

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / Recepción de Información

Estimados padres/tutores:

***Para el año escolar, los padres / tutores deben completar el paquete de inscripción inicial.** A continuación se enumeran los contenidos que se incluyen en el paquete de inscripción del Distrito Escolar del Condado de Jefferson. Si se inscribe a un estudiante por primera vez en este distrito, tendrá que rellenar cada formulario que aparece. Si su hijo ya está inscrito en el distrito escolar, por favor, sólo llenar los formularios anuales. Si usted no puede entender cualquiera de las formas, no hay un intérprete en el lugar que lo necesite.

Inscripción Inicial

Actualización anual de información del estudiante

1. Notificación de Número de Seguro Social Recopilación y uso (inicial)
2. Antes Formulario de Disciplina (inicial)
3. Formulario de Inscripción para Estudiantes (inicial)
4. Permiso para Publicar (inicial)
5. Encuesta sobre idiomas (inicial)
6. Estudiante Cuestionario de ReSidencia (anual)
7. Solicitud de divulgación de expedientes académicos (inicial)
8. Contrato Estudiante Network (Todos los estudiantes nuevos, jardín de infancia, 6th y 9th)
9. Formulario de Datos del Estudiante (Anual)
10. Emergencia y Medicina Formulario de Información (Anual)
11. Supervisada Campo y Actividad Viajes Formulario Tratamiento Médico de Emergencia (Anual)

Es responsabilidad de los padres / tutores para proveer a la escuela con las copias de los registros de vacunación del estudiante, certificado de nacimiento, y un examen físico reciente al momento de inscripción. Se solicita una tarjeta de seguro social, pero no es obligatorio.

1. Registros de vacunación
2. Certificado de Nacimiento
3. Física
4. Tarjeta de Seguro Social (No Requerido)

Además, entiendo que todas las formas anteriores, así como manual de la escuela de mi hijo, el Código Estudiantil del Condado de Jefferson de la política de conducta están disponibles para su revisión en www.jeffersonEscueladistrict.org - **haga clic en Formularios y Enlaces**. En el caso de que yo no tengo acceso a una computadora, entiendo que hay computadoras disponibles en la biblioteca de la escuela, etc.

También entiendo que una copia impresa del formulario podrá ser recibida por cualquiera de imprimir desde el Sitio web o solicitando una copia a la oficina de la escuela.

Gracias por completar los formularios de información y devolverlos a la secretaria de la escuela usted. Esto nos ayuda a proporcionar un entorno seguro y propicio para el aprendizaje de su hijo.

Nombre del Estudiante 's

Apellido del estudiante's

Escuela

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / Notificación de SSN Recopilación y uso

En cumplimiento de la Ley de Florida 119.071 (5), la Junta Escolar del Condado de Jefferson emite esta notificación con respecto a la finalidad de la recogida y uso de número de seguro social de un individuo.

La Junta Escolar del Condado de Jefferson reconoce que el número de seguro social de un individuo es una forma única de identificación que puede ser utilizado para obtener información sensible con respecto a ese individuo en particular. Sin embargo, como lo requiere la Ley de Florida 1008.386, la Junta debe solicitar que cada estudiante matriculado en el distrito de proporcionar su número de seguro social y debe usar el número de Seguro Social en el Sistema de información de gestión.

La Junta reconoce, además, que, en determinadas circunstancias, tanto en lo que un empleador y un centro de enseñanza, la colección de números de la seguridad social es necesaria para poder llevar a cabo adecuadamente sus funciones y obligaciones y para garantizar que este tipo de tareas y funciones se llevan a cabo con precisión y eficiencia. Debido a la naturaleza sensible de número de seguro social de un individuo, la Junta garantizará los números de Seguro Social del acceso no autorizado y nunca los dará a conocer a terceros no autorizados. Cada estudiante y el empleado se les dará un número de identificación único a efectos de notificación a menos que la ley lo.

La Junta Escolar del Condado de Jefferson recoge su número de seguro social sólo para los siguientes fines:

| Propósito | Autoridad estatutaria | Mandato, autorizado, o Imperativo empresarial |
|---|--|--|
| Identificación y gestión de verificación de identidad | Sec. 119.071(5)(a)(2)(a)(III), Fla. Stat. 1008.386, Fla. Stat. | Bajo mandato |
| Procesamiento Beneficio | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| La recolección de datos, la reconciliación y el seguimiento | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Declaración de impuestos | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Verificación de antecedentes penales | Sec. 119.071(5)(a)(2)(a)(III), Fla. Stat. | Imperativo empresarial |
| Facturación y pagos | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Administración de nómina | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Embargos | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Educación estatal y federal y los informes de empleo | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Los programas de ayuda financiera | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Las aplicaciones de proveedor | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Los contratistas independientes | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Solicitudes de empleo | Sec. 6109, I.R.C. | Bajo mandato |
| Gestión de expediente académico del estudiante - La admisión de estudiantes | Sec. 119.071(5)(a)(2)(a)(III), Fla. Stat. 1008.386, Fla. Stat. | Imperativo empresarial |
| Solicitudes de voluntarios | No aplicable | Autorizado, Política JCSB 5.108 |

Adicionalmente, la legislación federal en relación con el Crédito Tributario Hope requiere que todas las instituciones de educación superior informan el número de Seguro Social de todos los estudiantes de educación superior para el Servicio de Impuestos Internos. Este requisito IRS hace que sea necesario para el Condado de Jefferson Escuela de Adultos (JCAS) para recoger el número de Seguro Social de todos los estudiantes de educación superior matriculados. Un estudiante puede negarse a revelar su / su número de Seguro Social de la JCAS, pero se niega a cumplir con el requisito federal puede resultar en multas establecidas por el Servicio de Rentas Internas.

Todos los números de Seguro Social se encuentran protegidos por las regulaciones federales y nunca se liberan a personas no autorizadas.

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / Antes Formulario Disciplina

Estimado padre / tutor,

Se le pide que proporcione la siguiente información acerca de su hijo tras el registro en una escuela del condado de Jefferson.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Por favor, indique a continuación:

- | | | |
|----|----|--|
| Sí | No | Mi hijo ha tenido una expulsión escolar anterior. |
| Sí | No | Mi hijo se encuentra actualmente en la expulsión de la escuela. |
| Sí | No | Mi hijo tiene un historial de arrestos que resulta en una carga. |
| Sí | No | Mi hijo ha estado bajo la jurisdicción de Justicia Juvenil. |
| Sí | No | Mi hijo se encuentra actualmente en la justicia de menores Jurisdicción. |
| Sí | No | Mi hijo ha sido colocado en una escuela alternativa con anterioridad. |
| Sí | No | Mi hijo se coloca actualmente en una escuela alternativa. |

Sí usted contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, usted está obligado a analizar los antecedentes pertinentes con el director o su designado antes de completar la inscripción.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Formulario de Inscripción / Matriculación de alumnos inicial

Información del Estudiante

| | | | |
|---|------------------------------|--|---|
| <hr/> Nombre de pila | <hr/> Segundo nombre de pila | <hr/> Apellido | <hr/> Apéndice (Jr., Etc.) |
| <hr/> Seguro Social #: (si se conoce) | | <hr/> Estudiante Florida #: (si se conoce) | |
| <hr/> Dirección de la casa: | <hr/> Ciudad | <hr/> Estado | <hr/> Código postal |
| <hr/> Dirección postal: (sólo sí es diferente del domicilio) | <hr/> Ciudad | <hr/> Estado | <hr/> Código postal |
| Teléfono de la casa: _____ | Teléfono móvil: _____ | Sexo (M/F): _____ | Grado: _____ |
| Fecha de nacimiento del estudiante: _____ | Ciudad de nacimiento: _____ | Estado de nacimiento: _____ | País de Nacimiento: _____ |
| ¿Sí nació fuera de los EE.UU., ha tenido el estudiante unas tres o más años de educación en los EE.UU.? | | | Sí No |
| Fecha de ingreso EE.UU.: _____ | | Fecha entró por primera vez la Escuela EE.UU.: _____ | |
| ¿Es el estudiante Hispano o Latino? | | Sí No | |
| Raza: (Marque todas las que apliquen) | | | |
| Indian EE.UU. o Alaska | Asiático | Negro o afroamericano | Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico |
| | | | Blanco |
| ¿Ha asistido el estudiante del Distrito Escolar del Condado de Jefferson con anterioridad? | | | Sí No |
| ¿El estudiante ha estado inscrito previamente en FL Escuelas Públicas? | | | Sí No |
| ¿Se ha matriculado el estudiante en clases especiales en las escuelas anteriores? (Tales como ESOL, programa para niños dotados o especial Ed.) | | | Sí No |
| <hr/> Escriba el nombre y la dirección de la escuela anterior a continuación. | | | |
| <hr/> | | | |
| <hr/> | | | |
| Teléfono | | Fax | |

Información del Padre / Tutor

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------|
| El estudiante vive con | Ambos Padres (Misma dirección) | Madre | Padre |
| | Tutor (Relación) _____ | Responsabilidad compartida (Proporcione la documentación legal) | |
| <hr/> Nombre del padre | <hr/> Lugar de trabajo | <hr/> Ciudad | <hr/> Teléfono del trabajo |
| | | | <hr/> Teléfono celular |
| <hr/> Nombre del madre | <hr/> Lugar de trabajo | <hr/> Ciudad | <hr/> Teléfono del trabajo |
| | | | <hr/> Teléfono celular |
| Email Padre _____ | | Email Madre _____ | |
| ¿Se ha mudado en los últimos tres (3) años a buscar empleo como obrero pagado en cualquier tipo de cultivo (tepes, lácteos, pollo, verduras) o la pesca? | | | Sí No |
| ¿Es este un niño de una familia de militares? En caso afirmativo, por favor complete el formulario Estudiante Familia Militar? | | | Sí No |

Certificado de Residencia

El padre / tutor (s) que se enumeran más arriba son el individuo (s) adecuado para recibir las notificaciones y otras comunicaciones relacionadas con el progreso de la educación y la conducta de la escuela del menor mencionado. El padre / tutor (s) es / son la (s) adecuada para notificar en caso de cualquier emergencia relacionada con el hijo menor de edad mencionado.

Este certificado de residencia se hizo con el propósito de inscribir al hijo menor de edad por encima de cuando era estudiante en el sistema escolar público del condado de Jefferson, Florida. El padre / tutor (s) notificará al Distrito Escolar del Condado de Jefferson de cualquier cambio con respecto a cualquiera de las cuestiones expuestas anteriormente.

Por favor, marque aquí y complete la Residencia de Estudiantes, si usted siente que su hijo carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, y puede calificar como personas sin hogar

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA, Y CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA puede dar lugar a que mi hijo sea excluido de la escuela.

| | | |
|-------------------------------|----------------------|-------------|
| <hr/> Firma del Padre o Tutor | <hr/> Nombre Impreso | <hr/> Fecha |
|-------------------------------|----------------------|-------------|

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / encuesta sobre idiomas

Nombre del estudiante

Fecha

Escuela

Grado

Marque la casilla correspondiente para cada una de las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|-------|----|
| 1. ¿Es un idioma que no sea Inglés utilizado en el hogar? | Sí | No |
| 2. ¿Tuvo el estudiante un primer idioma que no sea Inglés? | Sí | No |
| 3. ¿Tiene el estudiante con mayor frecuencia habla un idioma que no sea Inglés? | Sí | No |
| 4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en el hogar? | _____ | |
| 5. ¿Cuál es la primera fecha de entrada en una escuela de Estados Unidos? | _____ | |

Relación de la persona que rellena la encuesta:

Madre

Padre

Tutor

Yo

Profesor

Abuelo

Firma de la persona que completa la encuesta

Fecha

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / Permiso para Publicar

Estudiante _____

Escuela _____

A lo largo del año escolar, nuestros estudiantes son fotografiados o grabados en video durante su participación en las actividades del aula / excursiones. Estas fotografías pueden ser utilizadas como guías de información boletines páginas juntas proyectos de clase / boletines / escuela / aula / escuela / periódicos.

Por favor dé su permiso para que su hijo sea fotografiado y grabado en vídeo como parte de estas experiencias educativas.

Sí, doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Jefferson a usar fotografías o videos de mi hijo, así como obras de arte o historias producidas por mi hijo como se indica anteriormente.

No, no quiero que las muestras de edad de mi hijo, nombre, o de trabajo aparezca en los artículos de prensa o sitios web.

Este permiso no se extiende a los sitios de redes sociales, sitios personales del instructor's, transmisiones electrónicas o videos de Internet, como YouTube.

Al firmar esta forma, la respuesta seleccionada anteriormente se mantendrá en vigor durante el plazo que el estudiante esté matriculado en el sistema escolar del condado de Jefferson. Todos los cambios deben ser enviados a la escuela de su hijo s en escritura.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre Imprimir Padre / Tutor

**Jefferson County School District
Enrollment Packet/Request for Release of Records**

Atención padres/tutores, debajo de usted encontrará la liberación del Condado de Jefferson de formulario de registros. Esto es para ser llenado solamente si su hijo provino de otro distrito escolar. Por favor llene sólo la parte superior y signo en la parte inferior. El personal de nuestra escuela llenará las porciones restantes.

Nombre del estudiante:
(Name of Student) _____

Antigua escuela:
(Former School) _____ Retirar fecha:
(Withdraw Date) _____

Dirección de la antigua escuela
(Address) _____

Teléfono de la escuela:
(School Phone #) _____ Escuela número de fax:
(School Fax #) _____

Fecha de nacimiento del
estudiante:
(Student's DOB) _____ Grado:
(Grade) _____ Varón
(Male) Femenino
(Female)

The above named student seeks to enroll in _____. We request that you send copies of the original records checked below.

- Educational Record, including IEP if ESE, EP if Gifted, ELL if LEP/ESOL
- Withdrawal Grades
- FCAT/Estado Test Scores
- Most Recent Report Card
- Discipline Records
- 6th 7th Grade Report Cards (12 credits needed for entry into Florida High Schools)
- Health Records, including School Physical, Immunizations, Birth Certificate, Social Security Number, Custodial Parent Information (Please include hearing and vision screenings).

Parental permission is no longer required when records are requested by an authorized school personnel.
(Family Educational Rights and Privacy Act, CFR 99.31)

Permiso de los padres ya no es necesario cuando los registros son solicitados por un personal autorizado de la escuela.
(Derechos educativos familiares y ley de privacidad, CFR 99.31)

| | | |
|--|--|--------------------------|
| _____ Firma del padre/tutor (Signature of Parent/Guardian) | _____ Relación con el estudiante (Relation to Student) | _____ Fecha (Date) |
|--|--|--------------------------|

Registrar/School Secretary

Office Phone Number

| |
|--------------------------------|
| PLEASE SEND RECORDS TO: |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

| | | | | | | |
|---|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|
| Office Use Only – Date Records Requested: | / / | 1 st Request | / / | 2 nd Request | / / | 3 rd Request |
|---|-----|-------------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------------|

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción/ Estudiante contrato de red internet

Póliza de Uso Aceptable

La Red de la Junta Escolar del Condado Jefferson facilitar el acceso a la red Servicios / Internet con fines educativos. El Internet es una autopista de información que conecta a miles de computadoras en todo el mundo. Entiendo que voy a tener acceso a Internet y con este acceso viene la disponibilidad de algún material que no puede ser considerado de valor educativo en el contexto de la escuela.

Se hará lo posible a los estudiantes directamente a material relacionado educativamente. Sin embargo, en una red (s) de telecomunicaciones es imposible controlar todos los materiales y sitios. Creo que la información valiosa y la interacción disponible en la red (s) / los servicios de Internet son muy superiores a la posibilidad de que los usuarios tengan acceso a los sitios que no son aceptables.

Entiendo que si no cumpla con estos lineamientos establecidos por la Junta Escolar del Condado de Jefferson, voy a tener mi acceso a la red (s) de servicios negados y terminados. Mi firma indica que he leído la Política de Uso Aceptable de la Junta Escolar del Condado de Jefferson y que entiendo que la significación de los términos y condiciones de la Póliza.

Nombre del estudiante _____
(Letra de imprenta)

Firma del Estudiante _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Padres de Contrato Guardián
Póliza de Uso Aceptable

Como padre o tutor de _____, he leído los términos y condiciones de la Política de Uso Aceptable de la Junta Escolar del Condado de Jefferson 's. Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. Entiendo que algunos materiales en la red de telecomunicaciones puede ser desagradable, pero yo acepto la responsabilidad de guía de uso de la red - establecer y comunicar los estándares para mi hija o hijo a seguir a la hora de seleccionar, compartir, o la exploración de la información y medios de comunicación.

Entiendo que este permiso estará vigente durante la duración de la experiencia educativa de mi hijo en esta escuela. A medida que los padres o tutor legal del estudiante menor de edad arriba firmante, doy permiso para que mi hijo o hija a acceder a los servicios de telecomunicaciones en red.

Padre o Tutor: (letra de imprenta) _____

Firma: _____

Fecha: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Formulario de Inscripción del Estudiante Datos de Paquetes / anual

Información del Estudiante

| | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--|
| Escuela: _____ | Apellido del estudiante _____ | Nombre del estudiante _____ | Segundo nombre _____ |
| Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____ | | | Nota: Si cambia de dirección, debe venir y llenar un formulario de inscripción inicial / certificado de residencia |
| Dirección postal (si es diferente de la residencia antes mencionados) _____ | | | |
| Fecha de nacimiento _____ | Grado _____ | Profesor / Primer Período _____ | |

Padre / Tutor y Información sobre hermanos

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|
| Nombre de la Madre _____ | Dirección de correo electrónico _____ | Teléfono de la casa _____ | Teléfono del trabajo _____ | Teléfono móvil _____ |
| Nombre del Padre _____ | Dirección de correo electrónico _____ | Teléfono de la casa _____ | Teléfono del trabajo _____ | Teléfono móvil _____ |
| Nombre del Tutor _____ | Dirección de correo electrónico _____ | Teléfono de la casa _____ | Teléfono del trabajo _____ | Teléfono móvil _____ |
| EL ESTUDIANTE VIVE CON: | Ambos Padres (Misma dirección) _____ | Madre _____ | Padre _____ | Otro _____ |
| Información de Custodia: _____ | | | | |

Nota: ley de Florida establece que ambos padres tienen los mismos derechos y el acceso a sus hijos y de sus registros escolares, a menos que se indique lo contrario en una orden de la corte **Orden Judicial debe ser copiado y guardado en el expediente acumulativo del niño en la escuela.. Si hay una orden judicial que se reciba, la escuela va a hacer referencia a la partida de nacimiento de la custodia.**

¿Es este el hijo de una familia de militares?

Lista hermanos y hermanas de los estudiantes que actualmente asisten a las escuelas del condado de Jefferson.

| | | | | | | | |
|------------------|----------------|---------------|-------------|------------------|----------------|---------------|-------------|
| (1) Nombre _____ | Relación _____ | Escuela _____ | Grado _____ | (2) Nombre _____ | Relación _____ | Escuela _____ | Grado _____ |
| (3) Nombre _____ | Relación _____ | Escuela _____ | Grado _____ | (4) Nombre _____ | Relación _____ | Escuela _____ | Grado _____ |

Transporte

Es extremadamente importante que sepamos cómo niño es llegar a casa cada día. Por favor complete este formulario y devolverlo en / antes del primer día de clases de su hijo s. **Su hijo será desestimado, según las instrucciones de esta forma, a menos que usted llame a la escuela, informándoles de los cambios y utiliza una palabra de código para verificar su identidad. PARA permanent CAMBIOS, compelte un nuevo formulario en la oficina.** Mi niño va a ser una:

1. Recoger el coche Mi niño va a ser un coche de recogida todos los días.
2. Jinete de autobús Mi niño va a ser un pasajero del autobús todos los días.
3. Después de la Escuela / Guardería Nombre del programa: _____ Número de teléfono: _____
4. Mi hijo s cambios de horario de la siguiente manera:

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Lunes (Monday) _____ | Martes (Tuesday) _____ |
| Miércoles (Wednesday) _____ | Jueves (Thursday) _____ |
| Viernes (Friday) _____ | |

Código Palabra (Code Word): Indique una palabra clave que se utilizará para verificar su identidad cuando usted está llamando para cambiar los medios de transporte de su estudiante. Se recomienda que usted escribe esta palabra en clave baja.

Estudiante: (Debe tener al menos 18 años de edad) Las siguientes personas pueden recoger a mi estudiante de la escuela o el autobús

| | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| (1) Nombre _____ | Relación _____ | Teléfono _____ |
| (2) Nombre _____ | Relación _____ | Teléfono _____ |
| Firma del Padre / Tutor _____ | | Fecha _____ |

**Distrito Escolar del Condado de Jefferson
Paquete de Inscripción / Información Médica**

Información del Estudiante

Para ser completado por solo padre / tutor. Utilice bolígrafo.

Escuela: _____ **Nombre del Padre / Tutor:** _____ **Teléfono:** _____

_____ / _____ / _____
 Apellido del estudiante Nombre del estudiante Apodo Fecha de nacimiento Edad

 Grado Profesor / Primer Período Sexo/ Raza Número de Seguro Social del estudiante (si se conoce)

 Dirección /Ciudad/Estado/Código postal

 Dirección postal (si es diferente de la residencia anterior)

Restricciones religiosas / ESPECIFIQUE: _____

Condiciones de Salud / Seguro / Doctor Información

**** Es importante que usted proporciona información relativa a las condiciones de salud y seguros de salud de su hijo. Esta información nos ayudará en caso de emergencia. Si una aplicación no está incluida en este formulario y te gustaría que te envíe, usted puede contactar la clínica para obtener más información.**

 Nombre del Doctor Dirección Número de teléfono

SEGURO DE SALUD:

Healthy Kids Número de cuenta: _____ Medicaid ID #: _____

Otros Seguros Póliza # _____ Ninguno en este momento

Children's Medical Services: Sí No En caso afirmativo, administrador de casos nombre _____

CONDICIONES DE SALUD: Si usted no comprende los elementos enumerados a continuación, por favor, pregunte en la escuela intérprete para ayudar a usted.

- | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Allergy to insects (specify below) | Ear Infection/Repeated | Kidney Disease | Speech Impairment |
| Allergy to medicine (specify below) | Epilepsy/Seizures | Leukemia | Transplant (specify below) |
| Allergy to food (specify below) | (-Fecha of last seizure _____) | Muscular Dystrophy | Urological Conditions |
| Allergy to other (specify below) | Gastrointestinal Condition | Motor Impairment | Visual Correction Glasses |
| EpiPen | Headache (specify below) | Nosebleeds | Vision Correction Contacts |
| Anemia | Hearing Impairment | PhySical Impairment | Visual Problems (specify below) |
| Arthritis (specify below) | Hemophilia | Pregnancy | Other (specify below) |
| Asthma (Requiring treatment at Escuela) | Heart Disease/Murmur | Psychological Problems | |
| Cancer (specify below) | Hernia (specify below) | -(specify below) | |
| Cerebral Palsy | High Blood Pressure | ScolioSis | |
| Diabetes (Type _____) | Hyperactivity (ADD; ADHD) | Sickle Cell Disease | |
| Drug Dependency (specify below) | Hypoglycemia | Sickle Cell Trait | |

Especifique severidad de las condiciones de salud / Especificar restricciones de la actividad y las acomodaciones necesarias en la escuela

Anote todos los medicamentos (con receta y de venta libre, incluyendo "según sea necesario", y medicinas de emergencia) que el alumno lleva a CASA O LA ESCUELA

**** FIRMAS NECESARIAS EN LA SEGUNDA PÁGINA ****

Emergencia y Protección de datos

Recogida de niños / Emergencias: Debe mi hijo se enferma o se lesiona durante el día escolar y la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, doy permiso a la escuela para ponerse en contacto con una o más de las siguientes personas para recoger a mi hijo en la escuela y el cuidado de mi hijo durante mi ausencia. **(Debe tener al menos 18 años de edad.)**

| (1) Nombre | Relación | Teléfono # | (2) Nombre | Relación | Teléfono # |
|------------|----------|------------|------------|----------|------------|
|------------|----------|------------|------------|----------|------------|

En caso de accidente o enfermedad grave durante el día escolar, solicito que la escuela en contacto conmigo. En caso de una emergencia, doy permiso a la escuela para que mi hijo sea transportado por los Servicios Médicos de Emergencia al hospital y recibir el tratamiento necesario. Entiendo que yo seré responsable por cualquier y todos los cargos relacionados. Yo entiendo que es / responsabilidad del tutor legal de los padres notificar a la escuela de cualquier cambio en esta información a lo largo del año.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Doy permiso para que la información en este formulario para ser examinadas y utilizadas por las Escuelas del Condado de Jefferson y personal del Departamento de Salud del Condado de Jefferson para ayudar en la prestación de servicios de salud escolar. Escuelas del Condado de Jefferson utiliza los fondos de reembolso de Medicaid para proporcionar servicios de salud a los estudiantes en el distrito. Con el fin de determinar qué estudiantes son elegibles de Medicaid, debemos ser capaces de proporcionar cierta información acerca de los estudiantes a la Agencia para el agente fiscal de la Administración del Cuidado de la Salud. Además, el proceso de identificación de Medicaid actualmente los estudiantes elegibles nos ayudará en nuestros esfuerzos para asegurar que todos los estudiantes de las Escuelas del Condado de Jefferson tienen cobertura sanitaria. Cualquier información personalmente identificable sobre su hijo no será compartida con ninguna otra organización para ningún fin, excepto lo que se ha señalado anteriormente. Al firmar a continuación usted está dando el condado de Jefferson permiso Escuelas para utilizar la información contenida en este formulario para verificar que los estudiantes son / no son elegibles para Medicaid. La elegibilidad para Medicaid no afecta en modo alguno los servicios que recibe su hijo en la escuela. Además, si su hijo es elegible para Medicaid y tiene servicios médicos y / o mentales en su / su Plan Individualizado de Educación, le está dando permiso a las Escuelas del Condado de Jefferson para solicitar el reembolso de la parte federal de la prestación de estos servicios.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Exámenes de Salud

El Departamento de Salud del Condado de Jefferson y el Distrito Escolar del Condado de Jefferson cooperan anualmente para proporcionar exigidos por el estado exámenes de salud para los estudiantes de los grados específicos en las escuelas del condado de Jefferson. Exámenes de salud puede ayudar a identificar la necesidad de atención médica. Si un problema de salud sospecha que se identifica se le notificará por escrito y aconsejar que soliciten atención médica. La ley de Florida requiere que los padres sean informados por escrito al comienzo de cada año escolar que los niños van a recibir este tipo de servicios. Si no hay ningún cuadro está activado, se proyectará el estudiante.

Los exámenes de salud para los grados específicos son los siguientes:

PROYECCIONES

Visión

Audición

La escoliosis (curvatura anormal de la columna)

Crecimiento y Desarrollo / Nutrición

GRADO(S)

Grados K, 1, 3, & 6

Grados K, 1, & 6

Grados 6

Grados K - 8

Quiero que mi estudiante participe en todos los exámenes de salud que se ofrecen para su nivel / grado

O

Yo no quiero que mi estudiante participe en los siguientes exámenes de salud:

Examen de la vista

Audición

Exámenes de Escoliosis (curvatura anormal de la columna)

Crecimiento y Desarrollo / Nutrición

Nombre del estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Descripciones de proyección

Las visiones y Audiencia: Estos procedimientos de detección determinan la capacidad de su hijo para ver y / o escuchar, así como la mayoría de los niños de la misma edad.

Escoliosis: Esta comprobación visual está diseñada para buscar curvatura anormal de la columna vertebral, mientras que el uso de ropa todos los días

Crecimiento y Desarrollo: Este examen determina la altura de su hijo, el peso y el índice de masa corporal (IMC) y normalmente vestida y sin zapatos. La calculadora de IMC diga si un niño está en el rango normal para la estatura y el peso, o está fuera de la norma y ha incrementado la posibilidad de desarrollar ciertas enfermedades crónicas durante la infancia o la edad adulta.