

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
STUDENT HEALTH INFORMATION / INFORMACIÓN DE SALUD PEPPE LA ESTUDIANTE

Parent/Guardian: Please complete both sides, sign and return form to the school. The information you provide will be kept confidential in accordance with state and federal law. This form is valid for the current school year.

Padre/Tutor: Por favor complete ambos lados, firme y devuelva el formulario a la escuela. La información que usted provea se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales. Este formulario espota el año escolar actual.

SECTION 1/ Sección I -

Student Name

Nombre del/da la estudiante *Apellido* *Primer nombre* *M. Inicial* *IDb/ No. de ID*

Male Female Date of Birth _____

Masculino Femenino *Fecha de nacimiento : Mo/ Mei Day/ Dia Yeas/ Año* *School/frcue/c* *GndcIGrodo* *Phone/TeM/ow*

List below the parent/guardian with whom the student lives: *Anote a continuación los padres/tutores con quienes vive el/la estudiante:*

Parent/Guardian Full Name

Nombre Completo del Padre/Tutor

Relationship

Parentesco

Phone: Work _____ **Ext.** _____ **Cel/Other** _____
Teléfono del Trabajo *Teléfono celular/otro*

Parent/Guardian Full Name

Nombre Completo del Padre/Madre

Relationship

Parentesco

Phone: Work _____ **Ext** _____ **Cel/Other** _____
Teléfono del Trabajo *Teléfono celular/otro*

List two emergency contacts, (if the parent/guardian cannot be reached), authorized to pick-up and assume responsibility for student:
Enumere a dos personas a contactar en una emergencia (si el padre/tutor no se puede localizar), que estén autorizadas para buscar y asumir la responsabilidad del/la estudiante:

Nombre *Relationship/Parentesco* *Work Phone/Teléfono del Trabajo* *Home Phone/Teléfono de la casa* *Cel Phone/Teléfono celular*
Nombre *Relationship/Parentesco* *Work Phone/Teléfono del Trabajo* *Home Phone/Teléfono de la casa* *Cel Phone/Teléfono celular*

Does student have health insurance? Yes/Si _____ **No** _____
¿Tiene el/la estudiante seguro médico? No *• Policy / Seguro de Póliza / Seguro*

Is student currently in an ESE (Exceptions! Student Education) program Or does student have an IEP (Individual Education Plan)? **Yes/ Si** _____ **No** _____
¿Está el/la estudiante actualmente en un programa de ESE (Excepciones! Educación de Estudiantes Excepcionales) o tiene el/la estudiante un IEP (Plan de Educación Individual)?

Student's Primary Physician / Médico Principal del Estudiante	Office Phone # / Teléfono de Oficina	Office Fax # / No. de Fax de Oficina
<i>Office Address / Dirección de la Oficina</i>		

Student's Specialist Physician / Médico Especialista del Estudiante	Office Phone # / Teléfono de Oficina	Office Fax # / No. de Fax de Oficina
<i>Office Address / Dirección de la Oficina</i>		

Children attending Osceola County Schools participate in the School Health Services Program. This means your child will receive health appraisal at school, which includes vision, hearing, scoliosis screenings, height, weight measurement.

Los niños que asisten a las Escuelas del Condado de Osceola participan en el Programa de Servicios de Salud de la Escuela. Esto significa que su niño/a recibirá una evaluación médica en la escuela, que incluye exámenes de la vista del oído, de escoliosis, medidas de estatura y peso.

Does student have a medical condition you would like the school to be aware of?
¿Tiene el/la estudiante alguna condición médica sobre la que usted desearía que la escuela tuviese conocimiento?

Yes/ Si - complete sections 2 & 3 **No - complete section 3**
complete las secciones 2 y 3 *complete la sección*

Continued on reverse - (Continúa al reverso)

