



Coral Shores High School



Acuerdo de pase para almuerzo fuera del campus 2024-2025

Nombre del estudiante (EN LETRA DE MOLDE): _____

Grado: _____ Almuerzo: _____

Lea abajo y escriba sus iniciales en cada punto para indicar que leyó y acepta los términos que se mencionan abajo.

Escriba sus
iniciales en los
espacios en
blanco abajo

1. Solo los estudiantes de último y penúltimo año que hayan cumplido los requisitos académicos y de asistencia establecidos que determina la Junta Escolar del condado de Monroe serán elegibles para salir del campus a almorzar.

A. *Requisitos académicos y otros*

- Los estudiantes de último año deben mantener un GPA no ponderado de 2.0.
- Los estudiantes de penúltimo año deben mantener un GPA no ponderado de 3.0.
- Al final de cada semestre se revisarán los GPA.
- Los estudiantes no pueden tener obligaciones pendientes como Chromebook, libros de texto, libros de la biblioteca, uniformes deportivos, equipo, etc.
- Los estudiantes no pueden tener ningún problema de disciplina y deben seguir las reglas de asistencia.

B. *Requisito de asistencia*

- No más de cuatro días con justificación o sin justificación en cualquier clase durante un período de nueve semanas.
- No más de dos llegadas tarde sin justificación a cualquier clase durante un período de nueve semanas.
- Las ausencias o llegadas tarde relacionadas con la escuela no cuentan para estos totales.
- Los estudiantes no pueden tener más de una llegada tarde a la clase después del almuerzo fuera del campus durante un período de nueve semanas.

2. Los estudiantes elegibles no pueden dar transporte ni animar a otro estudiante que no haya completado los formularios de permiso de almuerzo fuera del campus para salir del campus para almorzar.

3. Los estudiantes no pueden llevar ni pedir que otros estudiantes los lleven si estos están en programas de pasantía académica aprobados y tienen que ir a su pasantía después del almuerzo.

4. Los estudiantes que saldrán para almorzar fuera del campus **DEBEN presentar INDIVIDUALMENTE pases para salir del campus antes de salir y DEBEN recogerlos INDIVIDUALMENTE al regresar al campus.**

5. Los estudiantes que salgan por deporte/actividades inmediatamente después o durante el almuerzo no necesitan dejar sus pases para salir del campus si sus nombres están en la lista del día del juego/actividad.

6. Los estudiantes elegibles que salgan del campus para el almuerzo y que no puedan regresar a la escuela después del almuerzo debido a una enfermedad u otro motivo, deben pedirle al padre/madre que llame a la oficina de la escuela inmediatamente.

7. A los estudiantes no se les permite traer comida de vuelta al campus para ellos u otros estudiantes.

8. OSS, ISS, Detención Administrativa u Obligaciones tendrán como consecuencia que el estudiante pierda el privilegio del almuerzo fuera del campus según lo determinen los administradores de la escuela.

9. El costo inicial de un pase de almuerzo fuera del campus es de \$10. El costo de reemplazar el pase extraviado es de \$10.

10. Este formulario debe ir firmado por uno de los padres o tutor y debe ir notarizado.

LA INFORMACIÓN DE ABAJO LA DEBE COMPLETAR EL ESTUDIANTE

Leí las reglas de este acuerdo y las acepto. Entiendo que no cumplir estas reglas puede tener como consecuencia la revocación inmediata de mi pase de almuerzo fuera del campus.

Nombre del estudiante (EN LETRA DE MOLDE): _____

Celular del estudiante: (_____) _____

Firma: _____ Fecha: _____

LA INFORMACIÓN DE ABAJO LA DEBE COMPLETAR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Leí y entiendo las reglas relacionadas con el privilegio de almuerzo fuera del campus de Coral Shores High School y por este medio doy permiso a (*nombre del estudiante EN LETRA DE MOLDE*) _____, para salir del campus durante su hora programada de almuerzo. Estoy consciente de que asumiré la responsabilidad de otros pasajeros en el automóvil de mi hijo. No haré responsable a la escuela por cualquier lesión que pueda ocurrir cuando mi hijo esté fuera del campus para el almuerzo.

Nombre del padre/madre/tutor (EN LETRA DE MOLDE): _____

Celular: del padre/madre/tutor (_____) _____

Firma: _____ Fecha: _____

LA INFORMACIÓN DE ABAJO LA DEBE COMPLETAR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Este formulario debe ir notariado. Si el formulario no está notariado, Coral Shores High School no lo aceptará.

Firma del notario: _____ Fecha: _____

Sello del notario: _____ Fecha de vencimiento del nombramiento del notario: _____

Exclusivamente para uso de la oficina:

Método de pago: _____ Dinero en efectivo _____ Revtrak

Tarjeta de datos completa (debe llevar firma): _____

Historia médica completa: _____

Consentimiento médico (notarizado): _____

Escanee
el código QR
para acceder
a RevTrak
y comprar
su pase
de almuerzo.



MCSD-ADM002-01 / 12/2006

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

(Requerido para los estudiantes cuando participan en atletismo, actividades estudiantiles y
Cualquier excursión que se realice fuera del Condado de Monroe)

COLEGIO

FECHA

El paciente y otras personas cuyas firmas se adjuntan a continuación por este medio consienten a todos y cada uno de los tratamientos médicos y quirúrgicos, incluida la anestesia y operaciones, que pueden ser consideradas convenientes por el médico y cirujanos.

La intención de este documento es otorgar autoridad para administrar y realizar todas las y singularmente cualquier examen, tratamiento, anestesia, operaciones y procedimientos de diagnóstico, que pueden ser ahora , o durante el curso del tratamiento del paciente.

También estamos de acuerdo en que el paciente cuando es admitido debe permanecer en el hospital hasta que un médico recomiende el alta del paciente.

En testimonio de nuestro consentimiento y acuerdo con los asuntos planteados en los tres Oraciones anteriores, hemos suscrito a continuación nuestras firmas.

Menor – paciente_____

Padre_____

Madre_____

Guardián (es)_____

Fecha_____

Estado de la florida)

) SS

CONDADO DE _____)

Jurado y suscrito ante mí esto._____, día de_____, en
el año del señor_____.

.

Notario público
Estado de la Florida en general

Mi comisión expira_____

**** Si hay alguna práctica médica específica que sea prohibido en lo que respecta a las convicciones religiosas, por favor enumere abajo:



INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE DEL CONDADO DE MONROE Y FORMULARIO DE PERMISO

ESCUELA: _____ TELÉFONO DE LA ESCUELA# _____

La norma y el procedimiento en el caso de que un niño(a) requiera de un tratamiento médico mientras este en algún viaje patrocinado por la escuela, para ponerse en contacto con los padres y para informarles sobre la situación y obtener el consentimiento y las instrucciones de cómo proceder en caso de una emergencia y si no podemos localizarlo, su firma más abajo otorgaría el permiso para un tratamiento rutinario de emergencia.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del Estudiante: _____

Portador de su seguro de salud: _____ Número de la póliza # _____

Yo estoy de acuerdo que en caso de un tratamiento de emergencia proporcionado a mi hijo(a), Yo pagaré por cualquier transporte o gastos médicos no cubiertos por mi compañía de seguro o si Yo no tengo el seguro, Yo estoy de acuerdo en pagar tales gastos contraídos.

INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE

Por favor marque el que aplica:

_____ Enfermedad del corazón _____ Diabetes _____ Presión alta _____ Epilepsia

_____ Alergias _____ Otro _____ Medicamento

Otro: _____

Medicamento: _____

PARENT/GUARDIAN PHONE NUMBERS

Padre: _____ Telefono: _____

Madre: _____ Telefono: _____

Otro: _____ Telefono: _____

Yo/nosotros otorgo a el personal de la escuela el derecho a ordenar un tratamiendo medico de emergencia para mí/nuestro hijo(a) y Yo/nosotros entiendo que alguna o toda la responsabilidad financiera de tales servicios dependen de mí/nosotros. Finalmente, Yo/nosotros estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad a el personal de la escuela y a el programa de la escuela por todas las acciones tomadas a favor de mí/nuestro hijo(a).

Padre(s) o Guardián(es)

Fecha

* Si algún programa o acontecimiento requieren a un estudiante a salir del condado, esta forma y la forma de consentimiento para el tratamiento médico (MSCD-ADM002) reproducida en la parte de atrás de esta forma se deben de otorgar must be executed.



2024-2025

Estimado padre/tutor:

La escuela de su hijo ofrece servicios de salud escolar a los estudiantes inscritos. Estos servicios son posibles a través de un acuerdo entre el Distrito Escolar del Condado de Monroe y el Departamento de Salud de Florida-Monroe. Algunos de los servicios son obligatorios por los Estatutos de Florida.

Su escuela tiene una enfermera y/o un especialista en apoyo de la salud que trabaja en la sala de salud de la escuela. Es importante entender que el personal de la clínica no siempre está en la escuela cuando está abierta. También es muy importante recordar que "los servicios de salud escolar complementan, en lugar de reemplazar" la atención médica de rutina que su hijo recibe de un padre o su médico. *FS381.0056(2)

Aquí está una lista generalizada de servicios de salud disponibles:

- Primeros auxilios para lesiones/accidentes/enfermedades menores
- Estado de inmunización y revisión del historial de salud
- Exámenes de visión/audición/dental/altura/peso/IMC/escoliosis para niveles específicos de grado
- Asistencia con la administración de medicamentos ordenados por el médico. Incluso los medicamentos de venta libre requieren una receta médica y un permiso de los padres firmados.
- Asistencia con la salud de menores, complejas o crónicas y/o procedimientos ordenados por el médico

Por favor complete el formulario de HISTORIAL DE SALUD ESTUDIANTIL y devuélvelo al personal de salud en la escuela. El formulario tiene dos propósitos importantes-

Informa al personal sanitario de la presencia de cualquier problema de salud proporcional al personal sanitario información para que podamos comunicarnos con usted, especialmente en caso de emergencia. Este formulario es requerido para que su hijo(a) sea visto en la clínica.

Si NO desea que su hijo reciba servicios de salud escolar, debe notificar a la escuela por ESCRITO. Por favor, no dude en ponerse en contacto con el personal de salud de su escuela para cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a la salud de su hijo.

Sinceramente

Su personal de salud escolar

HEALTH HISTORY/EMERGENCY CONTACT FORM 2024-2025

Esta es la información requerida que se guardará en la CLÍNICA DE SALUD ESCOLAR

Nombre de estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Profesor de aula: _____
Nombre del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (casa): _____
Dirección del Padre/Guardián: _____ # de teléfono (trabajo): _____
El número de teléfono celular de los padres: _____

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarlos con el padre/guardián): _____
Relación: _____ # de teléfono (casa): _____ # de teléfono (oficina): _____
El número de teléfono celular _____

Doctor de estudiante: _____ # de teléfono del doctor: _____

MARQUE TODOS EN LA ACTUALIDAD QUE APLICAN A SU HIJO

PORFAVOR EXPLIQUE

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ Problemas del ojo/visión | 1. _____ |
| 2. ☐ Problemas de la oída/audición | 2. _____ |
| 3. ☐ Problemas de respiración, asma, etc. | 3. _____ |
| 4. ☐ Problemas del corazón/cirugía/ (pacemaker) | 4. _____ |
| 5. ☐ Problemas del riñón, vejiga, cirugía, etc. | 5. _____ |
| 6. ☐ Problemas del los huesos, articulaciones, musculo | 6. _____ |
| 7. ☐ Problemas neurológicos, ataques, etc. | 7. _____ |
| 8. ☐ Problemas de espina, espalda, cirugía, etc. | 8. _____ |
| 9. ☐ Historia de problemas emocionales mental | 9. _____ |
| Tratamiento o hospitalización | |
| 10. ☐ Alcohol, uso de drogas/abuso o tratamiento | 10. _____ |
| 11. ☐ Diabetes (Tipo I o Tipo II) | 11. _____ |
| 12. ☐ Cáncer | 12. _____ |
| 13. ☐ ADD/ADHD | 13. _____ |
| 14. ☐ Anemia Falciforme o trastornos hemorrágicos | 14. _____ |
| 15. ☐ Fibrosis quística | 15. _____ |
| 16. ☐ Desorden Del Espectro Autista | 16. _____ |
| 17. ☐ Lupus | 17. _____ |
| 18. Indique condición prolongada o crónica: _____ | |
| 19. Indique cualquier, fecha y razón: _____ | |
| 20. Indique cualquier hospitalización en los últimos 5 años: _____ | |
| 21. Indique cualquier restricción de movimiento físico (minusvalida) _____ | |
| 22. Indique todo tipo de medicamento que tome su niño/niña cada día: _____ | |
| 23. Indique todo tipo de alergia a medicamento, comida, o insectos: _____ | |
| Indique los graves : _____ | |
| Su niño/ niña tiene un Epi-Pen? _____ | Usted va a proporcionar uno para la escuela? [] Si [] No |

Mi niño/niña (NOMBRE COMPLETO): _____ tiene mi permiso a participar en el Programa de Servicios de Salud en la escuela. Yo entiendo que mi hijo recibirá cuido de emergencia en la escuela, si es necesario y que los servicios puedan incluir:

- * Primeros auxilios, por accidentes o enfermedades
- * Uso de otoscopios (para mirar dentro de los oídos), depresores de lengua (para mirar la parte astras de la garganta), termómetro timpánico (para tomar la temperatura de oído) u oral termómetro (para tomar la temperatura por la boca) para evaluar/detectar enfermedades y derivar según se a necesario
- * Exámenes de Visión, audición, altura - peso, dentales y de escoliosis
- * Asistencia con la administración de medicinas ordenados por el médico
- * Asistencia con condiciones o procedimientos de salud menores, complejos o crónicos ordenados por el médico

Yo autorizo que de información acerca de mi hijo al Distrito de escuela del condado de Monroe como nombre, edad y seguro social para las agencias del estado de la Florida con el propósito de saber si los niños son elegibles para el Medicaid u otro seguro. También dar autorización para que el seguro de Medicaid u otro seguro reciba pagos de estos por el servicio dado en la escuela de su hijo.

Entiendo que en caso de accidente o lesión grave, se administrarán primeros auxilios y me contactarán. Si no puedo ser contactado, entiendo que el contacto que la persona o personas que figuran en este formulario como contactos de emergencia, serán contactados.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VISTO EN EL CLÍNICA , ADJUNTE UN AVISO POR ESCRITO A ESTE FORMULARIO