

Nombre de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Ultimo Primer Segundo Nombre

Direccion de Casa _____ Telefono de Casa _____

Direccion de Coreo Postal (si es diferente de direccion de casa) _____

Escuela Corriente _____ Grado (____ año de escuela) ____ Professor _____

Esuela Anteriores _____ Ciudad _____ Estado _____

Madre/Guardian _____ Telefono de Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Padre/Guardian _____ Telefono De Casa _____ Celular _____

Trabajo/Horas: desde ____ - asta ____ Telefono de Trabajo _____ Correo Electronico _____

Idioma Preferido _____

Proveer informacion de 3 personas qu usted da permiso a transporter a su hijo/hija (identificación mandatoria):

	Nombre	Relacion	Telefono	Celular
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Medico de Familia _____ Telefono _____

Dentista de Familia _____ Telefono _____

El nino/nina esta con Medicaid? ____ Servicios Medicales de Ninos? ____ Otro? _____

Allergias _____ Lentes ____ Lentes de Contactos _____

Otras Precupaciones de Salud / Instrucciones Specificas / Medicaciones Requeridas, etc.

____ Alerta de Custodia _____

Carta de Saludo de Emergencia

El Servicio Plan de Salud ase una provision en record de salud, consultacion de enfermera, tratamiento de emergencia y no invasion cribado (escuchando, mirando, escoliosis, altura y peso). Si algun pariente desea sacar su hijo/hija de cribado lo necesita acer en documento. Examenes comiensen el comuinso de Octubre de cada ano de escuela. Cribado de temperatura sera echo si es nessesario. Pariente o guardian tiene la responsabilidad para acer una lista de allegrias de su hijo/hija en este documento.

En caso serio de danho o enfermedad que necesita tratamiento, la escuela y los representantes tienen mi permiso para contactar servicios de emergencia. El servicio de emergencia medica tiene mi permiso adar tratamientos o transporter a mi hijo/hija. Yo tambien voy a ser contactado de parte de la situacion. Yo sero responsable a pagar los costos.

En caso de accidente o enfermedad que necessita tratamiento al momento mi hijo/hija no esta indicado , pero puendo seguir en la escuela, queiro que la escuela me contacte o persona designada para transporter a mi hijo/hija. Si la escuela no me puedo contactar, pedo que contacten una persona de mis lista de contactos y que quieden a mi hijo/hija. En el evento que nadie de mis lista de contactos esta disponible, entonces servicio de emergencia publica puede ser contactado para asistir y possiblemente ser transportado y tratado. Yo entiendo que yo necesito notificar la escuela si ay cambios de salud en el documento de informacion.

Yo entiendo que ciertos documentos educasionales de mi hijo/hija seran parte de el Distrito y los companiores de salud necesitados para evaluar el servicio de salud de mi estudiante. Yo tambien entiendo y confirm que los records de tratamiento creada con una persona de servicios de salud y la escuela puede compartir lo con oficiales de el distrito que tienen una reson legitima para razones educasionales.

Dato: _____ Nombre de Pariente/Guardian: _____

(PORFAVOR LLENE LOS DOS LADO DE ESTA DOCUMENTO)

La Boarde de Liberty County, Florida, complae com el State Statues on Veteran's Preference and Federal statue que no discrimina lo bases de raza, color, sexo, religion, origin nacional, edad, desibilidades, stado de casamento, o orientasion de sexo.
