

# NECESIDADES MÉDICAS y AUTORIZACIONES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Año escolar 2017 - 2018

Programas Educativos y Servicios de Apoyo Estatales—Para Niños Sordos o con pérdida de Audición

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ¿ Su hijo tiene licencia para conducir?  SÍ  NO

DISTRITO ESCOLAR \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ EDUCADOR DE SORDOS \_\_\_\_\_

Padre (o Guardián) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle/ Correo postal Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ idioma inicial: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ mensaje de texto  SI  NO

Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ mensaje de texto  SI  NO

EMPLEADOR del Padre/Guardián, (para contacto de emergencia): \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_

**COMPRUEBE SI SU HIJO(A) TIENE:**  Asma  Convulsiones  Alergia de vida muerte

Ha adjuntado el plan de salud individual de mi hijo(a).

¿NECESITA TOMAR ALGUNA MEDICINA?  SÍ  NO

*Si la respuesta es sí, por favor envíe la medicina en su recipiente original e indique la dosis diaria que se debe tomar. Por favor envíe la cantidad necesaria y una dosis extra.*

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora en que administra la medicina \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora en que administra la medicina \_\_\_\_\_

Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora en que administra la medicina \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**MEDICINAS SIN RECETA:** La siguiente es una lista de las medicinas comunes que se encuentran con frecuencia en un botiquín. Por favor indique que medicinas se le pueden dar a su hijo(a), si es necesario. Cualquier medicina que usted no indique como aceptable, no será utilizada para tratar a su hijo(a).

- Ungüento Neosporin para primeros auxilios  Tylenol  Crema anti-hongos  Ibuprofen  
 Hidrógeno de peróxido  Repelente contra insectos  Crema Benadril  Mydol  
 Protector Solar  Pepto-Bismol  Pastillas para la tos  mareo por movimiento  
 Ninguno de estos medicamentos puede ser usado para tratar a mi hijo

RESTRICCIONES DE DIETA: \_\_\_\_\_

ALERGIA A MEDICINAS: \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS: (Por favor indique cualquier antídoto que su hijo(a) necesita si se desarrollan alergias por ejemplo; abejas, cacahuates) \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DEL SEGURO:**

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

*Traducción al español por translate.google.com y por un traductor profesional*

**AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL PADRE**

**AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA:** por la presente doy mi permiso para que el personal llame a un doctor o a un servicio médico de emergencia y para que el médico, el hospital o el servicio médico proporcione servicio médico de emergencia o cuidado quirúrgico para \_\_\_\_\_, mi hijo(a), si se presentara una emergencia. Se entiende que el personal regional hará un esfuerzo consciente para localizar a los padres, y/o a cualquier contacto de emergencia que esté en la lista de este formulario, antes que se tome cualquier acción. Yo/nosotros aceptaremos los gastos médicos o quirúrgicos del tratamiento.

 SÍ NO

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICINAS RECETADAS:** doy permiso para que un miembro del personal entrenado le dé a mi hijo(a) las medicinas que están escritas en la página anterior, en las actividades en que él/ella participe.

 SÍ NO

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA:** doy permiso para que un miembro capacitado del personal le dé las medicinas sin receta que están marcadas en la página anterior, si se necesita.

 SÍ NO

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Si **no lo podemos** encontrar, por favor indique **un miembro familiar o amigo** (diferente a los padres) que debemos contactar en una emergencia. (Deberán ser dos):

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle/Dirección Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle/Dirección Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información General

Por favor describa la habilidad de nadar de su hijo(a):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No sabe nadar/le tiene miedo al agua | <input type="checkbox"/> Está empezando a nadar                |
| <input type="checkbox"/> Juega en el agua                     | <input type="checkbox"/> Avanzado/Puede estar en zona profunda |

¿Su hijo(a) usa anteojos?  SÍ  NO

¿Su hijo(a) una pérdida visual significativa?  SÍ  NO

¿Tipo de dispositivo auditivo?  dispositivo auditivo (oreja izquierda)  dispositivo auditivo (oído derecho)  
 Implante coclear (oreja izquierda)  Implante coclear (oído derecho)  
 Baha, (oreja izquierda)  Baha, (oído derecho)  otro \_\_\_\_\_

Severidad de la pérdida auditiva:  Leve  Moderado  Fuerte  Profundo

Método preferido de comunicación:  Oral  Señas  Comunicación completa  Conversación de habla con clave

Describa cualquier otro problema o información que sería importante que nuestra personal conozca sobre su hijo(a): (por ejemplo; trastorno de déficit en la atención e hiperactividad, Síndrome de *Asperger* o de *Down*, *moja la cama*, etcétera)

---



---

## AUTORIZACIONES

Los Programas Regionales de Nebraska intentarán proporcionar transporte para las actividades patrocinadas por los Programas Regionales de Nebraska. El transporte para las actividades regionales será decisión de cada coordinador regional y de sus administradores. El número de estudiantes y de los miembros del personal que asistan determinará si se consigue un bus, o una camioneta(s). Entiendo que el calendario(s) será distribuido tan pronto como los coordinadores hayan recibido las inscripciones.

**AUTORIZACIÓN PARA TRANSPORTAR AL ESTUDIANTE:** Doy mi permiso a los Programas Regionales de Nebraska para transportar a mi hijo(a) a los programas estatales y/o regionales. Yo recogeré y llevaré a tiempo a mi hijo(a) a los puntos indicados para que el bus/camioneta no desvíe del horario.  SÍ  NO

**AUTORIZACIÓN PARA VIDEOS/FOTOGRAFÍAS:**

Doy mi permiso para tomar fotografía y/o videos de mi hijo(a) para que sean usadas para la promoción, presentaciones, calendarios, y folletos informativos de los Programas Regionales.

SÍ  NO

Doy mi permiso para tomar fotografías de mi hijo(a) para que sean usadas en las páginas Web de los Programas Regionales Estatales.

SÍ  NO

Doy mi permiso para videos/fotografías de mi hijo(a) para ser utilizados en las redes sociales (Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, Snapchat, etc) para promover los Programas Regionales de Nebraska.

SÍ  NO

Doy mi permiso para videos/fotografías de mi hijo(a) para compartir con otros participantes en la actividad.

SÍ  NO

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES:** Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en todas las actividades EXCEPTO en la siguiente: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**CWNP\_Sue** Czaplewski  
1117 E. South St.  
Hastings NE 68902  
402-463-5611  
(fax) 402-463-9555  
Sue.czaplewski@esu9.org

**NERP\_Jill** Hoffart  
P.O. Box 139  
Norfolk NE 68702  
402-644-2507 ext. 1154  
(fax) 402-644-2506  
jillhoffart@npsne.org

**MRP-Mike** Brummer  
6949 South 110<sup>th</sup> St.  
LaVista, NE 68128  
402-819-4755  
(fax) 402-597-4811  
mbrummer@esu3.org

**SNRP-Lindsey** Hinzmann  
5200 South 75th Street  
Lincoln NE 68516  
402-436-1896  
(fax) 402-436-1864  
lhinzma@lps.org

## Póliza de tecnología

Los programas regionales proporcionan actividades que son educativas, enriquecedoras y seguras. Estas actividades también le proporcionan oportunidades sociales a los niños sordos o con pérdidas de audición. Los programas regionales, como padres y escuelas, están aprendiendo a manejar los rápidos avances de la tecnología. Aquí hay algunas reglas que los programas regionales esperan que sus estudiantes cumplan durante y después de las actividades:

- No se debe usar el celular durante los talleres, lecciones, instrucciones y/o direcciones.
- No se debe usar inapropiadamente el celular durante los ratos de socialización (ej., enviar mensajes con contenido sexual, o agresivo).
- No se deben colocar fotos inapropiadas de las actividades del programa regional en redes sociales de Internet incluyendo FaceBook, MySpace, YouTube, Twitter, etcétera.
- No se deben colocar comentarios inapropiados en conexión con las actividades del programa regional en redes sociales de Internet incluyendo FaceBook, MySpace, YouTube, Twitter, etcétera.

He leído las reglas y guías anteriores con referencia al uso de tecnología a las actividades de programas regionales.

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*He revisado las reglas y las guías anteriores con mi hijo(a) y estoy consciente de que se espera que mi hijo siga estas reglas. Estoy consciente de que muchos estudiantes tienen cámaras y de que tomarán fotos en las actividades del programa regional y que otro estudiante puede colocar esas fotos de mi hijo(a) en Internet.*

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Aquí hay algunas guías para los estudiantes que estén usando redes sociales del Internet:

- No coloquen nada que sus padres, director de la escuela, maestro o algún predador no deba ver.
- Lo que usted coloque en línea se queda en línea- ¡por siempre!!! Por lo tanto ¡piense antes de oprimir la tecla!
- No haga nada o diga algo en línea que no le pudiera decir a alguien en persona.
- Proteja su privacidad y también la de sus amigos... **pídales permiso antes de colocar algo o una foto sobre ellos en línea.**
- Revise lo que sus amigos están colocando/ diciendo sobre usted. Aún cuando usted sea cuidadoso, puede que ellos lo estén poniendo en riesgo.
- Los representantes de las universidades o los empleadores pueden revisar su red social en Internet. Si usted tiene algo in-apropiado, usted puede perder su beca o la oportunidad de trabajo.
- **Cuando lo ponga en duda, NO LO HAGA.**

## REGLAS DE COMPORTAMIENTO

Las siguientes reglas son directrices de comportamiento que se requieren para todos los estudiantes y el personal. Lea las reglas con cuidado.

**LOS PROGRAMAS REGIONALES DE NEBRASKA IMPONEN las siguientes reglas:**

**NO FUMAR**

**NO TOMAR ALCOHOL (CERVEZA, VINO, ETC.)**

**NO USAR DROGAS** (aparte de las medicaciones recetadas)

**NO ARMAS DE FUEGO, CUCHILLOS, O ARMAS DE CUALQUIER TIPO**

**NO INTIMIDACIÓN, ACOSO DE OTROS ESTUDIANTES O EL PERSONAL (incluyendo internet)**

**NO ACOSO SEXUAL**

**NO CONTACTO INAPROPIADO**

**ESTA POLÍTICA ES DE CERO TOLERANCIA. CUALQUIERA PERSONA QUE PARTICIPA EN ACTIVIDADES QUE CAUSEN PELIGRO A SÍ MISMO O A OTRA PERSONA O CAUSEN DESTRUCCIÓN A PROPIEDAD SERÁ REGRESADO A CASA** (Se exigirá que los padres recojan a su hijo(a).

Esperamos que cada estudiante obedezca a todo el personal de cualquier institución que contratemos y también al personal de los Programa Regionales de Nebraska y a los voluntarios que manejan estas actividades o campamentos. Esperamos que cada miembro que asiste a una actividad estatal o regional respete a los otros participantes.

Debido a nuestro apoyo para los distritos escolares que reciben los Programas Regionales de Nebraska, creemos que cualquier estudiante que esté suspendido o expulsado de su distrito escolar normal no debe asistir a las actividades regionales o estatales. **Los padres de estos estudiantes inscritos deben contactar a su coordinador regional para avisar que su hijo(a) no asistirá a la actividad.**

Si un estudiante se porta bastante mal en una actividad regional, será la decisión de los coordinadores si desean excluir al estudiante de una o más actividades por un plazo que dure hasta un año. Los padres y los estudiantes recibirán una nota que les informa de aquella decisión.

---



---

He leído la información anterior y la he explicado a mi hijo(a). Él/ella está de acuerdo que será un participante responsable en las actividades regionales y/o campamentos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del estudiante (de 3° grado para arriba)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**