



Hoja de información del alumno

Distrito Escolar del Condado de Putnam

Número estudiantil de Florida

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

NOMBRE DEL MAESTRA/O _____ NÚMERO DE ALMUERZO _____

EDAD _____ GRADO _____ SEXO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional) _____

De conformidad con la Ley de Florida 119.071(5)(a), el distrito escolar emite esta notificación con respecto a la finalidad de la recolección y el uso de los números de seguro social. El distrito escolar recoge los números de seguro social para su uso en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades distritales. Para proteger la identidad, el distrito escolar resguardará los números de seguro social del acceso no autorizado. El distrito escolar nunca dará a conocer los números de seguridad social a personas no autorizadas.

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

HIJO DE UNA FAMILIA DE MILITARES SÍ ___ NO ___ CIUDAD _____ CONDADO _____ ESTADO _____

RAZA: BLANCO ___ NEGRO ___ HISPANO ___ INDÍGENA ___ ASIÁTICO ___ MULTIRRACIAL ___

ESCUELA A LA ASISTIÓ POR ÚLTIMA VEZ _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

(INCLUYA EL NOMBRE DE CUALQUIER ESCUELA PÚBLICA O PRIVADA)

¿EL ESTUDIANTE HA ASISTIDO A UN GRADO PRE-K O K-12 EN UNA ESCUELA PÚBLICA DE FLORIDA? SÍ ___ NO ___
¿EL ESTUDIANTE ESTÁ EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EXCEPCIONAL? SÍ ___ NO ___ TERAPIA DEL HABLA SÍ ___ NO ___
ESTADO DE EXPULSIONES O DETENCIONES PREVIAS QUE DIERON LUGAR A UN CARGO Y MEDIDAS DE JUSTICIA JUVENIL, Y CUALQUIER REFERENCIA A SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____ OCUPACIÓN _____

NÚMERO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____

TELÉFONOS DE EMERGENCIA _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ CÓD. POSTAL _____

DIRECCIÓN 911 _____ CIUDAD _____ CÓD. POSTAL _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR _____ OCUPACIÓN _____

NÚMERO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____

TELÉFONOS DE EMERGENCIA _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ CÓD. POSTAL _____

DIRECCIÓN 911 _____ CIUDAD _____ CÓD. POSTAL _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

EL ALUMNO VIVE CON: AMBOS PADRES ___; PADRE ___; MADRE ___; OTRO ___

DÉ INSTRUCCIONES PARA LA DIRECCIÓN 911 DEL ESTUDIANTE: _____

FIRMA _____ FECHA _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ ESTE EL DÍA _____ de _____ de 20 ____

(Firma del notario público del estado de Florida)

Conocido personalmente ___ O Identificación producida ___
Tipo de identificación producida _____

(Imprima, escriba o estampe el sello del nombre del notario público encargado)

* POR FAVOR, LLENE EL ANVERSO Y EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO *

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SEA UNO DE LOS PADRES _____
NÚMERO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN 911 _____ CIUDAD _____ ZIP _____
PARENTESCO CON EL NIÑO _____ N.º DE TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____

SEGUNDA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA QUE NO SEA UNO DE LOS PADRES _____
NÚMERO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN 911 _____ CIUDAD _____ ZIP _____
PARENTESCO CON EL NIÑO _____ N.º DE TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____

NOMBRES DE HERMANOS Y HERMANAS EDAD: GRADO: ESCUELA:
VIVEN EN EL HOGAR: _____

SI EL NIÑO VIAJA EN AUTOBÚS: NÚMERO DEL BUS _____ CONDUCTOR _____
SI EL NIÑO NO VIAJA EN AUTOBÚS, ¿CÓMO LLEGA A LA ESCUELA? _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LOS PADRES

Autorizo / No autorizo (marque su opción con un círculo) a la escuela para que obtenga servicios médicos necesarios para mi hijo/a, _____ en caso de que no se me pueda localizar. El medico de mi hijo/a es: _____ Número de teléfono: () _____.

FIRMA _____ FECHA _____

Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Putnam a divulgar e intercambiar información confidencial de mi hijo/a a agencias del estado de Florida que permita a las Escuelas del Distrito de Putnam verificar la elegibilidad de Medicaid, facturar a Medicaid por los servicios reembolsables del Programa de Fondos Escolares Correspondientes para Escuelas con Certificación a los que se hace referencia en el plan de educación individual (PEI) del niño y recibir el reembolso de Medicaid por loa servicios de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE) que proporciona a mi hijo/a en la escuela. Entiendo que mi hijo seguirá recibiendo los servicios especificados en su PEI, ya sea que dé o no dé mi consentimiento.

FIRMA _____ FECHA _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EXÁMENES MÉDICOS

Por este medio doy mi consentimiento para que mi hijo/a, _____ participe en exámenes de servicios de salud escolar realizados durante el año escolar. Dichos exámenes pueden incluir la medición de la altura, el peso, la visión, la audición, la presión arterial, la observación de la escoliosis (curvatura de la columna) y la evaluación de enfermería de problemas de salud presuntos o reales.

Queda entendido que ningún tratamiento se administrará sin el permiso adicional de los padres. A los padres se les notificará acerca de cualquier problema detectado.

Por favor, indique cualquier problema, afección o medicamento que pueda afectar el progreso de este niño/a en la escuela o la participación en educación física u otras clases.

FIRMA _____ FECHA _____