



Distrito Escolar del  
Condado de Indian River

“Una Unión con la ComUNIDAD Para Excelencia Educativa”

Forma de Salud Escolar/Bienestar 2017-18  
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: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Autorización para recoger:  Sí  No

Parentesco: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Autorización para recoger:  Sí  No

Parentesco: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico Actual/Condiciones: \_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos que su estudiante tiene que tomar en la escuela regularmente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de Todas las Alergias: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna limitación para actividades físicas?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

**Las restricciones en actividades requieren instrucciones por escrito por parte del doctor del estudiante.**

**Evaluaciones de salud:** visión, auditiva, BMI y/o Escoliosis se les proporcionan a los estudiantes en base a mandatos del estado.

Marque con sus iniciales en el cuadro solamente si Ud. **NO quiere** que se hijo (a) participe en las evaluaciones de salud

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.

“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.”

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_