



EDUCATIONAL RESOURCE
CENTER ON DEAFNESS

Estimado Padre/Tutor:

Gracias por su interés al Programa de Padres y Bebés (sigla PIP en Inglés), en Texas School for the Deaf. Con ésta va un paquete de inscripción. También se necesitan los documentos indicados aquí:

- El paquete de aplicación **ya completo**
- Cartilla de vacunas **actual**
- Acta de nacimiento u otro tipo de identificación legal
- Copia de tarjeta seguro social
- Documentos de custodia (si aplica)

Favor de tener en cuenta que los servicios PIP no pueden empezar hasta que el Programa de Intervención a temprana edad (sigla ECI en Inglés) hayan programado el Plan de Servicio Individualizado para Familias (sigla IFSP en Inglés). Al lado derecho de la página, haga clic en Early Childhood Intervention. Puede usted buscar según ciudad, condado o código postal.

Si necesita ayuda con este proceso o si tiene preguntas, favor de comunicarse con Rachel Baker, la maestra principal del PIP:

512/462.5422 voz

512/626.5290 voz/texto

512/410.1638 vídeo teléfono

rachel.baker@tsd.state.tx.us

Referencia al Programa de Padres y Bebés en Texas School for the Deaf

Para empezar

- Usted debe aplicar al Programa Intervención a edad temprana (ECI) o al Programa de padres y bebés en TSD de servicios para edad 0 a 3 años
 - Para encontrar su programa ECI local, pase a TexasDeafEd.org/0-3 y haga clic en el enlace a mano derecha para Intervención a temprana edad
 - TSD y ECI trabajan juntos para dar servicio a bebés y niños pequeños sordos o hipoacústicos (sigla DHH en Inglés) y sus familias

Papelería requerida por el Estado de Texas

- ECI y TSD necesitan obtener reportes del otorrinolaringólogo (sigla ENT en Inglés) y del audiólogo antes que se puedan empezar los servicios
- El personal del PIP puede ayudarle al ECI y a su familia para encontrar los médicos otorrinolaringólogos locales
- Es importante que familias tengan un otorrinolaringólogo para administración médica (infección de oídos, permisos para aparatos auditivos, cera en canal de oído, etc)
 - Si su familia lucha para conseguir cita con el ENT, favor de hacernos saber para nosotros ayudarle
- Después que se reciban los reportes del ENT y el audiólogo por TSD, ECI programará un estudio. TSD asiste a esta reunión.
- TSD le envía a usted un paquete de inscripción para el Programa de padres y bebés en Texas School for the Deaf
 - Favor de solicitar el paquete de inscripción de rachel.baker@tsd.state.tx.us o ercod@tsd.state.tx.us
 - No podemos empezar servicios con su familia hasta que su hijo esté inscrito en la escuela.
- Después de la evaluación, la maestra de DHH termina la Evaluación de comunicación y compartirá copias con ambos usted y el ECI.

- **Servicios en TSD**

- **Servicios al hogar se proporcionan según la necesidad de su familia y del niño. Estos servicios se ofrecen a todo niño desde el nacer hasta los 5 meses.**
- **Servicios sociales: Niños entre 18 y 35 meses también son elegibles a asistir el Centro de aprendizaje de niños pequeños en TSD. Los servicios se ofrecen de Lunes a Viernes de 8:00 a 11:30 durante el año académico regular.**
 - **Los padres pueden elegir servicios en el hogar y también en la escuela, o pueden elegir solamente un servicio si así se cumple su necesidad mejor**
 - **Durante los meses de verano, los servicios al hogar se ofrecen a toda familia**
- **El Centro de aprendizaje para niños pequeños está cerrado durante el verano Favor de comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.**

**Programa de padres y bebés
Centro de servicios educativos en sordera
Texas School for the Deaf
1102 S. Congress Ave.
Austin, TX 78704
512/462.5422 voz
512/626.5290 voz/texto
512/410.1638 vídeo teléfono
correo electrónico: rachel.baker@tsd.state.tx.us
ercod@tsd.state.tx.us**

TEXAS SCHOOL FOR THE DEAF
SOLICITUD DE ADMISIÓN
1102 South Congress Avenue
Austin, TX 78704

Por favor escriba en letra molde

¿Es esta una solicitud del _____ Distrito o _____ de los Padres?

Información general

Nombre completo del alumno _____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino/Femenino _____ Edad _____ Grado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar de nacimiento _____ Raza _____ # Seguro Social _____

Teléfono/VP _____ # Celular/Texto _____ E-mail _____

El alumno recibe SSI, VA, SS u otro ingreso? Cantidad _____ ¿A nombre de quién? _____

¿Tiene el alumno Medicaid? Sí No # Medicaid _____

¿El alumno (si es mayor de 16 años) alguna vez a solicitado Servicios del Departamento de Servicios de Rehabilitación y Asistencia? (DARS)? Sí No

¿Con quién vive el alumno? _____ Parentesco al alumno _____

Nombre completo del padre/tutor #1 _____ Parentesco: _____ Fecha de Nac _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono/VP _____ # Celular/Texto _____ E-mail _____

Lugar de empleo _____ Teléfono del Trabajo _____

Posición o tipo de trabajo _____ # Seguro Social _____

¿Tiene la custodia legal del alumno? Sí No
Si ha habido un divorcio, por favor envíe la copia más reciente de la sentencia de divorcio a TSD de manera que se pueden identificar la custodia y derechos de visitas. Si usted tiene papeles de custodia, por favor envíe una copia.

¿Cuántos años de escuela terminó el padre/tutor?: _____ Preparatoria Algo de Universidad Universidad

¿Qué idioma deberá usarse en la reuniones y/o llamadas por teléfono/Vídeo teléfono?

Inglés hablado ASL (Señas Manuales Americanas) Español hablado Otro _____

Nombre completo del padre/tutor #2 _____ Parentesco: _____ Fecha de Nac _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono/VP _____ # Celular/Texto _____ E-mail _____

Lugar de empleo _____ Teléfono del Trabajo _____

Posición o tipo de trabajo _____ # Seguro Social _____

Nombre del alumno: _____

¿Tiene la custodia legal del alumno? Sí No

¿Cuántos años de escuela terminó el padre/tutor?: _____ Preparatoria Algo de Universidad Universidad

¿Qué idioma deberá usarse en la reuniones y/o llamadas por teléfono/Video teléfono?

Inglés hablado ASL (Señas Manuales Americanas) Español hablado Otro _____

Padraastro/Tutor/Asistente Social

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono/VP _____ # Celular/Texto _____ E-mail _____

Lugar de empleo _____ Teléfono del Trabajo _____

Contactos

Contactos de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono _____ Tipo: Hogar Cel./Texto VP

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono _____ Tipo: Hogar Cel./Texto VP

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono _____ Tipo: Hogar Cel./Texto VP

¿Hay alguien que no tenga permiso para tener contacto con el alumno? Si No

Nombre _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? _____ ¿A qué hora? _____

Miembros de familia y Otros que Vivan en el Hogar

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	¿Sordo/Oyente?	Parentesco con el alumno
_____			D/H	
_____			D/H	
_____			D/H	
_____			D/H	
_____			D/H	

Nombre del alumno: _____

¿Ha vivido el alumno fuera de casa anteriormente? ¿Cuándo y por cuánto tiempo?

Comunicación y Amplificación

En que idioma prefiere recibir la información escrita de parte de TSD? Inglés Español

Otro _____

¿Cómo se comunica su hijo con usted? hablado gestos señas

¿Cómo se comunica usted con su hijo? hablado gestos señas

¿Su hijo usa aparatos auditivos? Sí No A veces

¿Su hijo tiene Implante Coclear? Sí No

Si tiene implante, ¿Cuándo fue implantado? _____ ¿Todavía lo usa? Sí No

¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un audiólogo? _____

Historia Escolar

Distrito Escolar en su comunidad

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Distrito Escolar donde asiste su hijo (si no es el de su comunidad) _____

Nombre de la escuela a la que asiste el alumno _____

¿Programa Diurno Regional para Sordos? _____ Sí _____ No

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ # Fax _____

Grado actual de su hijo _____

Marque la que mejor describa la colocación educativa actual de su hijo:

clase integrada sordos y oyentes clase con sordos solamente

El alumno ha estado utilizando en el salón de clases: (Marque todas las que correspondan) _____ Solo Señas

Clases con interprete _____ Comunicación Total _____ Oral/Auditivo _____ ASL _____ Señas en Inglés

Nombre del alumno: _____

¿A qué edad comenzó la escuela el alumno? _____

¿Ha sido su hijo suspendido/expulsado de la escuela pública o privada o institución? Sí No
Si afirmativo, por favor explique _____

Escuelas a las cuales asistió:

¿El alumno ha participado anteriormente en un programa Educativo para Sordos? Sí No

¿El alumno ha asistido a TSD antes? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo se dio de baja? _____

Grado	Escuela/Dirección	Residencial/Pública	Fechas
		R/P	
		R/P	
		R/P	
		R/P	
		R/P	

Historial Médico

¿Médico de Cabecera Actual del alumno?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

El actual Otorrinolaringólogo del alumno? (Especialista de Oídos, Nariz y Garganta)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información sobre el Nacimiento:

¿Embarazo de término completo? Sí No

Si su contestación fue no, el parto fue: ¿Prematuro? ¿Se retraso?

Por favor, describa cualquier complicación _____

¿Peso del alumno al nacer? _____ ¿Cuanto midió? _____

Causa de la sordera _____ Edad en la que detecto _____

Nombre del alumno: _____

La sordera comenzó: ¿De repente? ¿fue gradual? ¿Presente al nacer?

¿Su hijo está tomando algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, favor de enlistar los medicamentos:

Medicina	Dosis	Motivo para la medicina
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿El alumno usa lentes o lentes de contacto? Sí No En caso afirmativo, ¿para que actividades? _____

¿El alumno tiene algún otro problema físico? Sí No Explique, en caso afirmativo _____

¿Su hijo tuvo algún retrasos en el desarrollo? Si es así, ¿cuales fueron? _____

Por favor, describa la conducta general y disposición del alumno (incluyendo cualquier comportamiento inusual como el de alejarse, mal humor, hiperactivo, berrinches, etc.) _____

¿Puede el estudiante encargarse de sus necesidades personales? _____

¿Qué preocupaciones/inquietudes tiene de las capacidades del alumno en ayudarse a sí mismo? (ej. Bañarse, ir al baño, vestirse, preparación para la escuela) _____

Firma del Padre de familia/Tutor/Estudiante Adulto _____

Fecha _____

Exhibit 1B

Agencia de Educación de Texas
Cuestionario de Información de Datos Raciales y de Etnicidad de Estudiantes/Miembros de Personal
de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y de miembros de personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del miembro de personal. Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o Africano-Americano – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal)
/(Miembro de personal

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del personal

Fecha

Agencia de Educación de Texas – Marzo 2009

**TEXAS SCHOOL FOR THE DEAF
ENCUESTA SOBRE IDIOMA DEL HOGAR**

Este formulario debe llenarse para todos los estudiantes

STUDENT NAME: _____
Nombre del Estudiante LAST/Apellido FIRST/Nombre MIDDLE/Segundo Nombre

DATE OF BIRTH: _____
Fecha de nacimiento MONTH/Mes DAY/Día YEAR/Año

HOME LANGUAGE SURVEY (Información sobre el idioma que se habla en casa)

1. What language is spoken/used in your home most of the time? _____
¿Cuál es el idioma que más se habla/se usa en su hogar? Language/Idioma

2. What language does the student speak/use most of the time? _____
¿Cuál es el idioma que más habla/usa su niño(a) Language/Idioma

3. STUDENT'S COUNTRY OF BIRTH/Pais natal: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ **DATE:** _____
FIRMA DEL PADRE/MADRE FECHA

Signature of Student (9th grade-ACCESS): _____ **DATE:** _____
FIRMA DEL PADRE/MADRE (9^o grado - ACCESS) FECHA

*FECHA DE ENVIO _____

Texas School for the Deaf
1102 S. Congress Avenue
Austin, TX 78704

Divulgación de Información
 Pedido de Información

**PEDIDO DE AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DIVULGAR
INFORMACION CONFIDENCIAL**

Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Padre/Guardián _____ Teléfono/hogar _____ Teléfono/trabajo _____

Solicitamos su autorización a la persona o agencia citada a continuación para divulgar o pedir al siguiente empleado de la escuela, archivos específicos, con información confidencial sobre el alumno mencionado arriba:

*NOMBRE Y PUESTO DEL EMPLEADO DE LA ESCUELA _____
*PERSONA/AGENCIA A QUIEN SE LE HACE EL PEDIDO o
*PERSONA/AGENCIA QUE HACE EL PEDIDO _____
Texas School for the Deaf
NOMBRE DE LA COOPERATIVA DE EDUCACION ESPECIAL/ISD _____
NOMBRE DE LA PERSONA/AGENCIA _____

DIRECCION 1102 S. Congress Ave, Austin, TX 78704 DIRECCION _____

*ARCHIVOS A SER DIVULGADOS/SOLICITADOS _____ *PROPOSITO DE PEDIDO/DIVULGACION _____
 Datos de Evaluación Psicológica
 Evaluación Integral/de Audiencia/de Acceso a Comunicación
 Notificación y Permiso para Evaluar
 Datos de Evaluación Vocacional
 Documento de Reunión ARD/Plan Educativo Individual del Actual
 Plan de Transición Individual
 Plan para el Manejo de Comportamiento
 Resultados de Pruebas de Acontecimiento/TAAS
 Traslado Educativo
 Datos Médicos [Incluso vacunas y pruebas]
 Otras Eligibilidades
Otro _____

Por favor marque con (✓) donde corresponda. Para obtener más información, llame a: _____ al: (512) 462.5412 Fax 512/ 462.5424

- * He sido completamente informado y entiendo el pedido de mi autorización por parte de la escuela, según se describe más arriba. Dicha información se divulga/se pide al recibir mi consentimiento por escrito.
- * Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.
- * Entiendo que seré notificado por escrito cada vez que se divulgue información relacionada con educación. 1

Se le ha dado a usted una explicación de sus derechos cuando usted o su niño fue remitido por primera vez para una evaluación para educación especial. Los reglamentos federales requieren que se les de a los padres y a los alumnos adultos una explicación completa de todas las garantías procesales [sus derechos] en su lengua nativa o por otro medio de comunicación, cada vez que el distrito propone o niega iniciar o cambiar la identificación, evaluación o colocación educacional de usted o de su niño o a proporcionarle una educación gratuita, adecuada y pública. Se adjunta a este formulario un ejemplar de las Garantías Procesales [sus derechos].
Fecha de entrega _____ a _____ [NOMBRE]

*FIRMA DE PADRE/GUARDIAN, PADRE SUBSTITUTO, ALUMNO ADULTO*FECHA _____

*FIRMA INTERPRETE, SI CORRESPONDE _____ [NUEVA DIRECCIÓN] _____ FECHA _____

Favor de enviar este formulario a Amanda Hewett en Texas School for the Deaf tan pronto como sea posible.
Personal de Escuela

- Obligatorio solamente cuando un distrito escolar no incluye entre sus disposiciones una notificación de que los antecedentes escolares son enviados a otras agencias o instituciones que los soliciten y en las cuales el estudiante trata de inscribirse.
- Indica ítemes obligatorios.

TOMEN NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR LA PERSONA QUE MEJOR CONOZCA LA SALUD DEL ESTUDIANTE. Por favor conteste cada una de las preguntas. Si su contestación es 'sí', explique, por favor en el espacio proveído.

Estimados padres/tutores,

Los informes que se divulgan aquí y en otros documentos de inscripción serán parte del expediente académico de su hijo, y accesible a mucho personal de la escuela. Informes médicos y psiquiátricos se comunican con el personal de cuidado directo en las áreas de residencias e instrucción, si se determina que los informes impactan la educación o seguridad del estudiante. Si hay informes de salud que usted desea que sea confidencial y accesible solo al profesional de salud, favor de presentarlo directamente al personal de la enfermería en el Centro de Salud u otro personal de salud de TSD con instrucciones por escrito sobre el uso del mismo.

SALVO AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA figura a continuación, sólo información acerca de cómo la condición de salud o medicamentos del estudiante afectan su funcionamiento, comportamiento y seguridad en residencias, recreativo o instruccional se dará a conocer a los profesionales ajenos a los proveedores de atención médica de TSD por los proveedores de atención médica.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Alergias: _____

Médico Familiar: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ FAX: _____

Último Examen de Visión: _____ Médico: _____ ¿Lentes? SI No Contactos? SI No

Último Examen Dental: _____ Dentista: _____ ¿Frenos/Frenillos? SI No

¿Ha sufrido el estudiante de alguno de lo siguiente? Comentarios – sea específico y anote si se ha recibido la atención médica para la queja de salud

Alergias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Orinarse en la cama	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Huesos rotos / Luxaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Le salen moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Dolor de Pecho/Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas al masticar o tragar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Mareos / Desmayos / pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas emocionales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Trastorno de los ojos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Resfriados/Dolor de Garganta frecuente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Dolores de Cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón / Soplo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Agotamiento por calor/Insolación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Hemorroides/almorranas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Trastorno de Hiperactividad/atención	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Dolor/Rigidez en las articulaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas en el hígado/riñones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Nerviosismo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Dolor / Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Neumonía / Bronquitis / tos persistente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Pinzamiento de nervios/ entumecimiento/ hormigueo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas con dientes o encla	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Ataques/ Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Estresado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Cambio Repentino en Apetito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Pérdida o aumento de peso inusual	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

Por favor de llenar la forma completamente

Nombre del estudiante: _____

2 of 3

Conmoción cerebral/Herida en la cabeza

Historia de la herida en la cabeza o conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Ha sido noqueado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Ha perdido el conocimiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Ha perdido la memoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuántas veces?	¿Cuándo fue la última conmoción cerebral?	
¿Qué tan grave fue cada una?	¿Cuánto tiempo estuvo restringido de actividad?	

Dispositivos médicos

Implante coclear	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Equipo de protección / Correctivo (ej. Aparato auditivo, rodilleras, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Shunt/derivación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Intubación traqueal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

Si el estudiante es mujer, ¿ya empezó su menstruación? SI No En caso afirmativo, ¿A qué edad empezó?: _____

¿Toma anti-conceptivos? SI No

Sufre de alguno de estos problemas: ¿Cólicos fuertes? SI No ¿Irregularidad? SI No

¿Flujo abundante? SI No ¿Síndrome Premenstrual? SI No

¿Ha sufrido el estudiante alguna de las siguientes enfermedades?

¿A qué edad? ¿Complicaciones?

Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Varicela	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Sarampión	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Meningitis o Encefalitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Paperas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Rubéola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Faringitis estreptocócica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis o expuesto a	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Tos Ferina (Pertussis)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

¿Habido algún síndrome u otra enfermedad/condición que requiere cuidado médico? SI No

En caso afirmativo, ¿qué? _____ ¿Cuándo ocurrió? _____

Escriba el nombre del médico que trató al estudiante por enfermedad, condición o cirugías del pasado:

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Este estudiante esta bajo tratamiento médico actualmente por alguna razón? SI No (incluye al médico familiar)

En caso afirmativo, ¿cuál es la razón?

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ FAX: _____

Médico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ FAX: _____

¿Ha sido el estudiante admitido al hospital o psiquiátrico?

SI No En caso afirmativo, fecha de ingreso: _____ Duración de la estancia: _____

Razón por admisión: _____

Nombre y dirección del hospital: _____

Por favor de llenar la forma completamente

Nombre del estudiante: _____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Por favor Ingrese la relación de la persona en la familia de este estudiante con antecedentes de:

Uso de Droga/Alcohol	Diabetes	Alta Presión.	Anemia de Célula falciforme
Artritis	Condición Emocional/Mental		Derrame cerebral
Trastornos de la Sangre	Epilepsia/Convulsiones	Trastorno inmunológico	Tuberculosis
Cáncer (tipo)	Parálisis Cerebral	Problemas del Riñón	
Sordera	Enfermedad del corazón	Otro:	

Comentarios:

Yo indico mi permiso para revelar completamente toda la información médica / de salud a los siguientes grupos de personas. (Marque todo lo que corresponda) Yo entiendo que este permiso puede ser revocado en cualquier momento. También entiendo que puedo eximir a los hechos específicos de esta liberación con las instrucciones por escrito a los Servicios de Salud Estudiantil u otro proveedor de atención de la salud de TSD.

- Administradores de las escuela Administradores residenciales Personal de instrucción Personal residencial

FIRMA DE PADRE/TUTOR

PARENTESCO AL ESTUDIANTE

FECHA

FIRMA DE ESTUDIANTE ADULTO

FECHA

Por favor de llenar la forma completamente

Texas School for the Deaf (TSD)
Responsabilidad/Consentimiento para Tratamiento Médico del año Escolar Agosto _____ - Julio _____

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Padre o Tutor: _____

Padre/Tutor, mientras su hijo es alumno de TSD usted:

- Usted es responsable por gastos médicos por medicina que pueda recetarse a su hijo.
- Usted es responsable por proveer medicamento para su hijo y debe guardar suficiente medicina en casa para fines de semana y días festivos, y también de arreglar para que el medicamento e informes sean provistos a la persona que suministra el cuidado a su hijo cuando él va a casa en fechas cuando la escuela no se cierra mandatoriamente; y viajes fuera de escuela y hogar. Debe presentar medicamento en envase original de los EEUU. Profesional de cuidado médico debe ser licenciado en los EUA.
- Debe enviar copia de la tarjeta del seguro médico o tarjeta de Medicaid a la Enfermería (según aplique). Debe informar a la Enfermería de todo cambio en su estado de su seguro médico.
- Da permiso para que las enfermeras de TSD puedan comunicarse con el médico de su hijo y así puedan ayudar con el continuo cuidado y para ayudar al médico en el monitoreo de los efectos de los tratamientos.
- De acuerdo con la ley estatal, usted es responsable por mantener las vacunas de su hijo al día. Si el niño no está vacunado de acuerdo con las Directrices del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS), él debe regresar a casa. Los padres deben acompañar a los niños menores para sus vacunas.
- Debe mantener informada a la enfermería de TSD de números de su teléfono, dirección y contactos de emergencia al día.
- Usted es responsable de mantener las necesidades de su médico de cabecera, de visión y dentista para sus necesidades y también obtener exámenes anual durante las visitas a casa, así como también hacer los arreglos para el tratamiento médico de condiciones crónicas.
- Da usted permiso a que su hijo sea evaluado para el virus del VIH y el Hepatitis en caso que el personal u otro alumno sea expuesto a la sangre o fluidos del cuerpo de su hijo.
- Da usted permiso de que TSD consienta cuidado médico para su hijo por personas médicas no parte de TSD, si es necesario para la salud y bienestar de su hijo.
- Entienda usted que personas médicas de TSD se comunicarán cualquier condición de salud y tratamiento medico al personal de instrucción y cuidado directo conforme sea necesario. Información confidencial que no afecta el comportamiento o educación puede ser comunicado en privado con la supervisora de enfermería.
- Usted solicita a la enfermería administrar medicamentos y tratamientos tal como se han recetado a su hijo.

TSD les provee los siguientes servicios:

FARMACIA

TSD contrata con una farmacia para proveer servicio las 24 horas a los alumnos. En caso que se requiera ordenar medicamento para su hijo, se le da a la farmacia la información médico, cobro, y del seguro médico para abrir su cuenta. Si la farmacia no acepta el seguro del alumno, el medicamento se ordenará de la farmacia preferida de los padres. Excepto en emergencias, los medicamentos no se ordenarán hasta obtener el consentimiento de los padres.

MEDICAMENTOS DEL ALUMNO- VER EL MANUAL PARA PADRES Y ESTUDIANTE

Si algún medicamento del alumno debe enviarse a casa, el personal de TSD lo obtiene con su firma de la Enfermería y permite que los padres/tutores lo obtengan con su firma. Si el alumno viaja sin chaperón, el personal de la Enfermería de TSD le informará que el alumno lleva medicamento y el medicamento se empacará en la maleta del alumno.

La enfermería programará el horario de tratamientos y medicamento y vigilará para asegurar que el alumno cumpla, a no ser que los padres pidan lo contrario. Se espera que los alumnos de preparatoria y de ACCESS cumplan con el medicamento y tratamiento con recordatorios limitados, alumnos menores y de necesidades especiales tienen mayor supervisión. La enfermería de TSD empacarán el medicamento necesario para actividades patrocinadas por TSD y personal entrenado en tratamiento médico le ayuda a tomar el medicamento. El medicamento descontinuado por el médico de su hijo podrá ser destruido de una manera segura.

EMERGENCIAS MÉDICAS Y PSIQUIÁTRICAS

En una situación de emergencia, la enfermería de TSD evaluará la condición del alumno y proporcionará atención básica de emergencia. Si es necesario, el alumno será referido a una instalación de emergencia medica. TSD hará todo lo posible por ponerse en contacto con usted lo antes posible. En caso de que un alumno requiera de tratamiento médico o psiquiátrico de emergencia, TSD está autorizado a comunicar información básica de salud, como vacunas, condiciones médicas-psiquiátricas, y medicamentos recetados al proveedor de emergencia y registros de su tratamiento sean comunicados al Centro de Salud de TSD(enfermería).

CUIDADO DE SALUD Y EXAMEN

Cuando el alumno está enfermo/lastimado, él será evaluado y recibirá cuidado médico y medicamento como lo indique la enfermería. En algunas situaciones, se recomienda que el alumno vea al medico de TSD. Recomendación del medico para tratamiento no será iniciado hasta obtener consentimiento de los padres, a menos que la espera cause daño al alumno.

La Enfermería administra pruebas de vista, de escoliosis, y acantosis nigricana requerido por el estado. Los padres pueden encargarse de presentar comprobante que se ha realizado la prueba. Una copia del mismo debe enviarse a la Enfermería.

Mi firma aquí es constancia que he leído y he entendido mis responsabilidades y la parte de la Enfermería de TSD en hacia mi hijo.
Estoy de acuerdo con todo, pero no con las siguientes excepciones:

Firma de Padre / Tutor _____

Fecha _____

Firma del estudiante (mayor de 18 años) _____

Fecha _____

Must be completed by physician/ Debe ser completado por médico

ACTIVITY CLEARANCE FOR STUDENTS WITH MEDICAL CONDITIONS AND/OR IMPLANTED MEDICAL DEVICES

In the interest of students' safety, the TSD Medical Director and Student Health Services policy is:
For certain medical conditions, such as seizure disorders, visual impairments, cardiac conditions, orthopedic impairments or other potentially limiting conditions, each student should be assessed by the student's treating physician and any activity limitations specified in writing.

Con el mayor interés en la seguridad del estudiante, la póliza del Director Médico de TSD y de la Enfermería sigue:
A no ser que el médico privado del estudiante lo libre, el estudiante con implante coclear, shunt, marcador de pasos al corazón, u otros aparatos médicos implantados no se permite participar en deportes competitivos. Actividades físicas normales y clase de gimnasio se permiten y se animan. Si hay alguna pregunta sobre lo propio de alguna actividad, la situación debe revisarse por el médico privado antes de permitir la participación.

For recreational physical activities and P.E., physician clearance is required once on admission to TSD or once when a condition is newly diagnosed if the Student Health Services determines that a potentially limiting medical condition exists. It is part of the annual physical required for participation in competitive athletics. It may also be required again if the condition changes or the student plans to participate in new activities.

For cochlear implants, shunts, pacemakers, and other implanted medical devices no competitive sports are permitted unless previously cleared by the student's private physician. Normal physical activities and PE are allowed and encouraged. If there is a question about the appropriateness of any activity, the situation will need to be reviewed by the patient's private physician before it will be allowed.

Una vez el estudiante es inscrito en TSD, se requiere que el médico lo libre para actividad física y clase de gimnasio. Se requiere esta liberación anualmente para estudiantes que participan en deportes competitivos.)

STUDENT _____
DOB _____

I UNDERSTAND THAT THE ABOVE NAMED STUDENT HAS:

Cochlear Implant Pacemaker Shunt Other (list) _____

Epilepsy Usher's syndrome other visual impairment (describe) _____

Cerebral Palsy Long QT PE tubes or chronic TM perforation _____

Other medical condition(s): i.e. orthopedic, cardiac, respiratory or neurological (describe) _____

If student is 15 or above and has seizure disorder or visual impairment: this student: may may not drive.

If student has seizure disorder, Musculoskeletal or neurological abnormalities, or TM perforation/tubes this student:
 may swim unsupervised may swim with a buddy may not swim may swim with earplugs

Please list other activity restrictions, PE and recreational activities, as well as competitive sports **THAT ARE NOT ALLOWED**. PLEASE BE VERY SPECIFIC ABOUT ACTIVITIES THAT ARE RESTRICTED, ESPECIALLY RELATED TO CONTACT OR EXERTION THAT MIGHT BE CONTRAINDICATED.

THIS STUDENT IS CLEARED FOR ALL ACTIVITIES EXCEPT:

Physician's Signature _____ Date signed _____ Printed/Typed Physician's name _____

Street Address, City, State & Zip _____

(_____) _____ (_____) _____
Phone # Fax #

**Activity Clearance Expires One Year From Date Signed
La Autorización de Actividad se vence un año después de la fecha en que se firmo**

RECORD OF IMMUNIZATIONS

Must be completed by physician/ Debe ser completado por médico

TEXAS SCHOOL FOR THE DEAF follows the immunization requirements specified by the Texas Department of Health. All immunization records must be validated by a physician. If a copy of the original Health Department immunization records is attached, the physician's signature is still required under PART I of this section. If history of illness is used in lieu of vaccine, additional verification is required.

PART I: Immunizations Received (Dates must include month and year)

VACCINE TYPE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
DPT/Td/Tdap	1	2	3	B	B	B
HEPATITIS A						
HEPATITIS B						
HIB						
MCV 4						
MEASLES						
MUMPS						
PCV						
POLIO	1	2	3	B	B	
RUBELLA						
VARICELLA				Date of VARICELLA ILLNESS		
OTHER						
OTHER						
OTHER						
OTHER						
OTHER						

CURRENT TUBERCULOSIS SCREENING REQUIRED: Result of skin test/chest x-ray _____

(Within 12 month) Date given _____ Date read _____

****PHYSICIAN VALIDATION (Required):**

I, the undersigned physician, hereby certify this to be a true and accurate record of this student's immunization status.

Physician's Signature

PART II: MEDICATIONS

If this student will be taking any medication while at school, we must have a written physician's order on file before we may administer the medication. Please provide this documentation in the space provided below. Unless otherwise prescribed, the stop date is the end of the current school year.

MEDICATION, DOSAGE, ROUTE AND FREQUENCY

STOP/DATE

1. _____
2. _____
3. _____

I authorize the licensed nursing staff of Texas School for the Deaf to act as my agent to order the above medications from pharmacies.

Physician's Signature _____

Printed/Typed Name of Physician _____

D.E.A. # _____

Date of Examination _____

Physician's Address & Telephone # _____

Copy - Health Center

TEXAS SCHOOL FOR THE DEAF
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE

El personal médico de Texas School for the Deaf pide que llenen la información a continuación por completo. De no hacerlo puede resultar en una demora en el tratamiento médico.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:		Seguro Social:	Sexo:
Fecha de Nacimiento:	Grado:	Nombre del Médico:	
Teléfono del Médico:		Fax del Médico:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO ___ HMO ___ PPO ___ Otro

Nombre del Seguro:		Dirección:	
Número de Teléfono:		Empleador:	
Nombre del Asegurado:		Titular de la póliza:	
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Número de Medicaid:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO ___ HMO ___ PPO ___ Otro

Nombre del Seguro:		Dirección:	
Número de Teléfono:		Empleador:	
Nombre del Asegurado:		Titular de la póliza:	
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Número de Medicaid:	

POR FAVOR DE MARCAR AQUI SI SU HIJO NO TIENE SEGURO MÉDICO.

******Nota:** Favor de enviar copia de tarjeta del seguro médico. (Tarjetas de Medicaid deben enviarse mensualmente.)

******Nota:** Favor de enviar informes si el seguro medico cambia o tiene algun cambio.

******Nota: PARA ESTUDIANTES RESIDENCIALES:** Puede ser que su seguro cubra sólo emergencia fuera de su área. Favor de informar a su compañía de seguros que su hijo vivira en Austin de lunes a viernes durante el año escolar. Pregunte a su seguro medico cómo puede obtener un especialista en Austin para el cuidado medico por corto tiempo, si se presentara la necesidad. **POR EJEMPLO:** cuidado ortopédico después de romperse un hueso.) Por favor no esperen a que haya una emergencia.

******Nota: PARA ESTUDIANTES RESIDENCIALES CON MEDICAID:** Si están bajo el programa STAR o STAR+, quizás quieran cambiar el plan de Medicaid. Hablen con nosotros para conocer las opciones que pueden hacer el acceso a cuidado médico en Austin más fácil.

Cuestionario acerca el tuberculosis

Estimado padre:

El examen de tuberculosis no se requiere para niños menores de 3 años. Usted no necesita llevar a su niño con el médico para un examen formal de tuberculosis.

Favor de marcar el cuadro que aplica en el tablero (sí, no, no sé), y conteste las dos preguntas en seguida del cuadro.

Esto será toda la información que necesitamos para admisión al Programa de padres y bebés en TSD.

Gracias.

Cuestionario de Tuberculosis

Nombre del niño o niña _____

Organización _____ Fecha _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un periodo corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí ___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No ___
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí ___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No ___

Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

¿Se administró PPD? Sí ___ No ___

Si sí,

Fecha en que fue administrada ___/___/___ Fecha de lectura ___/___/___ Resultado de la prueba ___ mm

Tipo de proveedor de servicio (ej.: escuela, Health Steps, otras clínicas) _____

Administrador de PPD _____
 firma nombre en letra de molde (imprenta)

Número de teléfono del administrador de PPD _____

Ciudad _____ Condado _____

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí ___ No ___

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica, etc.) _____



Texas School for the Deaf Cuestionario familiar de visión confidencial

Estudiante _____

Nombre de persona llenando esta forma: _____		Parentesco con el estudiante: _____	
Si su hijo ha usado lentes, ¿qué edad tenía cuándo se los pusieron? _____ años			
¿Tiene su hijo problema para ver de objetos de lejos pero no de cerca? (miope)	SI	No	
¿Tiene su hijo problema para ver de cerca pero no de lejos? (hipermétrope)	SI	No	
¿Su hijo se ha quejado de dolor de cabeza cuando lee?	SI	No	
¿Su hijo se ha quejado de vista borrosa alguna vez?	SI	No	
¿Tiene su hijo dificultad para ver de noche o en la oscuridad?	SI	No	
¿Tiene su hijo miedo a la oscuridad o a las sombras?	SI	No	
¿Tiene su hijo dificultad para ver las estrellas en la noche?	SI	No	
¿Tiene su hijo dificultad para encontrar objetos pequeños que se han caído al piso?	SI	No	
¿Su hijo alguna vez a ignorado o no ha visto a una persona parada o haciendo señas a su lado?	SI	No	
¿Su hijo tiene dificultad viendo el lenguaje de manual o gestos en luz tenue?	SI	No	
¿Se mueve su hijo hacia atrás para ver a las personas usando señas/fotos?	SI	No	
¿Se queja su hijo de que le lastima o le molesta la luz?	SI	No	
¿Necesita su hijo usar lentes de sol para ver en la luz del sol?	SI	No	
¿Parece incómodo/ansioso cuando sus ojos tienen que adaptarse a los cambios de luz?	SI	No	
¿Alguna vez ha confundido colores?	SI	No	
Si es así, los colores fueron: <input type="checkbox"/> rojo y verde <input type="checkbox"/> Amarillo y azul <input type="checkbox"/> Colores oscuros marino, negro, o café			
¿Cuándo fue su último chequeo de la vista? _____		Nombre del doctor: _____	
¿A qué edad caminó solo su hijo? _____ meses			
¿Su hijo gateaba o se movía de manera inusual? (favor de describir al reverso de la hoja)	SI	No	
¿Su hijo arrastra los pies al caminar?	SI	No	
¿Camina su hijo con sus pies más abiertos que otros niños?	SI	No	
¿Piensa usted que su hijo es más torpe que otros niños de su misma edad?	SI	No	
¿Su hijo choca frecuentemente con objetos o sillas al caminar?	SI	No	
¿A la hora de comer su hijo derriba cosas en la mesa?	SI	No	
¿Se tropieza su hijo en escaleras, banquetas o le cuesta trabajo caminar en un piso irregular?	SI	No	
¿Tuvo la madre problemas durante el embarazo o al dar a luz? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
Peso al nacer: _____			
Su hijo nació prematuro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas semanas antes? _____			
¿Tuvo su hijo problemas? como: <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Problemas para respirar <input type="checkbox"/> Meningitis			
Otro: _____			
¿Cuánto tiempo permaneció el bebe en el hospital después de nacer? _____ días			
¿Estuvo su bebe con oxígeno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Por cuanto tiempo? _____			

Favor de regresar al Centro de Salud de TSD

SHARS

Estimado Padre/Tutor:

Para mejor proveer servicios de calidad, Texas School for the Deaf es proveedor aprobado por Salubridad escolar y servicios relacionados (sigla SHARS en Inglés) para participar en el programa Medicaid de Texas. Si usted actualmente está bajo el programa de Medicaid, TSD puede obtener fondos del Programa de Texas de Asistencia Médica (Medicaid) por proveerle a su hijo con cualquiera de los siguientes servicios como se determinan necesarios por el comité de admisiones, revisiones y despedida (sigla ARD en Inglés) declarados por el Plan de educación individual (sigla IEP en Inglés) de su hijo.

Evaluación
Servicios diagnósticos médicos
Terapia física

Audiología
Servicios de salud académica
Terapia de habla

Consejería
Terapia laboral
Servicios psicológicos

Si usted o su hijo se cubren por otra aseguración de salud, el distrito debe saberlo. No podemos solicitar fondos de Medicaid si algunos de estos servicios se cubren por otro seguro. Sin embargo, siéntanse seguros que el distrito no tomará ninguna acción que le pueda costar a usted.

Como padre, usted tiene el derecho de elegir un proveedor que no sea el distrito escolar; sin embargo, el proveedor que usted elija debe ser uno aprobado por SHARS. Un proveedor aprobado puede ser la escuela, otra agencia, otra persona u organización seleccionada por el padre y que califica para proveer servicios. Cualquier proveedor seleccionado por el padre debe acordar de:

- Proveer los servicios específicos como se anotan en el IEP
- Proveer el servicio o servicios en un ambiente de menos limitación como está escrito en el IEP y
- Mantener y entregar todo registro e informes como requiere la escuela.

Si tiene usted alguna pregunta acerca de esta información, favor de llamar a la persona de contacto en el distrito escolar anotada en seguida. Gracias.. Persona de contacto en la escuela: Srta. Brenda Fraenkel
Teléfono: 512/462.5412

Firma de padre o tutor

Fecha

PASE LISTA DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVAR A SU HIJO FUERA DEL RECINTO ESCOLAR:

(Estos se limitan a familia inmediata, tíos, tías, primos, hermanos, hermanas, abuelos. Cualquier otro debe presentar permiso escrito por el padre/tutor al tiempo de la solicitud).

1. Nombre _____ Parentesco _____ Pasará la noche? Sí___ No___
Dirección _____ Teléfono _____

2. Nombre _____ Parentesco _____ Pasará la noche? Sí___ No___
Dirección _____ Teléfono _____

3. Nombre _____ Parentesco _____ Pasará la noche? Sí___ No___
Dirección _____ Teléfono _____

FAVOR de hacernos saber de cualquier cambio en DIRECCIÓN, TELÉFONO y NÚMEROS PARA EMERGENCIAS, ESPECIALMENTE NÚMEROS TELEFÓNICOS NO EN EL GUÍA TELEFÓNICO con llamar a la oficina de Archivos al a512/462.5412. ¿Hay alguien que no debe contactar a su niño? Sí___ No___
Si es así, TSD debe tener la documentación legal archivada.

Instrucciones para permisos en general

Estimado Padre:

Estos permisos se utilizan para todos los estudiantes en TSD. Claramente muchos de estos no aplican a niños en el Programa de padres y bebés.

Los permisos que sí debemos obtener de usted son:

- 1. Comunicado de prensa**
- 2. Uso del trabajo del estudiante**
- 3. Viajes de campo**
- 4. Actividades en agua en TSD**

**Favor de indicar "sí" o "no" para cada uno de los permisos en este formulario.
Gracias.**

PERMISO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE NATACIÓN

Estimados Padres: Se necesita lo siguiente antes que su hijo pueda participar en cualquier actividad de natación: (1) permiso suyo; (2) permiso de parte de la Enfermería TSD; y (3) su hijo debe pasar por prueba bajo un salvavidas y así poder identificar el nivel de natación de él – ya sea ‘nadador en aguas hondas’, o ‘nadador en aguas superficiales, o ‘no es nadador’. Todo supervisor de su hijo estará enterado de la capacidad de su hijo.

Favor de Indicar SÍ o NO en Cada Actividad para Dar o Negar Permiso.

Permiso de Padre	Tipo de Actividad
1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Actividades en Charcos de TSD y Otros Sitios de Natación</p> <p>Los alumnos de vez en cuando van a charquear en aguas de 18 pulgadas de hondo o menos, cuando van en viajes de campo a arroyos, estanques u otras localidades donde se permite jugar en aguas superficiales. También se puede jugar en albercas de goma dentro o fuera del recinto TSD.</p>
2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Actividades de Instrucción en Natación en TSD</p> <p>Las instrucciones de natación se llevan a cabo en el Centro de Natación TSD. La natación es para enseñarle al alumno a nadar o actuar en actividades de agua cuales él debe aprender antes de aprender a nadar. Un salvavidas o maestro de seguridad en agua presentan el estudio a los alumnos y el salvavidas está en guardia durante la actividad.</p>
3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Recreación en Natación en TSD o Albercas Fuera del Recinto</p> <p>Actividades de recreación en natación se llevan a cabo en el Centro de Natación TSD y en albercas fuera del recinto. Se permite que los alumnos entren a la alberca a jugar o nadar según su nivel de capacidad. Un salvavidas supervisa natación de recreación.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Actividades de Recreación en Aguas Naturales</p> <p>Pueda ser que TSD conduzca actividades de recreación en lagos, estanques, u otras aguas naturales. TSD asegura que esté presente un salvavidas u otra supervisión necesaria para estas actividades</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Actividades de Recreación en Barcos sin Motor</p> <p>Pueda ser que TSD conduzca actividades de recreación en barcos de pedal, en canoas, en barco de rema, en lanchas, y barcos de vela. En este tipo de actividad, el alumno se supervisa de una manera en cual él puede seguramente disfrutarlo.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Actividades de Recreación en Barcos de Vela y de Motor</p> <p>Pueda ser que TSD conduzca actividades de recreación cuales se llevan a cabo en barcos grandes de motor, en barcos de vela, chalupas, y en barcos de pesca. En este tipo de actividad, el alumno se supervisa de una manera en cual él puede seguramente disfrutarlo.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p style="text-align: center;">Esquiar o Romper Olas como Recreación</p> <p>Algunos alumnos seleccionados pueden tener la oportunidad de participar en actividades de esquiar y romper olas. Se provee supervisor dentro del agua para todas estas actividades.</p>

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Alumno: _____

Permisos Generales

Favor de Indicar su Permiso con Marcar sí o no en Cada Actividad

4.

Permiso		Tipo de Actividad
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Permiso para medios de comunicación</p> <p>Doy permiso a Texas School for the Deaf para tomar fotografías, cintas de audio, y/o video de mi hijo para la cobertura de noticias en los medios de comunicación, medios electrónicos, folletos de la escuela, publicidad relativa a la participación en actividades co-curriculares o extracurriculares, u otros eventos, cuando la cobertura no cause responsabilidades excesivas y/o ofrezca oportunidades positivas de las relaciones públicas.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Permiso del uso de trabajos del estudiante</p> <p>Doy permiso a Texas School for the deaf para mostrar o publicar obras de arte de mi hijo o proyectos especiales en el sitio web de la escuela y/ o en publicaciones de la escuela. TSD se compromete a utilizar los proyectos de los estudiantes o la ilustración de esta manera solamente.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Viajes de Campo</p> <p>Doy mi permiso a Texas School for the Deaf para que mi hijo salga del recinto con maestros, con personal de dormitorio u otro personal autorizado par a actividad patrocinada por TSD.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Servicios de Residencia/Vida Estudiantil</p> <p>Permito que mi hijo participe en actividades de los Servicios de Residencia o del programa Vida Estudiantil fuera del recinto escolar. Estas actividades incluyen ir a parques o restaurantes dentro y fuera de la ciudad de Austin, parques de diversión fuera de Austin, parques de agua dentro y fuera de Austin, y otras variedades de diversiones.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Actividades Religiosas</p> <p>Permito que mi hijo de Intermedia o Secundaria participe en servicios y actividades patrocinadas por la Iglesia Jesús Luterano al cruzar la calle de TSD o por la Iglesia Sur Congress para Sordos a dos cuadras del recinto escolar.</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<p style="text-align: center;">Privilegios Fuera del Recinto Escolar</p> <p>Permito que mi hijo de Secundaria se "gane el privilegio" de salir fuera del recinto escolar con cuando menos un otro alumno de secundaria hasta tres horas.</p>
<input type="checkbox"/> Sí		<p style="text-align: center;">Internet*</p> <p>Permito que mi hijo participe en el sistema de comunicación electrónico e Internet de TSD y certifico que los informes en este documento son verdaderos. Entiendo que para que mi hijo pueda participar en este sistema, yo debo dar mi permiso para su acceso al Internet.</p> <p>Como consideración por el privilegio de usar el Internet escolar y el sistema electrónico de comunicación, y en consideración por tener acceso a las redes públicas, con ésta yo libro a la Escuela, sus operadores, y toda institución asociada de todo reclamo y daño de toda naturaleza que pueda resultarle a mi hijo por el uso o inabilidad de usar el sistema, incluyendo pólizas y regulaciones administrativas.</p> <p style="text-align: center;"><i>*Por favor, consulte la sección "Uso indebido de computadoras e Internet" en el Código de Conducta Estudiantil.</i></p> <p style="text-align: center;">O</p>
	<input type="checkbox"/> No	No permito que mi hijo participe en el sistema de comunicación electrónica e Internet de la Escuela ni que TSD

Firma de Padre o Guardián

Fecha

*FECHA DE ENVIO:

Texas School for the Deaf
1102 South Congress Ave
Austin, TX 78704

x Solicitar información
x Información Liberada

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Número de Seguro Social: _____

Para el padre/tutor/estudiante adulto: Texas School for the Deaf está obteniendo su consentimiento de que usted ha sido informado antes de la divulgación de información confidencial del estudiante nombrado. Si usted indica en Sí en respuesta a todas las declaraciones y firmar a continuación en la parte inferior, usted está dando su consentimiento para la divulgación de información confidencial.

Departamento de audiología

NOMBRE Y POSICION DEL PERSONAL DE LA ESCUELA _____ NOMBRE DE PERSONA / AGENCIA _____
DIRECCIÓN: 1102 South Congress _____ DIRECCIÓN: _____
Austin, Texas 78704 _____

* EXPEDIENTE(S) QUE SERÁN DIVULGADOS/ LIBERADOS	*PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN
Información audiológica y de implante coclear	Coordinación de servicios audiológicos

Favor de marcar (✓) las casillas correspondientes a continuación. Para mas información llamar a:
al (512)

PERSONAL DE LA ESCUELA	NUMERO DE TELEFONO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
*He sido plenamente informado y comprendo que la solicitud de mi consentimiento de esta agencia, como se ha descrito anteriormente. Esta información se dará a conocer a partir de la recepción de mi consentimiento escrito.	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
*Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puede ser revocado.	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
*Entiendo que se avisara por escrito de cada de cada liberación de la información relacionada con la educación.	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
* La información proporcionada se me ha dado en mi idioma nativo u otro modo de comunicación.	

* Sus derechos le fueron explicados cuando usted / su hijo fue inicialmente contemplado para la evaluación de educación especial. Regulaciones federales requieren que a los padres y estudiantes adultos se les proporcione una explicación completa de todas las garantías procesales (derechos) en su idioma nativo u otro modo de comunicación cada vez que el distrito propone o se niega a iniciar o cambiar la identificación, evaluación o colocación educativa de usted o su hijo o la prestación de una educación pública gratuita apropiada (FAPE) para usted o su hijo. Una copia de las garantías procesales (derechos) se le proporciona a su solicitud.

*FIRMA DE PADRES, GUARDIAN, PADRES SUSTITUTOS O ESTUDIANTE ADULTO _____ *FECHA _____
(NUEVA)
DIRECCIÓN _____

*FIRMA DEL INTERPRETE, SI SE USO _____ *FECHA _____

FAVOR DE REGRESARLA A : _____ at: _____
PERSONAL DE LA ESCUELA ADMISIONES/EXPEDIENTES

Se requiere únicamente cuando un distrito escolar no incluye en su póliza un aviso, de que expedientes se envlan a otras agencias o instituciones que han solicitado los expedientes y en el cual el estudiante busca o tiene la intención de inscribirse. *Indica los puntos necesarios

AND/OR IMPLANTED MEDICAL DEVICES

In the interest of students' safety, the TSD Medical Director and Student Health Services policy is:

For certain medical conditions, such as seizure disorders, visual impairments, cardiac conditions, orthopedic impairments or other potentially limiting conditions, each student should be assessed by the student's treating physician and any activity limitations specified in writing.

Con el mayor interés en la seguridad del estudiante, la póliza del Director Médico de TSD y de la Enfermería sigue: A no ser que el médico privado del estudiante lo libre, el estudiante con implante coclear, shunt, marcador de pasos al corazón, u otros aparatos médicos implantados no se permite participar en deportes competitivos. Actividades físicas normales y clase de gimnasio se permiten y se animan. Si hay alguna pregunta sobre lo propio de alguna actividad, la situación debe revisarse por el médico privado antes de permitir la participación.

For recreational physical activities and P.E., physician clearance is required once on admission to TSD or once when a condition is newly diagnosed if the Student Health Services determines that a potentially limiting medical condition exists. It is part of the annual physical required for participation in competitive athletics. It may also be required again if the condition changes or the student plans to participate in new activities.

For cochlear implants, shunts, pacemakers, and other implanted medical devices no competitive sports are permitted unless previously cleared by the student's private physician. Normal physical activities and PE are allowed and encouraged. If there is a question about the appropriateness of any activity, the situation will need to be reviewed by the patient's private physician before it will be allowed.

Una vez el estudiante es inscrito en TSD, se requiere que el médico lo libre para actividad física y clase de gimnasio. Se requiere esta liberación anualmente para estudiantes que participan en deportes competitivos.)

STUDENT _____

DOB _____

I UNDERSTAND THAT THE ABOVE NAMED STUDENT HAS:

Cochlear implant Pacemaker Shunt Other(1st) _____
 Epilepsy Usher's syndrome other visual impairment (describe) _____
 Cerebral Palsy Long QT PE tubes or chronic TM perforation _____
 Other medical condition(s): i.e. orthopedic, cardiac, respiratory or neurological (describe) _____

If student is 15 or above and has seizure disorder or visual impairment: this student: may may not drive.

If student has seizure disorder, Musculoskeletal or neurological abnormalities, or TM perforation/tubes this student:
 may swim unsupervised may swim with a buddy may not swim may swim with earplugs

Please list other activity restrictions, PE and recreational activities, as well as competitive sports THAT ARE NOT ALLOWED. PLEASE BE VERY SPECIFIC ABOUT ACTIVITIES THAT ARE RESTRICTED, ESPECIALLY RELATED TO CONTACT OR EXERTION THAT MIGHT BE CONTRAINDICATED.

THIS STUDENT IS CLEARED FOR ALL ACTIVITIES EXCEPT:

Physician's Signature

Printed/Typed Physician's name

Street Address, City, State & Zip

() _____
Phone #

() _____
Fax #

DEA #
(for controlled drugs RX)

UPIN #
(for lab orders)

Date signed

SCHOOL YEAR AUGUST 20____ - JULY 20____

