



Florida School for the Deaf & the Blind

Haz más, Sé más, Logra más

207 N. San Marco Avenue, St. Augustine, FL 32084. Sin cargo : 1-800-344-3732, Local : 904-827-2220, Fax : 904-827-2218

Apellido del Niño/a _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año _____ ¿Es el niño/a Hispano/a o Latino/a? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Raza: _____ Sexo: _____
Lugar de Nacimiento: (Ciudad) _____ (Estado) _____

Información Personal de Padres/Tutor Legal

	Padre	Madre	Tutor Legal
	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro
Apellido	_____	_____	_____
Primer Nombre	_____	_____	_____
Dirección:	_____	_____	_____
Ciudad/Estado/Código Postal	_____	_____	_____
¿Es esta su dirección permanente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Teléfono de la Casa:	_____	_____	_____
Video Teléfono:	_____	_____	_____
Teléfono del Trabajo:	_____	_____	_____
Fax:	_____	_____	_____
Teléfono Celular:	_____	_____	_____
Correo Electrónico:	_____	_____	_____

*¿Cuál es el mejor número de teléfono para contactarlos?

Estado Civil de los Padres: Casados Divorciados (Nombre del padre/madre con quien el niño/a vive _____
(Favor incluir copias de los documentos de custodia) Otro (favor explicar)

¿Quién tiene custodia legal del niño/a? _____

¿Es su niño/a:	Sordo/a/tiene Deficiencia Auditiva	0		
	Discapacitado/a Visualmente	0		
	Discapacidad Sensorial doble (Sordo/a/Ciego/a)	0		
¿Está su niño/a atendido en una Clase de Educación Especial en su escuela local?	Si	0	No	0
¿Está su niño/a en un Programa para Sordos/Deficiencia Auditiva?	Si	0	No	0
¿Está su niño/a en un Programa para Discapacitados Visualmente?	Si	0	No	0

Favor enumerar otros Programas de Educación de Estudiantes Excepcionales (ESE por sus siglas en inglés) o servicios que su niño/a recibe:

Favor incluir una copia del Plan Educativo Individual (PEI) más reciente

**FSDB Form# 2013-01 SP
6D-3.002(1)(c), F.A.**

PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN

Nombre del Niño/a _____ Fecha de nacimiento: _____

Favor enumerar todas las escuelas u otros programas a los que su niño/a haya asistido: (Use papel adicional si es necesario)

NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA	DIRECCIÓN COMPLETA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	

Favor enumerar el nombre, dirección y número de teléfono de cualquier proveedor de servicios que haya tratado a su hijo(a). (Use papel adicional si es necesario)

	NOMBRE	DIRECCIÓN COMPLETA, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
DOCTOR DE FAMILIA:			
PEDIATRA:			
NEURÓLOGO:			
CARDIÓLOGO:			
GENETISTA:			
OFTALMÓLOGO:			
PSIQUIATRA:			
PSICÓLOGO:			
CONSEJERO:			
EVALUADOR EDUCATIVO:			
AUDIÓLOGO:			
ESPECIALISTA BAJA VISIÓN:			
OTRO:			

**** Por medio de mi firma abajo, certifico que he enumerado arriba TODAS las personas, instalaciones y otros proveedores quienes han dado servicios educativos, médicos, psicológicos u otros servicios a mi hijo/a. Además de lo anterior, estoy de acuerdo en proporcionar información actualizada con respecto a tales servicios que puedan ser proporcionados a mi hijo/a en el futuro. Por este medio doy mi consentimiento para que cualquier proveedor docente, médico, psicólogo u otro proveedor de servicios envíen toda la información documental, incluyendo todas la información médica, psicológica y psiquiátrica a Florida School for the Deaf and the Blind, a solicitud de la escuela. El no proporcionar toda la información o falsificación de información impedirá que las solicitudes sean procesadas y/o resultará en que el estudiante/a no pueda ser matriculado/a, si fue encontrado/a eligible, basados en información incompleta/incorrecta.

FIRMA DE PADRES/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

Este permiso para dar a conocer información expirará un año después de la fecha de la firma arriba indicada.

RESUMEN DE LA SALUD

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____

CAUSA DE LA SORDERA O CEGUERA: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

ALERGIAS A LOS ALIMENTOS _____

ALERGIAS A OTRAS COSAS _____

SALUD ACTUAL DE SU NIÑO/A _____

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD O PREOCUPACIONES _____

PROBLEMAS DE CONDUCTA O PSICOLÓGICOS Y TRATAMIENTO:
(miedos excesivos, hiperactividad, etc.) _____

ENFERMEDADES ANTERIORES O LESIONES _____

CIRUGÍAS ANTERIORES _____

DIETA ESPECIAL

RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES

MEDICAMENTOS QUE SU NIÑO/A ESTÁ
RECIBIENDO

TRATAMIENTOS ESPECIALES QUE SU
NIÑO/A ESTÁ RECIBIENDO

Por favor, asegúrese de enumerar los médicos de su niño/a en la Solicitud de Evaluación del Estudiante (Autorización para dar información). Es muy importante para nosotros tener todos los registros médicos del pasado

FLORIDA SCHOOL FOR THE DEAF AND THE BLIND

Cuestionario TB

Nombre del niño/a _____

Fecha de Nacimiento: _____

Organización que administra el Cuestionario _____

Fecha _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y normalmente es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Es transmitida a otra persona por la tos o por el estornudo al expeler gérmenes de TB al aire. Estos gérmenes pueden ser respirados por el niño/a.

Los adultos que tienen la enfermedad de la TB activa usualmente 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 período de corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

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

La Tuberculosis es prevenible y curable. La prueba tuberculina, (a menudo llamada PPD o prueba de Mantoux) es usada para saber si su niño/a ha sido infectado/a con los gérmenes de TB. Ninguna vacuna es recomendada para uso en los Estados Unidos para prevenir la tuberculosis. La prueba de la tuberculina (prueba en la piel) no es una vacuna contra la tuberculosis.

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

Coloque una marca en la casilla correspondiente:	Sí	No	No lo sé
La TB puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. Por lo que usted(es) sabe(n): ¿Ha estado su niño/a cerca de alguien con cualquiera de estos síntomas o problemas? ¿Ha tenido su niño/a algunos de estos síntomas o problemas? o ¿Ha estado su niño/a cerca de alguien enfermo con TB?			
¿Nació su niño/a en México o en cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa del Este o Asia?			
¿Ha viajado su niño/a en el último año a México o a cualquier otro país en América Latina, el Caribe, Africa, Europa del Este o Asia por más de 3 semanas? Si su respuesta es afirmativa, favor de especificar a qué país/países.			
¿Según su conocimiento, ha pasado su niño/a tiempo (más de 3 semanas) con alguien que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado/a por VIH, en cárcel o prisión o llegó recientemente de otro país a los Estados Unidos?			

¿Ha sido su niño/a examinado para TB? Sí ___ (en caso afirmativo, especifique la fecha ___/___/___) No ___

¿Ha tenido su niño/a alguna vez reacción positiva a la tuberculina? Sí ___ (en caso afirmativo, especifique la fecha ___/___/___) No ___

Para uso solamente de la escuela/proveedor de servicios médicos

¿Se administró PPD? Sí ___ No ___

En caso afirmativo,

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

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

Proveedor de PPD _____
firma Nombre en letras de molde

Número de teléfono del Proveedor _____

Ciudad _____ Condado _____

Si positivo, remisión al proveedor de servicios de salud? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, nombre del proveedor _____

COMPROBACIÓN DE RESIDENCIA EN LA FLORIDA

EL FORMULARIO DE RESIDENCIA NOTARIZADO DEBE SER DEVUELTO CON LA SOLICITUD PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE(A)

Los estudiantes aspirantes son clasificados como residentes de la Florida o no residentes de la Florida con el fin de determinar los costos. Los residentes de la Florida que cumplen con el criterio de inscripción de FSDB pueden asistir a la escuela sin costo alguno. Los que no son residentes de la Florida tienen que pagar matrícula.

“La residencia” se define en el sentido de que la persona esté físicamente presente en un lugar, el cual es su hogar. Debe ser su intención el quedarse allí en forma permanente o por un período indefinido de tiempo.”

A. RESIDENCIA DE LOS PADRES

Yo, _____, soy el
(padre/m,adre o tutor legal) de
_____, quien es menor de 18
años, Yo reclamo la residencia en el Estado de la Florida a
partir del primer día de escuela de mi hijo.

B. RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, soy
aspirante a Florida School for the Deaf and the Blind. Tengo
o pronto voy a cumplir 18 años y seré considerado
residente del Estado de Florida inmediatamente antes de mi
primer día de clase.

LAS PERSONAS QUE AFIRMAN RESIDENCIA EN “A” o “B” ARRIBA, DEBEN COMPLETAR LO SIGUIENTE.

I. Mi dirección legal permanente es:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

FIRMA DEL RESIDENTE DE LA FLORIDA: _____ **FECHA:** _____

CUESTIONARIO ESOL

Las Leyes del Estado de Florida exigen a las escuelas identificar y proveer servicios a los estudiantes cuyo idioma nativo sea diferente del inglés. Como padres de familia, pueden ayudarnos a identificar dichos estudiantes respondiendo las siguientes preguntas acerca de su hijo/a.

NOMBRE DEL HIJO/A _____

NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE SU HIJO/A ESTÁ ASISTIENDO ACTUALMENTE:

¿CUÁL ES EL GRADO ESCOLAR ACTUAL DE SU HIJO/A?

¿ES SU HIJO/A:

SORDO/A/ O TIENE DEFICIENCIA AUDITIVA?

DISCAPACITADO/A VISUALMENTE?

DISCAPACIDAD SENSORIAL DOBLE (SORDO/A/CIEGO/A)

¿CUÁL ES EL ORIGEN NACIONAL DE SU HIJO/A? _____

¿CUÁL ES EL ORIGEN ÉTNICO O NACIONAL DE LOS PADRES?

MADRE: _____ PADRE: _____

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA (“Home Language Survey”)

CONSISTE DE 4 PREGUNTAS

1. ¿SE HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL INGLÉS EN CASA? SI NO

¿SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, CUÁL ES EL OTRO IDIOMA? _____

2. ¿TUVO EL/LA ESTUDIANTE UN IDIOMA DE CUNA DIFERENTE AL INGLÉS? SI NO

3. ¿HABLA EL/LA ESTUDIANTE CON MÁS FRECUENCIA UN IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS? SI NO

4. ¿CUÁNDO LLEGÓ EL/LA ESTUDIANTE A LOS EE.UU.? Mes _____ Día _____ Año _____

5. ¿CUÁNDO ENTRÓ EL/LA ESTUDIANTE A LA ESCUELA EN LOS EE.UU.? Mes _____ Día _____ Año _____

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ: _____