



Scott County Schools Health Services Division
 División de Servicios de Salud de las Escuelas del Condado de Scott
 2168 Frankfort Pike
 40324 de Georgetown, Kentucky

Información de salud del estudiante-Año escolar: _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grade: _____ Teacher: _____

Número de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Historial médico del estudiante

1. Historial médico significativo/diagnóstico médico:

2. Alergias a medicamentos: _____ Alergias a los alimentos: _____

3. Otras Alergias: _____

4. Medicamentos tomados diariamente: _____

5. * Medicamentos recetados que se administrarán en la escuela: _____

Médico del estudiante/Proveedor de atención médica: _____

Teléfono: _____

* Debe completar los formularios de consentimiento de medicamentos antes de que se traigan medicamentos recetados a la escuela para su administración.

Información del Seguro:

Proveedor de Seguro: _____

Información del Empleador: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿Su estudiante tiene alguna de las siguientes condiciones potencialmente mortales que pueden requerir tratamiento de EMERGENCIA?

(Marque la condición y la medicación)

DIABETES	ASMA	CONVULSIONES	ALERGIA QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA
(Glucagon)	(Inhalador de rescate)	(Diastat)	(Epi-PLUMA)

OTRO: _____

X _____
 (Firma del Padre/Tutor Legal/Estudiante Emancipado)

____/____/____
 (Fecha de Firma)

Devuelva el Formulario Completo a la Escuela →

Estimado Padre/Tutor/Custodio:

Para poder atender a su hijo en caso de un accidente o enfermedad repentina, ya sea en la escuela, en una excursión o en cualquier actividad patrocinada por la escuela, es necesario que tengamos este formulario de autorización firmado. Por favor complete la información solicitada en el reverso de este formulario, revise la declaración a continuación, luego firme y devuelva este formulario al maestro de aula de su hijo el próximo día escolar.

Apellido del estudiante, primer nombre, inicial del segundo nombre: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott a contactar a las personas nombradas en el reverso de este formulario y autorizo al médico designado o al personal de EMS a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, por razones de salud, del niño nombrado.

En caso de que el padre/tutor, médico u otras personas nombradas en el reverso de este formulario no puedan ser contactados, los funcionarios de las Escuelas Públicas del Condado de Scott están autorizados a tomar cualquier acción que se considere necesaria, a su juicio, para la salud de dicho niño.

No responsabilizaré económicamente al distrito escolar por la atención de emergencia y / o el transporte de dicho niño.

La firma de este formulario liberará a las Escuelas Públicas del Condado de Scott y a los miembros del personal de cualquier responsabilidad de cualquier naturaleza al ayudar durante una emergencia médica.



Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nota:

- Si ocurre un accidente o enfermedad, se le proporcionará una copia de este formulario al proveedor de atención de emergencia (médico, hospital, EMS).
- Si cambia alguna información, por favor llame a la oficina de la escuela.
- Por favor complete, firme y devuelva este formulario al maestro de aula de su hijo el próximo día escolar.
- Por favor complete toda la información solicitada

Devuelva el Formulario Completo a la Escuela

Formularios de Acuerdo de Usuario de Tecnología de Información/Comunicaciones

CONTRATO DE USUARIO DE KINDERGARTEN

Profesor de aula _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) _____

Apellido _____ Primero _____ Inicial del Medio _____

Escuela _____

Estimado Padre/Tutor/Custodio:

El aprendizaje con tecnología comienza a una edad temprana, incluso antes de que los estudiantes asistan a la escuela. Queremos que a su hijo de Kinder le encante aprender y utilizar la tecnología de forma segura y adecuada y que transfiera estas habilidades al mundo exterior. Su hijo recibirá capacitación sobre el uso adecuado de la tecnología, incluida la ciudadanía digital y la seguridad en Internet. Esta capacitación se llevará a cabo en el aula o en el laboratorio de computación con su maestro y/o con el maestro de tecnología en su escuela. Firme a continuación para indicar que comprende que su hijo recibirá capacitación en el uso adecuado de la tecnología, la ciudadanía digital y la seguridad en Internet.

Acceso Requerido:

Padre/Tutor/Custodio de un menor debe imprimir y firmar a continuación para obtener el privilegio solicitado.

CONSENTIMIENTO PARA SU USO

Al firmar este formulario, usted acepta y esta de acuerdo que los derechos de su hijo de utilizar los recursos electrónicos proporcionados por el Distrito y/o el Departamento de Educación de Kentucky (KDE) están sujetos a los términos y condiciones establecidos en la política/procedimiento del Distrito. También tenga en cuenta que los datos almacenados en relación con dichos servicios son administrados por el Distrito de conformidad con la política 08.2323 y los procedimientos que la acompañan. También comprende que la dirección de correo electrónico proporcionada a su hijo también se puede utilizar para acceder a otros servicios o tecnologías electrónicas que pueden o no estar patrocinados por el Distrito, que brindan características tales como almacenamiento en línea, comunicaciones y colaboraciones en línea, y mensajería. El uso de esos servicios está sujeto a los términos de uso estándar del consumidor o a un modelo de consentimiento estándar. Los datos almacenados en esos sistemas, cuando corresponda, pueden gestionarse de conformidad con el acuerdo entre KDE y los proveedores de servicios designados o entre el usuario final y el proveedor de servicios. Antes de que su hijo pueda utilizar los servicios en línea, debe aceptar el contrato de servicio y, en ciertos casos, obtener su consentimiento.

Imprimir Nombre y Apellido del Padre/Tutor/Custodio

Fecha

FIRMA de Padre/Tutor/Custodio

Devuelva el Formulario Completo a la Escuela

Formularios de Acuerdo de Usuario de Tecnología de la Información /Comunicaciones

CONTRATO DE USUARIO ESTUDIANTE (GRADOS 1-12)

Profesor de aula _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) _____

Apellido _____ Primero _____ Inicial Medio _____

Escuela _____ Nivel de grado actual _____

Al firmar este contrato, reconozco que tengo un conocimiento profundo de la Política de uso aceptable de las Escuelas del Condado de Scott y acepto cumplir con todos los términos y condiciones. Además, entiendo que una violación de la Política de uso aceptable no es ético y puede constituir un delito. Si cometo alguna violación, mis privilegios de acceso pueden ser revocados, se pueden tomar medidas disciplinarias de la escuela y/o acciones legales apropiadas.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Acceso Solicitado por Estudiantes:

El Padre/Tutor de un menor debe imprimir y firmar a continuación para obtener el privilegio solicitado.

Los estudiantes mayores de 18 años deben firmar a continuación para obtener el privilegio solicitado.

CONSENTIMIENTO PARA SU USO

Al firmar este formulario, usted acepta y acepta que los derechos de su hijo de utilizar los recursos electrónicos proporcionados por el Distrito y/o el Departamento de Educación de Kentucky (KDE) están sujetos a los términos y condiciones establecidos en la política/procedimiento del Distrito. También tenga en cuenta que los datos almacenados en relación con dichos servicios son administrados por el Distrito de conformidad con la política 08.2323 y los procedimientos que la acompañan. También comprende que la dirección de correo electrónico proporcionada a su hijo también se puede utilizar para acceder a otros servicios o tecnologías electrónicas que pueden o no estar patrocinados por el Distrito, que brindan características tales como almacenamiento en línea, comunicaciones y colaboraciones en línea, y mensajería. El uso de esos servicios está sujeto a los términos de uso estándar del consumidor o a un modelo de consentimiento estándar. Los datos almacenados en esos sistemas, cuando corresponda, pueden gestionarse de conformidad con el acuerdo entre KDE y los proveedores de servicios designados o entre el usuario final y el proveedor de servicios. Antes de que su hijo pueda utilizar los servicios en línea, debe aceptar el contrato de servicio y, en ciertos casos, obtener su consentimiento.

Nombre y Apellido en letra de Imprenta de los Padres

Fecha

Firma del Padre

Una vez firmado y fechado, este formulario permanecerá en vigor durante toda la asistencia del estudiante en el edificio en el que se encuentra su nivel de grado y el director o el coordinador de tecnología escolar lo mantendrá en los archivos. Sin embargo, en cualquier momento durante el año escolar, puede modificar este formulario solo notificando al director por escrito de su solicitud.

Devuelva el Formulario Completo a la Escuela

Antes de firmar este formulario, revise el Código de conducta estudiantil, que se encuentra aquí:
<https://www.scott.kyschools.us/userfiles/1523/my%20files/student%20discipline%20code%202021%20final.pdf?id=82826>

Hemos recibido y leído el Código de disciplina estudiantil de las escuelas públicas del condado de Scott. Cualquier pregunta que cualquiera de nosotros tuviera se presentó a un maestro y / o administrador para aclaración o información adicional.

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro de Aula: _____

Nombre del Estudiante Impreso: _____

Firma del Estudiante y Fecha: _____

**Al escribir su nombre en esta área, está indicando que revisará el Código de conducta estudiantil.

Nombre Impreso del Padre: _____

Firma del Padre y Fecha: _____

Acceso a Internet

¿Tiene su hijo acceso a Internet en casa (por ejemplo, puede ver un video de You Tube con éxito)?

Sí _____ No _____