



## Tarjeta de Información Anual de Emergencia sobre el Estudiante para el Año Escolar 2011-12

Esta tarjeta debe ser completada y firmada por los padres/encargado cada año escolar

Favor de notificar a la escuela de su hijo si alguna de la información, cambia durante el año escolar

Escuela:		Maestro:		# ID del Estudiante:	Grado:
Enfermera de Revisión de la Escuela:			Fecha de Revisión:		Acción:
<b>Padres/Encargado- Favor de completar todo (letra de molde), marcar las casillas apropiadas, firmar con fecha, y devolverla a la escuela.</b>					
Apellido Legal del Estudiante:		Nombre:		Segundo Nombre	
También conocido como (alias): Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año ____/____/____			¿Esta su hijo cubierto por?: ___ Seguro de Salud Privado ___ Medicaid ___ Healthy Kids/Kid Care ___ No tiene seguro	
¿Vive el estudiante con sus padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser no, nombre/parentesco del encargado:				# de teléfono del estudiante:	
¿Proveo la orden de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿La orden de restricción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Dirección donde reside el estudiante:			# Apt	Dirección Postal del Estudiante (si es diferente al lugar donde reside)	
Ciudad			Estado	Código Postal	
			# Apt		
Ciudad			Estado	Código Postal	
¿Es esta una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

<b>Contactos e Información para Caso de Emergencia (Si fuera necesario puede agregar otra hoja)</b>						
Nombre del Padre/Encargado (Incluya la dirección si es diferente al lugar donde reside el estudiante)		# Tel.	# de Trabajo	Celular	Autorizado para recoger al estudiante	Custodia Legal
Nombre de la Madre/ Encargada Dirección, si es diferente					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre del Padre/ Encargado Dirección, si es diferente					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro (Nombre/ Parentesco) Dirección, si es diferente					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>En caso de emergencia: Si los padres/encargado no pueden ser localizados, notifique a las personas más abajo listadas.</b>						
Contacto de Emergencia (Nombre/ Parentesco)					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contacto de Emergencia (Nombre/ Parentesco)					Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Favor de proveer los nombres de otros hijos que asisten a las Escuelas Públicas del Condado de Collier			Nombre de la escuela del Distrito a la que asiste actualmente:			

**FAVOR DE COMPLETAR LA INFORMACION IMPORTANTE AL LADO OPUESTO**



# Tarjeta de Información Anual de Emergencia sobre el Estudiante para el Año Escolar 2011-12

Esta tarjeta debe ser completada y firmada por los padres/encargado cada año escolar

Favor de notificar a la escuela de su hijo si alguna de la información, cambia durante el año escolar

## Información Médica y de Salud del Estudiante

Nombre del Doctor del Estudiante:

# Teléfono:

Nombre del Dentista del Estudiante:

# Teléfono:

¿Tiene su hijo alguna condición de salud del cual el personal escolar deba percatarse?  No  Sí

Favor de describir dicha condición y el tipo de asistencia requerida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna restricción en alguna actividad?  No  Sí De ser sí, favor de explicarla: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna alergia?  No  Sí – De ser sí, lístela \_\_\_\_\_

¿Requiere la alergia medicamentos de salvamento?  No  Sí - ¿Qué clase de medicamento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe los síntomas y tratamientos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Le ha dicho el doctor que su hijo tiene asma?  No  Sí De ser sí, ¿Cuándo fue diagnosticado? \_\_\_\_\_

¿Requiere el medicamento para asma en la escuela?  No  Sí De ser sí, ¿Cuales son los medicamentos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo requiere medicamentos en la escuela con regularidad?  No  Sí De ser sí, cuales son estos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Un formulario de Autorización Médica, completado y firmado, debe ser presentado a la escuela antes de poderle administrar medicamentos.)*

**Declaración de Privacidad:** La Junta del Distrito Escolar del Condado de Collier (CPS) provee primeros auxilios y responde a emergencias de lesiones y enfermedades en las Escuelas Públicas y provee servicios de salud a estudiantes en sociedad con el Departamento de Salud del Condado de Collier (CCHD), Sistema de Cuidado de Salud NCH, Inc. y el personal de cuidado móvil Ronald McDonald. A esta sociedad se le exige bajo la Ley mantener la privacidad de información protegida sobre la salud de su hijo/a. La Notificación del Distrito sobre las Prácticas de Privacidad le informa a usted como la protección de información de salud de su hijo/a puede ser utilizada, como la información es mantenida privada y confidencial y explica los deberes y las prácticas legales relacionados a la información protegida de salud. Esta notificación sobre las prácticas de privacidad, está a su disposición por petición suya y está disponible en la escuela de su hijo/a.

Al firmar este documento, yo reconozco y estoy de acuerdo que la información contenida en esta tarjeta puede ser compartida con el personal escolar apropiado, con otros profesionales de cuidado de salud de acuerdo con la Ley de *Health Insurance Portability and Accounting Act* (HIPPA), basado en la necesidad de conocer sobre la salud y seguridad de mi hijo/a.

**Consentimiento de Padres/encargado:** Por mi firma registrada más abajo, yo acepto la responsabilidad de notificar a la escuela de mi hijo/a de cualquier cambio en la dirección o teléfono de mi casa o lugar de trabajo en caso de que ocurra alguna emergencia. Yo comprendo que el EMS (911) será avisado cuando haya una emergencia, la cual requiere evaluación o transporte a mi hijo/a para tratamiento médico y que yo asumiré la responsabilidad de pagar por los servicios de EMS. En caso de un accidente o enfermedad, donde tratamiento de emergencia inmediata no es necesaria, pero mi hijo/a no puede permanecer en la escuela, yo solicito que la escuela contacte a los padres/encargado nombrados más arriba. De ser imposible localizar a los padres/encargado solicito que una de las personas de contacto listado en la tarjeta sea contactado para recoger o cuidar a mi hijo/a, hasta que yo pueda ser localizado. También autorizo al Distrito Escolar del Condado de Collier, a sus empleados designados, voluntarios y agentes contratados, representativos y personas para proveer cuidado de salud e investigaciones de salud por mandato del estado y cuando sea necesario, cuidado de emergencia para mi hijo/a y de intercambiar información médica como sea necesaria para apoyar el cuidado continuo de mi hijo/a. Además si mi hijo/a está cubierto por *Medicaid* y recibe servicios de Salud bajo el IEP, yo autorizo al Distrito Escolar que la cuenta sea enviada a *Medicaid* por los servicios prestados.

Al firmar este documento, certifico que toda la información médica de salud y emergencia es verdadera y exacta según mi entender y también reconozco que he identificado que mi hijo/a tiene una condición médica o de salud que pudiera requerir algún tipo de asistencia o supervisión mientras que él/ella asiste a la escuela y que es mi responsabilidad contactar al Director/a de la escuela y a la enfermera de la escuela para que ellos estén conscientes de la condición médica o de salud de mi hijo/a y discutir un posible plan de cuidado en la escuela.

Nombre del Padre/Encargado

Firma

Parentesco

Fecha

### FAVOR DE COMPLETAR LA INFORMACION IMPORTANTE AL LADO OPUESTO