

Texas School for the Blind and Visually Impaired

Historia clínica y de la dieta

Nombre del o de la estudiante: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento del o de la estudiante: _____

Fecha de hoy: _____

Es importante que tengamos información completa sobre las enfermedades y la información de la dieta de cada estudiante. **Proporcione información completa y específica en cada pregunta. Esta forma es obligatoria para todos los estudiantes sin excepción, incluso si el/la estudiante ya asistió a la TSBVI antes.** ¡Muchas gracias por su paciencia y minuciosidad!

Hospitalizaciones recientes

¿El/la estudiante ha estado hospitalizado durante los últimos 12 meses? Sí No

Si respondió que sí, describa a continuación:

Medicamentos

¿El/la estudiante habitualmente toma medicamentos recetados o de venta libre? Sí No

Si el/la estudiante sí toma medicamentos: Lleve la forma "Orden del proveedor de atención médica para medicamentos del/la estudiante" al consultorio del médico del estudiante y pídala a un integrante autorizado del personal que aparece en la forma que la complete y la firme.

Ojos

Describa la afección ocular del estudiante, incluso fecha de inicio o cuándo se enteró de la misma, y cómo el/la estudiante se ve afectado por la pérdida de la visión, en la medida de su conocimiento.

Ejemplo 1: El estudiante tiene retinitis pigmentaria. El estudiante empezó a perder la visión a los 16 años. Perdió la mayor parte de su visión pero todavía tiene algo de visión central.

Ejemplo 2: No sé la causa de los problemas de visión de la estudiante. Parece ver algo de luz.

El/la estudiante usa gafas. Sí No

El/la estudiante usa lentes de contacto. Sí No

Si respondió que sí, ¿cuál ojo(s)? Ojo derecho Ojo izquierdo

¿El/la estudiante necesita asistencia con las lentes de contacto? Sí No

Si respondió que sí, describa a continuación:

El/la estudiante tiene prótesis oculares (artificiales). Sí No
Si respondió que sí, ¿cuál ojo(s)? Ojo derecho Ojo izquierdo
¿El/la estudiante necesita asistencia con la prótesis? Sí No
Si respondió que sí, describa a continuación:

¿El/la estudiante tiene una derivación acuosa (ocular)? Sí No
Si respondió que sí, ¿en qué lado se ubica la derivación? Derecho Izquierdo
Si respondió que sí, explique a continuación. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.

¿El/la estudiante tiene algunas de las siguientes afecciones oculares? (marque todas las opciones que corresponda)

- Retinopatía del prematuro (con visión funcional, es decir, más que solo percepción de luz)
- Coloboma (bilateral)
- Alta miopía
- Toxoplasmosis
- Desprendimiento posterior de vítreo
- Retinopatía diabética
- Glaucoma (TSBVI coloca precaución por desprendimiento de la retina si el/la estudiante usa gotas de pilocarpina oftálmica o si el glaucoma se relaciona con la diabetes, o si el oculista del estudiante indica precaución por desprendimiento de la retina)
- Uveítis - infección ocular crónica
- Síndrome de Marfan
- Síndrome CHARGE
- Cualquier antecedente de desprendimiento de retina
- Retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X
- Enfermedad de Coats
- Persistencia de vasculatura fetal

Las afecciones oculares anteriores se asocian con un mayor riesgo de desprendimiento de retina. Para garantizar la protección del estudiante, TSBVI coloca las siguientes precauciones por desprendimiento de la retina para estudiantes con una o más de estas afecciones.

“El/la estudiante tiene riesgo de desprendimiento de la retina. El/la estudiante no puede participar en actividades que es probable que le produzcan un golpe o sacudón de la cabeza. Las actividades de ese tipo incluyen, entre otras, equipo de animación, trampolín, saltar la soga, gimnasia artística, esquí acuático o en nieve, deportes de contacto (como por ejemplo, fútbol, fútbol americano, artes marciales, baloncesto o lucha libre) y deportes con proyectiles voladores (como por ejemplo, balones para goles, tenis, béisbol, vóleybol o sóftbol). El/la estudiante no puede zambullirse de cabeza en una piscina o cuerpo de agua. El personal debería notificar al Centro de Salud de inmediato si el/la estudiante se queja de cambios repentinos en la visión, ve destellos, un aumento o desarrollo de motas o cualquier otro cambio en la visión periférica”.

Describa cualquier precaución adicional que el personal de la TSBVI deba tomar debido al problema visual del/la estudiante:

Oído	
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.	
Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Problema auditivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Audífonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuál oído(s)? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos ¿El/la estudiante necesita asistencia con los audífonos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, explique.
Implantes cocleares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuál oído(s)? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos ¿El/la estudiante necesita asistencia con los implantes cocleares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, explique.
Infecciones frecuentes del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diábolos en los oídos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras:	

Patrones de sueño

¿El/la estudiante tiene dificultades para dormir (por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, se despierta durante la noche)?

Sí No

Si respondió que sí, explique:

Conductuales, Psicológicas

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

¿El/la estudiante ha tenido algunas de las siguientes afecciones? (marque todas las opciones que corresponda)

Trastorno por déficit de atención (TDA) o (TDAH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad o ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno por estrés postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ideas o conductas suicidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de conducta (conductas agresivas, destructivas o engañosas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agresión física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno psicótico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alcoholismo / abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras:

Si seleccionó Sí en cualquiera de las conductas anteriores, explique. Incluya medicamentos en curso, tratamiento u otra información importante de respaldo.

Enfermedades (pasadas y actuales)

Nombre de la enfermedad	¿El/la estudiante ha tenido la enfermedad?	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
VIH	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
SIDA	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí; Fecha: ____ <input type="checkbox"/> No	
Citomegalovirus (CMV)	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
Hepatitis (otra forma):	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí; Año: ____ <input type="checkbox"/> No	

Gastrointestinales

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante (por ejemplo, colostomía, ileostomía).
Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Constipación frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hemorroides recurrentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Encopresis (movimiento intestinal involuntario) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras:	

Respiratorias

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante (por ejemplo, traqueotomía, respirador).
Resfriados frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Bronquitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El/la estudiante tiene un inhalador para emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras:		

Sanguíneas, Coronarias, Circulatorias

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante (por ejemplo, soporte temporario, marcapasos).
Hemorragia prolongada o Hemofilia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Se le producen hematomas con facilidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problema cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad de célula falciforme <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Otras:

Endocrinos

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipopituitarismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Panhipopituitarismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Deficiencia de la hormona del crecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Acantosis Nigricans <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes Tipo I <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes Tipo II <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes insípida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Insuficiencia suprarrenal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿el/la estudiante requiere de Solu-Cortef en emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras:	

Cáncer

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

¿El/la estudiante actualmente tiene, o alguna vez tuvo, alguna forma de cáncer? Sí No

Si respondió que sí, describa el tipo de cáncer, complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante:

Si está en remisión, ¿por cuánto tiempo?

De la vejiga, renales, hepáticas

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Problemas para orinar (dolor, ardor, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incontinencia nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enuresis por incontinencia (orina involuntaria) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Requiere cateterización <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Otras:

Sistema nervioso, neurológicas

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

¿El/la estudiante tiene una desviación ventricular? Sí No Si respondió que sí: Derecho
Izquierdo Ambos lados

¿La o las desviaciones funcionan actualmente? Sí No

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de las últimas convulsiones: Descripción de las convulsiones: ¿El/la estudiante tiene un Diastat? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Distrofia muscular <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	
Lesión cerebral traumática (TBI, en inglés) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Síndrome de Tourette <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Otras:

Si seleccionó "Sí" en cualquiera de las opciones anteriores, ¿alguna vez le realizaron al estudiante un examen neurológico? Sí No
Si respondió que sí, ¿cuándo?:

Dermatológicas

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Dermatitis atópica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Otras:

Musculares, óseas

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Dolor articular/Rigidez/Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Le falta un brazo, pierna, dedo, dedo del pie <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Poco control muscular/Problemas de tonicidad que afectan: sentarse, el equilibrio o el movimiento de brazo/pierna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras:	

Equipos ortopédicos y auxiliares

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Equipos ortopédicos y auxiliares	Explique a continuación lo que el personal deba saber en relación con equipos ortopédicos o auxiliares que el/la estudiante use o necesite usar.
Equipo especial/Banquetas para bañarse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Bastón de apoyo/Muletas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Corsés ortopédicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Férula para tobillo y pie (AFO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Andador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿El/la estudiante necesita asistencia con algún equipo auxiliar (por ejemplo, colocarse una AFO o un corsé)? Sí No

Silla de ruedas Sí No

Si el/la estudiante usa una silla de ruedas, provea la siguiente información adicional:

Manual Eléctrica o Ambas

Comentarios: _____

¿Algún equipo o técnica de traspaso especial? Sí No

Comentarios: _____

¿Alguna inquietud especial respecto de los traslados en autobús o van? Sí No

Comentarios: _____

¿Puede el/la estudiante sortear peldaños de un autobús/van con ayuda y viajar en el asiento del vehículo? Sí No

Comentarios: _____

¿El/la estudiante requiere de un vehículo con elevador de silla de ruedas? Sí No

Comentarios: _____

Después de ingresar al vehículo, ¿puede el/la estudiante pasarse al asiento y viajar en el asiento del vehículo? ¿O el/la estudiante necesita viajar en la silla de ruedas?

Asiento del vehículo Silla de ruedas

Comentarios: _____

Viajes con equipo ortopédico especial:

¿Cuál de las siguientes frases (una) describe mejor la capacidad del estudiante para viajar usando equipo ortopédico especial?

- Depende por completo de un adulto que empuje/maneje la silla de ruedas o mueva el andador, bastón de apoyo o muletas
- Logra trasladarse en la escuela usando equipos, pero debe contar con asistencia de adultos al alcance de su mano por motivos de seguridad
- Logra trasladarse en la escuela usando equipos, pero debe contar con asistencia de adultos al alcance de su vista/audición para que le den orientación verbal
- Es capaz de trasladarse bien con equipos ortopédicos, permanecer sobre las aceras, sortear obstáculos, personas y desniveles (bordillos), con mínima supervisión de adultos

Alergias distintas a los alimentos

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Comida o bebida: Cuéntenos sobre las alergias a comidas o bebidas del estudiante en la sección “Dieta y alimentación” de la página 11.

¿El/la estudiante alguna vez usó o le han recetado una Epi-Pen? Sí No Si respondió que sí, ¿para cuál alérgeno? Explique:

Alergia ambiental (por ejemplo, moho, polvillo, plantas, árboles) Sí No Si respondió que sí, explique y describa a continuación.

Insecto, Araña, Alergia a animal: Sí No Si respondió que sí, explique y describa a continuación.

Alergia a medicamento: Sí No Si respondió que sí, explique y describa a continuación.

Látex, Fragancias, Lysol u Otra alergia: Sí No Si respondió que sí, explique y describa a continuación.

Dentales

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de afección	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Problemas de dientes o encías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ortodoncias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuál?
Otras:		

Menstruales

La estudiante no menstrua.

Para las estudiantes que tienen periodos menstruales:

¿Es regular?

Sí: ¿Cuál es la frecuencia? (por ejemplo, cada 28 días)

No: Describa:

¿La estudiante toma alguna medicación para controlar el dolor menstrual, regular hormonas, anticonceptivo o para cualquier otro uso relacionado con la menstruación?

¿La estudiante necesita alguna asistencia para tratar sus necesidades menstruales? Sí No

Si respondió que sí, describa:

Afecciones varias

El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.

Tipo de problema	Si respondió que sí, explique. Describa complicaciones, efectos a largo plazo, tratamiento en curso u otra información importante.
Jaquecas frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mareos o desmayos frecuentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras:	

Dieta y alimentación

Dificultades para comer y deglutir

El/la estudiante no tiene dificultades para comer o deglutir.

¿El/la estudiante tose, despeja su garganta o se ahoga cuando traga? Sí No **Si respondió que sí, explique:**

¿El/la estudiante tiene goteo nasal o lagrimea cuando traga? Sí No Si respondió que sí, explique:

¿El/la estudiante tuvo una evaluación de deglución realizada por un terapeuta ocupacional o patólogo del habla? Si respondió que sí, ¿cuál prueba le realizaron? _____ Fecha de la prueba más reciente: _____

¿Alguna vez le realizaron al estudiante un estudio de deglución con bario modificado (examen videofluoroscópico de la deglución)? Sí No Si respondió que sí, ¿cuándo le realizaron el estudio?

¿El/la estudiante alguna vez tuvo terapia para la deglución? Sí No Si respondió que sí, ¿cuándo le realizaron el estudio (rango aproximado de fechas) ? _____ al _____

Modificaciones especiales		
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no tiene necesidad de recibir modificaciones especiales		
Modificación	Si respondió que sí, díganos lo que debe saber el personal sobre cualquier modificación para que el/la estudiante pueda comer bien.	
Posición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apoyos posturales durante la comida o después de comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Aspiración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Riesgo de atragantarse (debido a atiborramiento, bocados grandes o come muy rápido) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Masticación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Deglución <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Equipos adaptados e insumos especiales para comer (platos, tazas, tazones, cucharas, cuchillos y tenedores adaptados) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Frecuencia de comidas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Líquidos durante o entre las comidas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otras:		

Preparación especial de comidas y bebidas
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no tiene necesidad de preparación especial de la comida: consistencia, tamaño de bocados o preparación.

El/la estudiante requiere que los alimentos tengan la siguiente consistencia:

BLANDOS Y TAMAÑO DE BOCADO- Todo blando y tamaño de bocado, tierno y húmedo. Es necesaria la capacidad para masticar. Pueden ser aplastados con un tenedor y la comida no regresa a su forma original. Los bocados no superan el ancho de un tenedor. (Nivel 6 de la IDDSI)

PICADOS Y HÚMEDOS- Trocitos muy blandos y húmedos que requieren de mínima capacidad para masticar. No hace falta morder. Los tamaños de las partículas son tan pequeños que caben entre los dientes de un tenedor. (Nivel 5 de la IDDSI)

PURÉ- Textura homogénea sin grumos, no pegajosa, que no requiere de capacidad para masticar. Se suelen comer con una cuchara. Se queda un montículo en el tenedor y no se discurre. (Nivel 4 de la IDDSI)

LICUADOS- Se pueden comer con una cuchara o beber de un vaso. No se pueden comer con un tenedor porque gotean lentamente a través de las ranuras del cubierto. Se requiere de cierto esfuerzo para beberlos con una pajilla ancha. Textura homogénea sin grumos. (Nivel 3 de la IDDSI)

¿Por qué el/la estudiante necesita este tamaño o consistencia especial de los alimentos?

¿Quién lo recomendó y cuándo?

¿Tiene una receta de un médico para esta dieta? Sí No

El/la estudiante no tiene necesidad de recibir preparaciones líquidas.

El/la estudiante requiere espesar los líquidos hasta que obtengan la siguiente consistencia: néctar miel
 pudding

¿Por qué el/la estudiante necesita esta consistencia especial de los líquidos?

¿Quién lo recomendó y cuándo?

¿Tiene una receta de un médico para esta dieta? Sí No

Alimentación por sonda**

El/la estudiante no requiere de alimentación por sonda

Información sobre alimentación por sonda

Díganos lo que debe saber el personal sobre la alimentación por sonda para que podamos atender bien al estudiante.

Frecuencia; ¿Cuán a menudo?

Cantidad: ¿Cuánta comida/fórmula?
¿Número de onzas?

Procedimiento

¿Alimentación por gravedad o bomba?

¿Por cuánto tiempo se necesita una posición especial después de alimentarlo?

¿Enjuague con agua o por bolo después de la alimentación por sonda?	
¿Se permite alguna ingesta oral? ¿En qué circunstancias?	

****Advierta que si se sale la sonda gástrica del estudiante, será reinsertada para mantener la permeabilidad. El/la estudiante será trasladado al hospital para recibir tratamiento médico posterior.**

Problemas de peso	
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no tiene ninguna de las siguientes afecciones.	
Problema con aumento de peso/pérdida/apetito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió que sí, explique. Incluya tratamiento en curso u otra información importante de respaldo.	

Requiere de comida, bebida y/o suplemento (no incluye vitaminas)		
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no requiere de comida, bebida o suplementos.		
Tipo de comida y/o bebida que se requiere	Motivo	Explique (instrucciones, comentarios)
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	

Comidas y bebidas prohibidos
<input type="checkbox"/> El/la estudiante no tiene prohibiciones de comidas o bebidas.

Tipo de comida y/o bebida que está prohibido	Motivo	Explique (instrucciones, comentarios)
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	
	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Control del peso <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Otros:	

NATACIÓN

¿El/la estudiante usa tapones cuando nada? Sí No

Evaluación de habilidades del estudiante antes de cualquier actividad de natación. Antes de participar en cualquier actividad de natación, cada estudiante deberá rendir una prueba de habilidades de natación administrada por un guardavidas de la TSBVI. Las actividades de natación de los estudiantes serán provistas en base a las habilidades del estudiante según lo determine la evaluación.

Estudiante con trastorno convulsivo. Todo estudiante con algún tipo de trastorno convulsivo (distinto a solo de infancia) debe usar un chaleco salvavidas durante todas las actividades de natación salvo cuando los estudiantes estén dentro del alcance físico inmediato de un miembro del personal cuya única responsabilidad durante el tiempo en que el estudiante no está usando un chaleco salvavidas sea supervisar al estudiante.

En algunas situaciones específicas, se puede solicitar una excepción a este requisito. El padre, madre, tutor, estudiante adulto u otra persona con la autoridad legal sobre estudiantes en grados 6 a 12 o estudiantes adultos que no hayan tenido convulsiones dentro de los últimos tres años pueden eximir el requisito de uso del chaleco salvavidas si completan la forma "Exención de uso de chaleco salvavidas". Esta forma requiere de la aprobación escrita del padre, madre, tutor del estudiante, estudiante adulto u otra persona con autoridad legal y del médico, que indique que el/la estudiante puede participar de manera segura en las actividades de natación en una piscina de natación sin usar un chaleco salvavidas (consulte información más específica en la forma). Puede solicitarle esta forma al Coordinador/a de Admisiones a través del 512-206-9182.

Tenemos una forma de permiso aparte para actividades de natación.

PLAN PARA RECOGIDA EN CASO DE EMERGENCIA

Es posible que la TSBVI necesite que una persona responsable vaya a Austin a recoger a su niño/a o estudiante adulto debido a un motivo médico, emocional o conductual o en caso de que el/la estudiante tenga una hospitalización o tratamiento de emergencia. Provea su plan y posibles opciones alternativas para recoger al estudiante de inmediato en caso de ser necesario. Por ejemplo, puede decir que el Plan A es que los padres irán a Austin, el Plan B puede ser un tío que pueda ir y el Plan C podría ser un amigo de la familia que esté disponible para ayudar.

Plan "A" para recoger a un niño / estudiante adulto en caso de emergencia:

Nombre de la persona responsable: _____

Relación de la persona con el/la estudiante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Plan "B" para recoger a un niño / estudiante adulto en caso de emergencia:

Nombre de la persona responsable: _____

Relación de la persona con el/la estudiante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Plan "C" para recoger a un niño / estudiante adulto en caso de emergencia:

Nombre de la persona responsable: _____

Relación de la persona con el/la estudiante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mi firma en esta forma confirma que todos los datos han sido revisados y son correctos según mi leal saber y entender.

Firma del padre, madre o tutor legal o
Estudiante de 18 años o más capaz de dar consentimiento informado u
Otra persona con autoridad legal (Poder Notarial, Cuidador adulto voluntario o Agente)

Aclaración de la persona que firma

Fecha

COMPLETE EN LA ÚLTIMA PÁGINA LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO Y DEL SEGURO

Seguro médico.

¿Qué tipo de seguro médico tiene el/la estudiante?

- Ninguno
- Medicaid; Número de beneficiario: _____ Número de caso: _____
- Otro: Nombre de la aseguradora: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____
 Número de póliza: _____

Proveedores médicos y dentales del/la estudiante.

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Especialidad: Atención primaria _____ Número de fax: _____
Dirección: _____
Última consulta: _____
Fecha de próxima consulta recomendada: _____

Oculista: _____ Teléfono: _____
Especialidad: Oftalmología _____ Número de fax: _____
Dirección: _____
Última consulta: _____
Fecha de próxima consulta recomendada: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____
Especialidad: Odontología _____ Número de fax: _____
Dirección: _____
Última consulta: _____
Fecha de próxima consulta recomendada: _____

Médico especialista: _____ Teléfono: _____
Especialidad: _____ Número de fax: _____
Dirección: _____
Última consulta: _____
Fecha de próxima consulta recomendada: _____

Médico especialista: _____ Teléfono: _____
Especialidad: _____ Número de fax: _____
Dirección: _____
Última consulta: _____
Fecha de próxima consulta recomendada: _____

Permiso para comunicarse con proveedores médicos / dentales

Doy permiso para que TSBVI se comunique con cualquiera de los proveedores médicos mencionados anteriormente. Sí No

Administración por parte del personal de medicamentos del estudiante en excursiones

Autorizo a un miembro del personal de TSBVI que no es una enfermera o un médico certificado para que administre el medicamento de mi hijo en excursiones de acuerdo con las instrucciones médicas indicadas por el médico que emitió la receta. Sí No

Evaluación médica y relacionada con la salud; Tratamiento de lesiones y enfermedades leves

Doy permiso para que el estudiante mencionado anteriormente reciba evaluación y tratamiento médicos y relacionados con la salud de rutina de lesiones y enfermedades menores, incluidos medicamentos recetados por un médico y medicamentos de venta libre. Sí No

Tratamiento médico y quirúrgico de emergencia

Doy permiso para que el estudiante reciba tratamiento médico y quirúrgico de emergencia que un médico tratante determine necesario. Entiendo que la Escuela de Texas para Ciegos y Discapacitados Visuales hará todos los esfuerzos razonables para comunicarse conmigo antes de que se administre cualquier receta, cita con el médico o tratamiento de emergencia. En el caso de que se necesite más permiso durante dicho tratamiento, comuníquese con la siguiente persona que tiene la autoridad para tomar decisiones médicas por el estudiante. Sí No

Análisis de sangre

En caso de que un miembro del personal o un estudiante esté expuesto a la sangre o a los fluidos corporales de mi hijo, autorizo a TSBVI para que realice un análisis de sangre a mi hijo para detectar enfermedades infecciosas. Sí No

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al Centro de Salud de TSBVI, 512.206.9137