



Escuela chárter de Marion

Formulario de Contacto, Médico y de Emergencia

39 Cedar Road, Ocala, FL 34472

(352) 687-2100 - teléfono *(352)687-2700 fax

2024-2025

Uso de oficina:
Fecha- _____
Estudiante # _____
Maestro- _____

Este formulario debe ser completado anualmente por el padre/tutor SOLAMENTE. Por favor, notifique a la escuela de cualquier cambio en esta información durante todo el año escolar.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: por favor escriba en letra legible

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Jr., II, etcétera.:	
Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Edad:	Grado:	Género:	
Dirección de residencia:	Apropiado:	Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Dirección postal:	Apropiado:	Ciudad:	Estado:	Cremallera

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR:

Nombre legal de la madre/tutor:	Lugar de empleo:	Teléfono de trabajo:
Dirección (si es diferente de la casa) Dirección de correo electrónico:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:
Nombre legal del padre/tutor:	Lugar de empleo:	Teléfono de trabajo:
Dirección (si es diferente a la de casa) Dirección de correo electrónico:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL ESTUDIANTE:

EL ESTUDIANTE VIVE CON: (MARQUE O) Ambos Padres Padre Otro: _____

(ADJUNTAR cualquier orden de restricción o alegato judicial similar que prohíba el acceso de los padres. Si hay un plan de crianza adoptado por el tribunal vigente, adjunte una copia)

OTROS HERMANOS/HERMANAS MATRICULADOS EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MARION

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Grado: _____	Grado: _____	Grado: _____

PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD Y/O NECESIDADES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA EN LA ESCUELA

<input type="checkbox"/> NINGUNO – El estudiante no tiene condición(es) de salud o necesidad(es) médica(s) conocida(s)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Trastorno renal (especificar) _____
<input type="checkbox"/> TDAH/TDA	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística (TEA)	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística
<input type="checkbox"/> Alergias potencialmente mortales (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1
<input type="checkbox"/> Alergias que no ponen en peligro la vida (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2
<input type="checkbox"/> Asma: antecedentes de asma SOLAMENTE	<input type="checkbox"/> cancer (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Sonda de alimentación para (especificar) _____
<input type="checkbox"/> OTROS: _____	<input type="checkbox"/> afección cardíaca (especificar) _____	<input type="checkbox"/> hipoglucemia
	<input type="checkbox"/> Lupus (LES)	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo / Epilepsia
		<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
		<input type="checkbox"/> Espina bífida
		<input type="checkbox"/> Traqueostomía
		<input type="checkbox"/> trastorno de salud mental/conductual (especificar) _____

Servicios médicos necesarios en la ESCUELA: (autorización del padre / tutor y se requiere orden del médico)

Solo para uso escolar: Recibido antes de _____ Fecha _____ Revisado por enfermera _____ Fecha Comentarios en el reverso

TODA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR DEBE SER VERIFICADA Y ACTUALIZADA POR EL PADRE/TUTOR UTILIZANDO SKYWARD FAMILY ACCESS, SI NO TIENE UNA CUENTA, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE LA ESCUELA.

RECOGIDA DE NIÑOS/EMERGENCIAS: Estoy de acuerdo en que la escuela puede entregar a mi hijo a las siguientes personas y proporcionar información pertinente relacionada con esta liberación. Se eliminarán todos los contactos anteriores que no se enumeren a continuación. **Ingrese los nombres de contacto tal como aparecerían en la licencia de conducir.** Los contactos deben actualizarse anualmente.

Nombre completo: _____	Relación: _____	Phone: _____
------------------------	-----------------	--------------

Entiendo y acepto lo siguiente;

- Los registros y la información de My Child's pueden compartirse con los socios de atención médica de las Juntas Escolares según sea necesario para proporcionar y evaluar los servicios de atención médica.
- Si mi hijo es o llega a ser elegible para Medicaid, los servicios reembolsables se pueden facturar a Medicaid y la información y los registros de mi hijo se pueden proporcionar a Medicaid y/o a los agentes de procesamiento de Medicaid de la Junta Escolar o a los socios de atención médica de la Junta Escolar. El consentimiento para la facturación médica puede ser revocado en cualquier momento y si se revoca el consentimiento, estos servicios se proporcionarán sin costo alguno.
- En caso de emergencia, mi hijo puede ser transportado por los Servicios Médicos de Emergencia a un hospital y recibir tratamiento, y yo soy responsable de los cargos relacionados con el transporte y el tratamiento médico.
- Mi hijo/a participará en el Programa de Servicios de Salud Escolar. Si deseo que mi hijo opte por no participar en alguno de los Servicios de Salud Escolar, proporcionaré una carta escrita al director de la escuela. Para obtener más información sobre nuestro programa de Servicios de Salud Escolar, visite www.marionschool.net/HealthServices.

Estudiante de Medicina (impreso) : _____ Número de teléfono del médico: _____
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____ Firma del padre/tutor: _____