se realizan pruebas estatales de detección obligatorias (Kindergarten, 1er grado, 3er grado y 6to grado) <u>recibirán</u> exámenes de salud específicos de visión, audición, crecimiento y desarrollo, y escoliosis, según lo dispuesto en el plan de servicios de salud del distrito. Un(a) estudiante estará exento(a) de cualquier examen de salud si el padre o tutor solicita una exención por escrito.		
Información médica	La información médica debe reportarse cada año escolar y cuando ocurran cambios. La información sobre los problemas de salud que se reportan en años anteriores no se considerará vigente a menos que se indique a continuación. Si marca que su hijo(a) tiene un problema de salud actual, debe completar el <i>Formulario de Revisión del Estado de Salud</i> Y presentar la documentación de un proveedor de la salud a la escuela de su hijo(a). ☐ Mi hijo(a) NO tiene o ya no tiene los problemas de salud enumerados a continuación Marque todos los problemas de salud que están vigentes y que han sido diagnosticados por un proveedor de la salud:		
	☐ TDA/DAH (ADD/ADHD, en inglés)	☐ Alergias (sin riesgo para la vida)	☐ Alergias (mortales)
	☐ Asma (actualmente toma medicamento diario o de emergencia)	☐ Autismo	☐ Trastorno hemorrágico
	☐ Cáncer	☐ Fibrosis quística	☐ Diabetes – Tipo 1
	☐ Diabetes – Tipo 2	☐ Trastorno renal	☐ Lupus
	☐ Problema de salud mental / conductual	☐ Epilepsia/ Trastornos convulsivos (SIN incluir convulsiones febriles)	☐ Enfermedad de células falciformes (NO rasgo de células falciformes)
☐ Otros (especificar): _____			
¿Usa su hijo(a) anteojos o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No			
¿Usa su hijo(a) audífonos? ☐ Sí ☐ No			
Seguro de salud	Marcar todos los casilleros correspondientes: ☐ Seguro de salud privado ☐ Florida KidCare/Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Ninguno		
	Si marcó NINGUNO, ¿nos da su autorización para enviar su nombre y teléfono a Florida KidCare Insurance con el fin de hacer una evaluación para saber si es elegible para la cobertura de seguro médico? ☐ Sí (firme aquí): _____ ☐ No		
Divulgación de información médica y emergencia	Por la presente, autorizo para que la información médica de mi hijo(a), la información de contacto de los padres, y otra información de salud (recogida por servicios de salud provistos por la escuela, incluso la información almacenada electrónicamente) se comparta con los funcionarios del departamento de salud para abordar situaciones de salud pública de importancia, incluso la información para enfrentar y prepararse para problemas potenciales o confirmados de salud. Para los estudiantes que reciben servicios de salud del personal de la escuela o el Distrito y/o los asociados contratados, también autorizo al Distrito a compartir la información de salud identificable de mi hijo(a) y datos demográficos relacionados con el Departamento de Salud de Florida para realizar supervisiones y garantizar el cumplimiento del programa en el Distrito y las escuelas, y evaluar la prestación de servicios.		
	Firma: _____ Fecha: _____ La información médica o de otro tipo se divulgará sin el consentimiento del padre/estudiante elegible en caso de una emergencia sanitaria, según lo permitido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). La escuela se contactará con los servicios médicos de emergencia cuando lo considere necesario. Se autorizará el transporte de emergencia a un centro de salud, según lo determinen los paramédicos.		
Información de salida escolar	Procedimientos de salida habitual: En un día normal, ¿cómo su hijo(a) se irá de la escuela?		
	☐ En carro	☐ En el autobús escolar	☐ En transporte público
	☐ Asistirá al programa de cuidado después de clases EN	☐ Asistirá al programa de cuidado después de clases FUERA	☐ A pie o en bicicleta a su casa
	Procedimientos de salida de emergencia: En caso de una tormenta severa u otra emergencia no programada le ha indicado a su hijo(a) a:		
Hermanos(as) y lengua materna	☐ Ir a la casa a pie	☐ En el autobús escolar (como siempre)	☐ En transporte público
	☐ Ir a la casa en carro solo con sus padres	☐ Ir a la casa en carro con la persona indicada o autorizada de la lista de contactos	
	Apellido: _____	Nombre: _____	Grado escolar: _____
	_____	_____	_____
Encuesta	Por favor, haga una lista de otros idiomas que se hablan en el hogar: _____		
	Ayúdenos a entender las necesidades de nuestra comunidad escolar respondiendo las siguientes preguntas.		
	¿Tiene su hijo(a) acceso a una computadora en la casa?	☐ Sí ☐ No	
	¿Tiene acceso a la internet en la casa?	☐ Sí ☐ No	
	¿Tiene su hijo(a) acceso a la internet desde la computadora de casa?	☐ Sí ☐ No	
	¿Tiene acceso a la internet fuera de la casa?	☐ Sí ☐ No	
Por favor, indique su método de contacto preferido: ☐ Llamada telefónica ☐ Texto ☐ Correo electrónico			