



Número de estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido (legal)	Sufijo del nombre	Primer nombre (legal)	Segundo nombre (legal)
Nombre preferido		Documentación legal (ejemplo: custodia, orden de restricción, etc.) Si no hay ninguna alerta legal: Ingrese "N/A" Proporcione información de respaldo	
Padre/Tutor - Correo electrónico principal	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Teléfono principal
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Dirección postal	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
¿Necesita que los comunicados sean en otro idioma diferente del inglés?			
No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Vietnamita			
Medicamentos que toma actualmente (Recetados y de venta libre)			
Antecedentes médicos/Limitaciones físicas			
Alergias a medicamentos, alimentos u otras sustancias.			
Medicamentos	Alimentos (Enlace del formulario de solicitud de dieta. Complételo y entréguelo a la escuela*)		Otras sustancias

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Enumere al padre/madre/tutor en orden de prioridad de contacto).

Apellido	Nombre	Relación	Recogerá <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular	Empleador	Teléfono laboral

Apellido	Nombre	Relación	Recogerá <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de residencia	Apto. Nº	Ciudad	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular	Empleador	Teléfono laboral

CONTACTOS ADICIONALES EN LA PÁGINA SIGUIENTE

**Debe presentarse un comprobante que acredite la dirección ante la Oficina de registros de la escuela para que el cambio se realice oficialmente en el sistema.

*Formulario de solicitud de dieta - Los padres/tutores deben completar y firmar el frente del formulario en su totalidad. Es necesaria una firma que autorice la divulgación de información médica en caso de que sea necesario contactar al médico con respecto a dietas relacionadas con discapacidades médicas.

Nombre del estudiante: _____

Número de estudiante: _____

CONTACTOS ADICIONALES

Apellido	Nombre	Relación	Teléfono de	Custodia	Recogerá
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES:

De conformidad con el Estatuto de Florida 1001.42, HB 1557: Un padre/tutor DEBE autorizar los servicios de salud: La autorización DEBE completarse para los servicios en la clínica y otros servicios de evaluación de la salud. Por la presente doy mi consentimiento para que este niño participe en los siguientes servicios de salud de OCPS: Marque con un círculo sí o no al lado de cada servicio.

OPCIÓN	SERVICIO	OPCIÓN	SERVICIO	OPCIÓN	SERVICIO
SÍ NO	Servicios en la clínica de la escuela	SÍ NO	Examen de Visión	SÍ NO	Prueba de Audición
SÍ NO	Evaluación de Escoliosis	SÍ NO	Crecimiento y Desarrollo		

Servicios de Salud Mental: se pueden proporcionar referidos para servicios de consejería de salud mental a través del personal de OCPS o colaboradores comunitarios. Estos referidos requieren el consentimiento de los padres al momento de los servicios.

Instrucciones para completar el documento digital de autorización:

1. Inicie sesión en el Portal para Padres de OCPS: <https://parents.classlink.com/ocps>
2. Complete los formularios de Consentimiento de los Padres

En caso de una EMERGENCIA, entiendo que la escuela accederá de inmediato al sistema médico de emergencia 911. Para agilizar la atención, doy mi permiso para que el personal de la escuela proporcione información médica al equipo de respuesta de emergencia para iniciar el tratamiento y el transporte a un centro apropiado. Doy mi permiso para que el equipo médico y personal apropiado inicien el tratamiento inmediatamente después de llegar al centro apropiado. Solicito que me notifiquen sobre la condición y la admisión de mi hijo lo antes posible. Si no pueden comunicarse conmigo, solicito que el centro de admisión notifique a una de las otras personas mencionadas anteriormente sobre la condición y la admisión de mi hijo. Acepto ser financieramente responsable del tratamiento y transporte total de mi hijo.

Para un niño con un Plan Educativo Individual (IEP) o que recibe servicios relacionados con Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE), autorizo a la Junta Escolar del Condado Orange en Florida, a divulgar e intercambiar la información confidencial de mi hijo con agencias del Estado de Florida, lo que permitiría a las Escuelas Públicas del Condado Orange verificar la elegibilidad para Medicaid, facturar a Medicaid por reembolso de servicios en el Programa Certificado de Igualar Fondos Escolares en el IEP de mi hijo y recibir el reembolso de Medicaid por los servicios de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE) que brinda a mi hijo mientras está en la escuela. Entiendo que mi hijo seguirá recibiendo los servicios a los que se hace referencia en su IEP, ya sea que dé mi consentimiento o no. Favor de llevar la tarjeta de Seguro Social del estudiante al Registrador de la escuela para finalizar la autorización.

Al firmar este formulario, acepto y reconozco los términos del mismo.

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha:

*La Junta Escolar del Condado Orange en Florida, está autorizada a recopilar los números de seguro social ("SSN") de los estudiantes según lo establecido en las Secciones 1008.386 y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Proporcionar el número de Seguro Social (SSN) de un estudiante en el formulario de inscripción es opcional y no se requiere como condición para la inscripción dentro del Distrito. Cualquier SSN proporcionado en relación con la inscripción solo se utilizará con fines de investigación, informes y registro. La recopilación del SSN no se utilizará para aplicación de inmigración. Proporcionar el SSN del estudiante a la Junta Escolar del Condado Orange en Florida para estos fines significa que usted acepta el uso del SSN del estudiante de la manera descrita.

El Estatuto de Florida §837.06 establece que quien a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un servidor público en el desempeño de su deber oficial será culpable de un delito menor de segundo grado.

(Este formulario es efectivo hasta el primer día del próximo año escolar o un año a partir de la fecha de la firma, lo que ocurra más tarde.)