



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
Domicilio**			
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"/>

SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

En conformidad con el Estatuto de la Florida 1001.42, HB 1557: Un padre/tutor DEBE participar en los servicios de salud: La participación DEBE completarse en línea para exámenes de detección, servicios clínicos y otros servicios de salud. Instrucciones para completar el documento digital:

- 1. Inicie sesión en el Portal para padres de OCPS: <https://parents.classlink.com/ocps>**
- 2. Complete los formularios de consentimiento de los padres**
- 3. Cualquier pregunta, comuníquese con la escuela de su hijo o visite ocps.net/Skyward**

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.

Al firmar este formulario, entiendo y acepto los términos del presente.

Padre/madre/tutor:

Fecha:

*La Junta escolar del condado de Orange, Florida, está autorizada a solicitar los números del seguro social ("SSN", en inglés) de los estudiantes según lo establecido en las secciones 1008.386 y 119.071 (5)(a)6, Estatutos del estado de Florida. Informar el SSN del estudiante en el formulario de inscripción es opcional y no es condición para la inscripción dentro del Distrito. Cualquier SSN proporcionado en relación con la inscripción se usará únicamente para fines de investigación, informe y registro de datos. La recopilación de SSN no se usará para control migratorio. Proporcionar el SSN del estudiante a la Junta escolar del condado de Orange, Florida, para estos fines significa que otorga su consentimiento para que el SSN del estudiante se use de la manera descrita.

El estatuto de Florida, sección 837.06, establece que cualquier persona que de manera deliberada haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en la realización de su tarea oficial será culpable de delito menor de segundo grado.

(Este formulario tiene vigencia hasta el primer día del próximo año escolar o hasta un año después de la fecha de firma, lo que sea más tarde)