



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 \_\_\_\_\_