



Distrito Escolar del Condado de Indian River
Forma de Salud Escolar/Bienestar 2019-2020
PARA SALON DE SALUD UNICAMENTE

Escuela: _____ N° de ID: _____

Nombre Legal del Estudiante (letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____ Grado del Estudiante: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

1^{er} Teléfono: _____ 2^o Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

1^{er} Teléfono: _____ 2^o Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Autorización para recoger: Sí No

Parentesco: _____ 1^{er} Teléfono: _____ 2^o Teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Autorización para recoger: Sí No

Parentesco: _____ 1^{er} Teléfono: _____ 2^o Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Todos los diagnósticos médicos / condiciones actuales y las restricciones de actividad requieren la documentación del proveedor de atención médica con licencia del estudiante cada año escolar. Por favor, consulte al Asistente de Salud de la escuela para los formularios requeridos. Es responsabilidad de los padres proporcionar la documentación médica requerida al distrito escolar.

Alergias: _____

Proveedor de atención médica _____ Teléfono _____

Evaluaciones de salud: visión, auditiva, BMI y/o Escoliosis se les proporcionan a los estudiantes en base a mandatos del estado.
<input type="checkbox"/> Marque con sus iniciales en el cuadro solamente si Ud. NO quiere que se hijo (a) participe en las evaluaciones de salud
<input type="checkbox"/> Marque con sus iniciales en el cuadro únicamente si Ud. NO autoriza al Distrito Escolar del Condado de Indian River, Florida ha no liberar o intercambiar la información confidencial a agencias del estado de Florida las cuales le permitirán a las Escuelas del Condado de Indian River verificar elegibilidad para Medicaid, mandar cobros a Medicaid para reembolso de servicios Escolares Certificados Similares indicados en el Plan Individual de Educación (IEP) y recibir reembolso de Medicaid por servicios de Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE) que se le proporcionen a mi hijo (a) mientras este en la escuela. Yo entiendo que mi hijo (a) continuara recibiendo servicios mencionados en su IEP de o no de mi consentimiento.
<small>“La información mencionada en la parte de arriba es correcta y se compartirá en base a como sea necesario verbalmente/por escrito/electrónicamente. Yo sé que es mi responsabilidad informarle a la escuela todos los cambios. En caso de accidente/enfermedad, se harán esfuerzos para informar a los contactos de custodia/emergencia. Si el intento de contacto no tiene éxito, después de tiempo razonable, la escuela está autorizada para manejar la emergencia conforme al entrenamiento y dirección bajo el estatuto FS743.064 de Florida.”</small>

Nombre de Padre/Guardián: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____