



TEXAS SCHOOL FOR THE BLIND AND VISUALLY IMPAIRED

ESTUDIANTE HISTORIA DE LA MEDICINA / DIETÉTICA

T S B V I

La información para Padres: Por lo que con seguridad puede cuidar a su hijo, por favor proporcione la información completa y específica sobre cada pregunta. Si una sección no se aplica, se debe comprobar que no existen tales condiciones antes de ir a la siguiente sección. Si no tenemos esta forma por el 14 de febrero fecha límite, su solicitud será considerada tardía. Este formulario es requerido para todos los estudiantes sin excepción, incluso si el estudiante ya ha asistido a la TSBVI en un momento anterior.

El Nombre del estudiante: _____ La Fecha actual: _____

La fecha de Nacimiento: _____

ESTUDIANTE MEDICINAS

Si su hijo es aceptado, él o ella debe traer todos los medicamentos recetados en su envase original de la farmacia.

| Medicinas de prescripción | | | |
|----------------------------------|-----------------|---|----------------------------|
| Prescripción | La dosis | Cuándo Administrar (Frecuencia y Tiempo) | Razón de medicación |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Vitaminas y Otros Suplementos | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---|--------------------------|
| Nombre | La dosis | Cuándo Administrar (Frecuencia y Tiempo) | Razón de vitamina |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

OJOS

Describa por favor condición del ojo de su niño, inclusive cuando empezó o cuando usted se enteró de ello, y cómo su niño es afectado por la pérdida de visión, al mejor de su conocimiento. (Ejemplo 1: Mi niño tiene pigmentosa de retinitis. Mi niño comenzó a perder su visión a la edad de 16 años. El ha perdido la mayor parte de su visión pero todavía tiene alguna visión central. Ejemplo 2: Yo no sé la causa de problemas de la visión de mi niño. Ella parece ver alguna luz).

- Describa debajo de cualquier condición o cualquier cambio:
- Ningún ojo condiciona (Va a próxima Sección: Las Enfermedades transmisibles)

Verifique por favor abajo

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Mi niño tiene gafas: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Mi niño tiene lentillas: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Si sí, en cuál ojo (ojos)? | <input type="checkbox"/> Ojo derecho | <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo |
| Observa Mi niño tiene protésico (artificial) ojos: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si sí, cuál ojo (ojos) : | <input type="checkbox"/> Ojo derecho | <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo |
| ¿El personal de TSBVI necesita estar al tanto de precauciones de la retina de su hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Por favor describa las precauciones de la retina: | | |

LAS CONDICIONES Y ENFERMEDADES (POR DELANTE DE Y POR DELANTE DE la CORRIENTE)

→ Usted no necesita para incluir información sobre medicinas ni vitaminas. La información sobre medicinas y vitaminas será cubierta en una sección posterior.

| ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: Gastrointestinal) | | |
| El nombre de Condición o Enfermedad | ¿Ha tenido el estudiante la enfermedad? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante. |
| La varicela (varicela) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Paperas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| El sarampión (rubéola) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Diphtheria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| La Tos que grita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Meningitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Encefalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| HIV | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| AIDS | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Cytomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hepatitis (otra forma): _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

GASTROINTESTINAL

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante (por ejemplo, la Colostomía, Urostomy, alimentar, el Tubo "G") |
|--------------------------------------|---|--|
| Mascar o Tragar Problemas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Frecuente Diarrea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Frecuente Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hemorroides periódica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Encopresis (evacuación involuntaria) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

Alimentación por sonda

Mi hijo no requiere alimentación por sonda

| Información sobre la alimentación por sonda | Por favor díganos qué personal debe saber sobre el tubo de alimentación que podemos cargo para tu niño correctamente y con seguridad. |
|--|--|
| Frecuencia; ¿con qué frecuencia? | |
| ¿Cantidad: Cantidad de alimento? ¿Número de onzas? | |
| Procedimiento | |
| ¿"Empujar" o gravedad impulsado? | |
| Posición del niño durante la alimentación. ¿Después de comer? | |
| ¿Por cuánto tiempo es posicionamiento especial necesario después de comer? | |
| ¿Dar agua en el tubo después? | |

| | |
|--|--|
| ¿Está permitida cualquier ingesta oral? ¿En qué circunstancias? | |
|--|--|

MUSCULO, EL HUESO

- Si su niño no ha asistido anteriormente un TSBVI a corto plazo ni Programa de Verano, complete toda información abajo, ni el cheque: Ningunas necesidades en esta área
- Si su niño ha asistido un a corto plazo o Programa de Verano, indican uno del siguiente:
 - Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: Respiratorio)
 - Describa debajo de cualquier condición o cambios:

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante (por ejemplo, ayudas ortopédicas: el paseante, el sillón de ruedas, la caña) |
|--|---|---|
| Dolor o Rigidez conjuntos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| El Brazo perdido, la Pierna, el Dedo de mano, el Dedo de pie | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

RESPIRATORIO

- Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante (por ejemplo, la traqueotomía) |
|--|---|---|
| Frecuente los Fríos, las Toses, Gargantas Adoloridas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Pulmonía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Enfermedad reactiva de Ruta Aérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

SANGRE, el CORAZON, Y CIRCULATORIO

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante (por ejemplo, Restriige) |
|---|---|---|
| Sangrar prolongado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Las magulladuras Fácilmente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Enfermedad de Célula de hoz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |
| ¿Jamás ha tenido su niño una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, describe por favor: | | |

ENDOCRINO

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|----------------------------------|---|--|
| Tiroides o Problemas Pituitarios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Acanthosis Nigricans ¿(defina)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| El Tipo de la diabetes uno o dos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Diabetes Insipidus | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

PIEL

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|---------------------|---|--|
| Eczema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

SISTEMA NERVIOSO, NEUROLOGICO

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información |
|--|---|---|
| Tomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | La fecha de Ultima Toma: _____ La descripción de tomas: La frecuencia: _____ Medicina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Fibrosis cística | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Distrofia musculara | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| La Herida traumática del Cerebro (TBI) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| El Síndrome de Tourette | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Other: | | |
| ¿Si usted verificó "sí" en cualquier caja, jamás ha tenido su niño un examen neurológico? Si eso es el caso, cuándo: _____ | | |
| ¿Tiene su niño una derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambos lados | | |
| ¿Es la derivación (derivaciones) funcionando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

VESICULA, el RIÑON, el HIGADO

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

VESICULA, el RIÑON, el HIGADO (continuado)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|--|---|--|
| Los Problemas de la micción (dolor, quemar, la frecuencia) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| incontinencia nocturna | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| La enuresis (micción involuntaria) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

CANCER

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|----------------|---|--|
| Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Retinoblastoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

ALERGIAS

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | ¿Cómo Reacciona contra Su Niño Alergias Verificadas? ¿Utiliza el Niño un "EpiPen"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---------------------------------|---|---|
| Alergias ambiental/estacionales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Alergias de insecto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| | |
|------------------|---|
| Alergias médicas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------------|---|

| ALERGIAS (continuado) | |
|----------------------------|--|
| Las Alergias del alimento: | será descrito en una sección posterior |
| Otro: | |

| OREJA | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa) | | |
| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
| Problema de oído | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Infecciones de oreja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Los uso que Oye Ayuda o Injerto de la cóclea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

| CONDUCTISTA, PSICOLOGICO, PSIQUIATRICO | | |
|---|---|------------------------------------|
| <p>➤ Si su niño <u>no</u> ha asistido anteriormente un TSBVI a corto plazo ni Programa de Verano, complete toda información abajo, ni el cheque: <input type="checkbox"/> Ningunas necesidades en esta área</p> <p>➤ Si su niño <u>ha</u> asistido un a corto plazo o Programa de Verano, indican uno del siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: Variado)</p> <p><input type="checkbox"/> Describa debajo de cualquier condición o cambios:</p> | | |
| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Efectos de Esta Condición |
| El Déficit de la atención (la Hiperactividad) Desorden (AGREGA; ADHD) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Autismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| CONDUCTISTA, PSICOLOGICO, PSIQUIATRICO (continuado) | |
|---|--|
| Las conductas: | |

| | | |
|--|---|--|
| * Dificultad dirección adulta siguiente (desafiante) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| * Dificultad que cambia de una actividad a otro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| * Dificultad que llevándose bien con a otros niños | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| * Dificultad que está lejos de casa | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| * Dificultad que expresa ira en una manera aceptable | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

VARIADO

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describa Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|---|---|--|
| Frecuente Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Mareo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Desmayar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Obesidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Aumento de peso o Pérdida excepcionales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Los problemas con Apetito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

MENSTRUAL

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

Para estudiantes que tienen los períodos menstruales:

¿Son regulares?

Sí: Con qué frecuencia hace ellos ocurren (por ejemplo, cada 28 días) _____

No: Describa _____

¿Toma su hija cualquier medicina para controlar dolor menstrual, para regular hormonas, para el control de la natalidad, o para cualquier otro uso relacionado a la menstruación? Sí No

¿Necesita su hija cualquier ayuda para manejar sus necesidades menstruales? Sí No

Si eso es el caso, describe por favor:

Describe cualquier otra información que quizás sea útil educar el personal:

DENTAL

Mi niño no tiene cualquiera de las condiciones siguientes. (Vaya a próxima sección: El músculo, Deshuesa)

| El tipo de Problema | ¿el Estudiante tiene un Problema en Esta Area? | Describe Complicaciones, Efectos a largo plazo, Tratamiento Progresivo u Otra Información Importante |
|------------------------------|---|--|
| Los problemas con Dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Los problemas con Gomas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Iguala dental u otro aparato | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Otro: | | |

DIETA Y COMER

EL ALIMENTO PROHIBIDO Y/O LIMITADO Y BEBE

Mi niño tiene no prohibiciones de alimento ni bebida ni limitaciones (Vaya a próxima sección)

| El tipo de Alimento y/o Bebida que Es Prohibido, Es Restringido o Es Limitado | Razón | Las direcciones, los Comentarios |
|---|---|----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Para Controlar peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otro | |
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Para Controlar peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otro | |
| | <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Para Controlar peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otro | |

EI ALIMENTO NECESARIO, la BEBIDA Y/O SUPLEMENTA (no INCLUSIVE VITAMINAS)

Mi niño tiene no alimento necesario, la bebida, ni los suplementos (Va a próxima sección)

| El tipo de Alimento, la Bebida y/o el Suplemento que Es Requerido | Razón | Las direcciones, los Comentarios |
|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Condición médica <input type="checkbox"/> Otro | |
| | <input type="checkbox"/> Condición médica <input type="checkbox"/> Otro | |
| | <input type="checkbox"/> Condición médica <input type="checkbox"/> Otro | |

PREPARACION ESPECIAL de ALIMENTO

No tiene necesidad para la preparación especial de alimento -- consistencia de alimento, tamaño de mordedura ni preparación: (Vaya a próxima sección)

El Tamaño necesario de la Mordedura, Consistencia de Alimento, la Preparación, o Divide

| | |
|--|--------------|
| Requiere corte de alimento al tamaño siguiente de la mordedura: <input type="checkbox"/> 1/8" <input type="checkbox"/> 1/4" <input type="checkbox"/> 1/2" | Comentarios: |
| Requiere alimento de la consistencia siguiente: <input type="checkbox"/> el triturado/suelo (como puré de patatas) <input type="checkbox"/> pureed (como comida para bebés o compota de manzana) <input type="checkbox"/> licuado o casi licuado (como jarabe, la miel, la crema) | Comentarios: |

Demás preparaciones alimenticias que necesita:

La INFORMACION ADICIONAL RELACIONO para HACER DIETA O COMER

- Ninguna información adicional
 Información adicional.
Describa aquí:

OTRA INFORMACION MEDICA

Si hay ningún asunto médico que usted no ha dirigido ni ha dirigido completamente arriba (por ejemplo, cualquier otro tipo de procedimiento médico, la cirugía, la herida, el tratamiento) proporciona por favor información adicional aquí:

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES FISICAS

Estudiantes de TSBVI podrán participar en actividades tales como caminar, correr, saltar, escalar, patinaje, trampolín, montar en bicicleta, levantamiento de pesas, deportes de pelota, la natación y otras actividades acuáticas.

Hace a su niño tiene cualquier restricción o necesita cualquier ayuda especial (de otra manera que apoyo para la pérdida de visión) cuando tomando parte en actividades físicas (por ejemplo, energía física limitada, el potencial para separaciones retinales) :

- Mi niño puede tomar parte en actividades físicas con ningunas restricciones
 Mi niño tiene las restricciones siguientes con respecto a actividades físicas:

NATACION

Las Habilidades del estudiante Evaluación antes de Cualquier Natación Actividad. Antes de tomar parte en alguna natación instruccional o recreativa actividad, cada estudiante será requerido a tomar una natación que habilidades prueban dado por un Vigilante de TSBVI. Las actividades de la natación del estudiante serán proporcionadas basado en las habilidades de estudiante como determinado por la evaluación.

El estudiante con Desorden de Toma. Cualquier estudiante con cualquier tipo de desorden de toma (de otra manera que en la infancia sólo) es requerido a llevar un chaleco salvavidas durante todo recreativo e instruccional nada actividades menos cuando el estudiante está dentro de alcance físico inmediato de un empleado cuya sólo responsabilidad durante el tiempo que el estudiante no lleva un chaleco salvavidas es de supervisar al estudiante.

Una excepción a este requisito puede ser solicitada en el siguiente situaciones limitadas: estudiantes en grados 6-12 que toman parte en o una clase a corto plazo de Programa o un programa académico de verano (Enriquecimiento o SUDOR Secundarios Académicos), que no ha tenido una toma durante los últimos tres años, puede renunciar el requisito de chaleco salvavidas completando la forma de Renuncia de Chaleco Salvavidas. Esta forma requiere la aprobación escrita del padre del estudiante y el médico, indicando que el estudiante puede tomar parte en sin peligro actividades de natación en una piscina sin llevar un chaleco salvavidas (ve forma para la información más específica). La forma será parte del paquete de aplicación para los programas apropiados.

SEGURO MEDICO

¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño?

Ninguno

Medicaid; El Número del recipiente: _____ El Número del Caso: _____

Otro: El nombre de Compañía de seguros: _____

El nombre de Poseedor de Política: _____

El Número de la política: _____

PROVEEDORES MEDICOS

El Médico primario del Cuidado: _____

El Número de teléfono: _____

La dirección: _____

El Médico de la especialidad (si aplicable): _____

El Número de teléfono: _____

El área de Especialidad: _____

La dirección: _____

EI PERMISO para CONTACTAR a PROVEEDORES MEDICO/DENTALES

Durante cuidar de a su niño, puede ser necesario o beneficioso para TSBVI para contactar uno o más del encima de-listó proveedores médicos. Indique por favor abajo si usted da TSBVI permiso a contactar al proveedor.

Doy permiso para TSBVI a contactar cualquiera del encima de-listó proveedores médicos: Sí No

PERMISOS

Provea la Administración de Estudiante Medicina en Fieldtrips

Sí No Doy permiso para un empleado de TSBVI que no es una enfermera ni el médico licenciados para administrar la medicina de mi niño en viajes de estudio según las instrucciones médicas proporcionadas por el médico que prescribe.

Comentes (si deseado):

Rutinario Médico Y Evaluación de Salud-Relacionó; Tratamiento de Heridas y Enfermedades Secundarias

Sí No Doy permiso para el estudiante susodicho a recibir evaluación y tratamiento rutinarios médicos y salud-relacionado de heridas y enfermedades secundarias inclusive medicina médico-prescrito y medicina sin receta.

Comente (si deseado):

La emergencia Tratamiento Médico y Quirúrgico

Sí No Doy permiso para mi niño a recibir emergencia tratamiento médico y quirúrgico determinado necesario por un médico que asiste. Comprendo que la Escuela de Tejas para la Persiana y Visualmente Dañado hará cada esfuerzo razonable para contactarme antes de cualquier prescripción, las citas de doctor o tratamiento de emergencia son administrados.

En caso de que permiso adicional sea necesitado durante tal tratamiento, contacta por favor a la persona siguiente que tiene la autoridad para hacer las decisiones médicas para el estudiante:

El nombre: _____

La relación al Estudiante: Padre/Madre Guardián Fomente a Padre

Llame en casa: _____

Trabaje Teléfono: _____

El Teléfono celular: _____

Comente (si deseado): _____

La sangre que Prueba

Sí No En caso un empleado o estudiante son expuestos a la sangre de mi niño o líquidos de cuerpo, yo doy permiso para TSBVI a realizar un análisis de sangre en mi niño para enfermedades contagiosas.

Comente (si deseado) :

La firma de Padre, el Guardián o el Estudiante (18 años o más viejo)

Fecha