

NECESIDADES MÉDICAS Y AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

Año Escolar 2019-2020
Programas Educativos y Servicios de Apoyo Estatales
Para Niños Sordos o con Dificultades Auditivas

Fotografía del Estudiante ID

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

PESO ACTUAL: _____ MASCULINO FEMENINO

Tiene su hijo una licencia válida para conducir: SI NO

DISTRICTO ESCOLAR: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

EDUCADOR PARA SORDOS: _____

NUMERO DE CELULAR DEL ESTUDIANTE: _____ MENSAJE POR TEXTO SI NO

CORREO ELECTRONICO DEL ESTUDIANTE: _____

PADRE (o Guardián Legal) 1: _____ PADRE (o Guardián Legal) 2: _____

IDIOMA del Hogar: _____ TELEFONO DE CASA: (____) _____

DOMICILIO: _____
Calle/ P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

CORREO ELECTRONICO (del Padre/Guardián 1): _____

CORREO ELECTRONICO (del Padre/Guardián 2): _____

DE CELULAR (del Padre/Guardián 1): (____) _____ MENSAJE POR TEXTO SI NO

DE CELULAR (del Padre/Guardián 2): (____) _____ MENSAJE POR TEXTO SI NO

EMPLEADOR (del Padre/Guardián 1): _____ # DEL TRABAJO: (____) _____

EMPLEADOR (del Padre/Guardián 2): _____ # DEL TRABAJO: (____) _____

POR FAVOR MARQUE SI SU HIJO TIENE: Asma Trastorno convulsivo Alergia que amenaza su vida
 Carga un inhalador Carga un EpiPen Plan de salud individual (por favor adjunte) Plan de comportamiento (por favor adjunte)

¿SU NIÑO TIENE ALGUN MEDICAMENTO QUE NECESITE TOMAR?

NO SI (Si su respuesta es sí, por favor anote los medicamentos en la página 2.)

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (Por favor anote 2)

Si **no** podemos contactarnos con usted, por favor indique a los **miembros de la familia o amigos** (que no sean los padres) a quienes debemos contactar en caso de emergencia:

NOMBRE (Contacto 1): _____ RELACION: _____

DOMICILIO: _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ # de Celular: (____) _____ # del Trabajo: (____) _____

NOMBRE (Contacto 2): _____ RELACION: _____

DOMICILIO: _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ # de Celular: (____) _____ # del Trabajo: (____) _____

INFORMACION DE SALUD

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU NIÑO NECESITA TOMAR (Adjunte una hoja adicional si es necesario)
 Por favor envíe el medicamento en su envase original e indique la dosis diaria que debe tomar. Por favor envíe solo la cantidad necesaria y una dosis extra.

Droga _____	Dosis: _____	Horario de Dosis: _____
Droga _____	Dosis: _____	Horario de Dosis: _____
Droga _____	Dosis: _____	Horario de Dosis: _____
Droga _____	Dosis: _____	Horario de Dosis: _____
Droga _____	Dosis: _____	Horario de Dosis: _____

Instrucciones Especiales: _____

MEDICAMENTO SIN PRESCRIPCION: La siguiente es una lista de medicamentos comunes que a menudo se encuentran en un botiquín de primeros auxilios. Indique qué medicamentos se pueden usar para tratar a su hijo, si es necesario. Cualquier medicamento que no indique como aceptable para su hijo no se utilizará para tratar a su hijo.

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pomada Neosporin Primer Auxilio | <input type="checkbox"/> Tylenol | <input type="checkbox"/> Crema anti fúngico | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno |
| <input type="checkbox"/> Peróxido de Hidrogeno | <input type="checkbox"/> Repelente de Insectos | <input type="checkbox"/> Pomada de Benadryl | <input type="checkbox"/> Midol |
| <input type="checkbox"/> Bloqueador solar | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol | <input type="checkbox"/> Gotas para la Tos/Jarabe | <input type="checkbox"/> Molestia por movimiento |
| <input type="checkbox"/> Medicina de Resfriado/Gripe | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos medicamentos pueden ser usados para tratar a mi hijo | | |

ALERGIAS: Marque "Sí" o "No" para cada línea a continuación y anote las alergias de su hijo. Si responde "Sí", verifique más casillas correspondientes.

Contacto: el niño experimenta una reacción cuando se le introduce directamente al alérgeno (ejemplo, cuando come un alimento o cuando toca un caballo).

Aerotransportado: el niño experimenta una reacción cuando se le introduce indirectamente al alérgeno (por ejemplo, se sienta al lado de alguien que ha comido un alimento o montado en un caballo).

ALERGIA	SI	NO	LEVE	MOD.	SEVERO	Contacto	Aerotransportado
Comida: Cacahuete/Maní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida: Nuez de Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piquetes de Avispa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS ALERGIAS A COMIDAS O INTOLERANCIA: _____

OTRAS RESTRICCIONES DE LA DIETA: _____

OTRAS ALERGIAS A DROGAS/MEDICINAS: _____

OTRAS ALERGIAS: (Por favor indique también cualquier medicamento antídoto que su hijo necesite si desarrolla alergias):

INFORMACION SOBRE LA ASEGURANZA Y EL MEDICO:

DOCTOR PRIMARIO: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

DENTISTA PRIMARIO: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

COMPANIA DE LA ASEGURANZA: _____ NUMERO DE ID DEL MIEMBRO: _____

Información Adicional de la Aseguranza o Número de Grupo: _____

HISTORIAL DE SALUD Y AUTORIZACIONES

Marque "Sí" o "No" para cada pregunta a continuación e ingrese una fecha, si corresponde. Tiene /a tenido / es su hijo:

	SI	NO	FECHA
1. ¿Tuvo alguna lesión reciente, enfermedad o enfermedad contagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Ha quedado inconsciente, sufrió una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ¿Tiene una enfermedad/condición crónica recurrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ¿Alguna vez tuvo una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ¿Tiene problemas en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. ¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. ¿Tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. ¿Tiene migraña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. ¿Tiene una enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. ¿Tiene una enfermedad hepática (hígado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. ¿Tiene enfermedad renal (riñones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. ¿Tiene hábitos de sueño inusuales o moja la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. ¿Tiene dificultades de comportamiento o emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. ¿Tiene alguna limitación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. ¿Tiene algún diagnóstico/síndrome (ejemplo Síndrome de Down, Asperger, ADHD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. ¿Tiene frecuentes infecciones en los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. ¿Tiene algún defecto cardíaco/enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. ¿Tiene un desorden de sangrado/coagulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. ¿Tiene hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. ¿Tiene mononucleosis (mono) tiene ahora o ha tenido en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. ¿Está al corriente con las inmunizaciones requeridas para la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fecha de la última vacuna contra el tétano _____

Por favor explique las respuestas "sí" a las preguntas del 1-21, anotando el número de la pregunta (adjunte papel adicional si es necesario):

Por favor proporcione cualquier otra inquietud o información adicional que sea importante que nuestro personal sepa acerca de su hijo:

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: doy mi permiso para que el personal llame a un médico o servicio médico de emergencia y para que el médico, hospital o servicio médico proporcione atención médica o quirúrgica de emergencia a _____, mi hijo, en caso de emergencia. Se entiende que el personal regional hará un esfuerzo concienzudo para localizar a los padres / tutores y / o cualquier contacto de emergencia que se detalla en este formulario lo antes posible. El padre / tutor aceptará el costo del tratamiento médico o quirúrgico.

SI

NO

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS RECETADOS: doy mi permiso para que un miembro del personal entrenado le distribuya a mi hijo sus medicamentos que están anotados en estas formas, en actividades en las que participe.

SI

NO

No a medicamentos recetados

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

AUTORIZACION PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCION: doy mi permiso para que un miembro del personal entrenado le distribuya a mi hijo los medicamentos sin prescripción, si es necesario, que están marcados en estas formas.

SI

NO

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

INFORMACION GENERAL

Por favor describa las habilidades de su hijo para la natación:

- No sabe nadar/tiene miedo al agua Juega en el agua/ habilidades limitadas
 Nadador principiante Avanzado/puede estar en la parte onda

¿Su hijo usa lentes? SI NO¿Su hijo tiene pérdida visual significativa? SI NO¿Su hijo usa aparato amplificador? SI NO

- Tipo de amplificador: Aparato Auditivo (oído derecho) Aparato Auditivo (oído izquierdo)
 Implante Coclear (oído derecho) Implante Coclear (oído izquierdo)
 BAHA (oído derecho) BAHA (oído izquierdo) Otro _____

Severidad de la pérdida auditiva: Ligero Moderado Severo ProfundoMétodo de comunicación preferido: Oral Lenguaje de señas Comunicación total
Mi hijo utiliza la ayuda de un intérprete de señas en la escuela: Yes No**AUTORIZACIONES**

AUTORIZACION PARA TRANSPORTAR AL ESTUDIANTE: Los Programas Regionales de Nebraska se esforzaran por proveer transporte para las actividades patrocinadas por los Programas Regionales de Nebraska. El transporte para las actividades regionales sera decisión de cada coordinador regional y su administrador. El numero de estudiantes y miembros del personal que asistan, determinara si se obtendra un camion o una van. Yo comprendo que los horarios seran distribuidos en cuanto los coordinadores hayan recibido las hojas de registro. Yo le doy el permiso a los Programas Regionales de Nebraska de transportar a mi hijo a las actividades regionales o estatales. Yo llevare a mi hijo a los lugares donde sera recogido y dejado, a tiempo para que el camion/van mantenga su horario.

 SI NO

AUTORIZACION PARA OBTENER EL PLAN INDIVIDUAL DE SALUD/COMPORTAMIENTO: Yo doy permiso al personal de el Programa Regional de Nebraska de contactar a la escuela de mi hijo para obtener los records de su plan individual de salud/comportamiento.

 SI NO Mi hijo no tiene plan individual de salud o de comportamiento.**AUTORIZACION PARA VIDEOS/FOTOGRAFIAS:**

Yo doy permiso para que fotos/videos de mi hijo sean usados por Programas Regionales de Nebraska para promocion, presentaciones, calendarios/boletines.

 SI NO

Yo doy permiso para que los videos/fotos de mi hijo sean usados en las paginas web de los Programas Regionales de Nebraska.

 SI NO

Yo doy permiso para que videos/fotos de mi hijo sean usados en las redes sociales (Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, Snapchat, etc.) para promover los Programas Regionales de Nebraska.

 SI NO

Yo doy permiso para para que videos/fotos de mi hijo sean usados por agencias y periodicos locales con nexos a los programas Regionales de Nebraska.

 SI NO

Yo doy permiso para que videos/fotos de mi hijo sean compartidos con los participantes de las actividades.

 SI NO

Yo doy permiso para que el nombre de mi hijo se usado en conexión con videos/fotos de mi hijo.

 SI NO

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES: Yo doy permiso para que mi hijo participe en todas las actividades EXEPTO las siguientes: _____

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha: _____

POLIZA DE TECNOLOGIA

Los programas regionales proveen actividades que son educativas, enriquecedoras y seguras. Estas actividades también proveen oportunidades para que los niños sordos o con problemas auditivos puedan socializar. Los programas regionales al igual que los padres y las escuelas, están aprendiendo a tratar con los avances tecnológicos. Aquí están algunas reglas que los Programas Regionales esperan que sus estudiantes sigan durante y después de las actividades:

- No se permite el uso de teléfonos celulares durante los talleres, lecciones, instrucciones y / o direcciones.
- No se usa el teléfono celular de manera inapropiada durante los momentos sociales (es decir, sexting o acoso).
- Para proteger la privacidad de todos, se desaconseja encarecidamente la publicación pública de fotos personales de las actividades del Programa Regional en las redes sociales. Esto incluye Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, Snapchat, etc.
- No se pueden publicar comentarios inapropiados en relación con las actividades del Programa Regional en las redes sociales, como Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, Snapchat, etc.

He leído las reglas y regulaciones anteriores que concuerdan con la tecnología en las actividades de los Programa Regionales.

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

He repasado las reglas y lineamientos con mi hijo y estoy consciente de que se espera que mi hijo siga estas reglas. El personal se reserva el derecho de recoger los aparatos tecnológicos durante las actividades a su discreción. Estoy consciente que muchos estudiantes tienen cámaras y tomaran fotos en las actividades de los Programas Regionales y que fotos donde salga mi hijo podrían ser publicadas en Internet por otros estudiantes. Los Programas Regionales de Nebraska no se hacen responsables por artículos dañados, perdidos o robados, incluyendo dinero.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Aquí hay algunas sugerencias para estudiantes que usan redes sociales:

- No publiques nada que tus padres, el director, tu maestro o un depredador no deban ver.
- Lo que publicas en línea se queda en línea -¡Para siempre! Así que **Piensa antes de hacer click!**
- No hagas o digas nada en línea que no debas decir o hacerle a una persona cara a cara.
- Protege tu privacidad y la de tus amigos. **Pide permiso antes de publicar algo acerca de ellos o que tenga su foto.**
- Revisa lo que tus amigos estén publicando o diciendo de ti en línea. Aunque tengan cuidado podrían ponerte en riesgo.
- Los representantes del colegio, o los empleados pueden revisar tus redes sociales. Si tienes algo inapropiado, podrías perder una beca o una oportunidad de trabajo.
- **Si tienes dudas, ¡NO LO HAGAS!**

REGLAS DE CONDUCTA

Las siguientes reglas son lineamientos de la conducta que se espera de todos los estudiantes y miembros del personal. Por favor lea detenidamente.

LOS PROGRAMAS REGIONALES DE NEBRASKA REQUIEREN que:

SE PROHIBE EL USO DE PRODUCTOS DE TABACO INCLUYENDO E-CIGS

SE PROHIBE EL USO DE ALCOHOL (CERVEZA, VINO, ETC)

SE PROHIBE EL USO DE DROGAS (a excepción de medicamentos prescritos)

SE PROHIBEN LAS ARMAS (DE FUEGO), CUCHILLOS, O ARMAS DE CUALQUIER TIPO

SE PROHIBE EL ACOSO/ ACOSO CIBERNETICO O EL ACOSO A ESTUDIANTES O MIEMBROS DEL PERSONAL

SE PROHIBE EL ACOSO SEXUAL

SE PROHIBE EL CONTACTO INAPROPIADO

ESTA ES UNA POLIZA DE CERO TOLERANCIA. CUALQUIER PERSONA QUE SE INVOLUCRE EN ACTIVIDADES QUE PUEDAN PONER EN PELIGRO A ELLOS MISMOS O A LOS DEMAS, O CAUSE DESTRUCCION DE PROPIEDAD SERA ENVIADO A CASA. (A los padres se les requerirá que recojan a su hijo) Se espera que todos los asistentes sigan las Reglas De Conducta y respeten y obedezcan a los miembros del personal de cualquier instalación, al igual que al personal y voluntarios del Programa Regional De Nebraska que esté a cargo de actividades o campamentos.

Debido a que los Programas Regionales De Nebraska apoyan a los Distritos Escolares, creemos que cualquier estudiante que este bajo suspensión o expulsión de su escuela, no deberá atender actividades regionales o a nivel estatal. **Los padres deberán contactar a su coordinador regional para avisarles que su hijo no asistirá a las actividades si ya ha sido registrado en alguna de ellas.**

Si algún estudiante no se comporta en alguna actividad del Programa Regional de Nebraska, se dejará a la discreción de los coordinadores el excluir al estudiante de una o más actividades hasta por un año del calendario escolar. A los padres y al estudiante se les notificara esa decisión

He leído la información y se la he explicado a mi hijo. Él/Ella acepta ser un participante responsable en las actividades regionales y/o campamentos.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Nombre del Estudiante

Fecha

Firma del Estudiante (3^{er} grado en Adelante, si puede)

Fecha

Por favor regrese las hojas completas al coordinador de su hijo en la lista anotada abajo:

CWNP – Heather Witte/Sara Peterson 5807 Osborne Drive West Hastings, NE 68901 402-463-5611 (Fax) 402-463-9555 heather.witte@esu9.us SPeterson@esu13.org	NERP – Jill Hoffart P.O. Box 139 Norfolk, NE 68702 402-644-2500 ext. 1154 (Fax) 402-644-2506 jillhoffart@npsne.org	MRP – Mike Brummer 6949 South 110 th St LaVista, NE 68128 402-819-4755 (Fax) 402-597-4811 MBrummer@esu3.org	SNRP – Lindsey Hinzmann 5200 South 75 th St Lincoln, NE 68516 402-436-1896 (Fax) 402-436-1864 lhinzma@lps.org
--	---	---	---