Washington

School for the Deaf

La admisión de alumnos nuevos paquetes de salud

2010 - 2011

Admissions Office
Washington School for the Deaf
611 Grand Blvd / Vancouver, WA 98661
(360) 696-6525 (v/tty) / (800) 613-4228 / www.wsd.wa.gov

WASHINGTON SCHOOL FOR THE DEAF
Expediente médico del estudiante, año 2010-11

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:_____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO:_____

Autorización médica	Sí	No	Restricciones
Los médicos locales y los contratados por WSD pueden proporcionar tratamiento de emergencia.			
Los médicos locales y los contratados por WSD pueden proporcionar cuidado médico de urgencia cuando sea necesario *(El cuidado rutinario se debe seguir dando en su casa)*			
Se pueden comunicar con los médicos de mi hijo cuando sea necesario			
Le doy permiso al personal de WSD para actuar en mi nombre cuando se tomen decisiones médicas de emergencia si no estoy disponible en caso de emergencia			
Las enfermeras de WSD y el personal delegado pueden administrar medicinas recetadas, medicinas de venta libre y tratamientos (incluyendo la limpieza de oídos) recetados por un médico acreditado. Por favor indique todas las medicinas o los tratamientos que no se le deben dar debido a alergias o problemas de salud.			
Las enfermeras le pueden transmitir la información que se mantendrá confidencial al personal que esté trabajando con mi hijo cuando consideren que sería beneficioso.			
Les doy mi dirección de correo electrónico con la esperanza de que las enfermeras se mantengan en contacto conmigo cada semana para avisar cuando sea necesario volver a surtir la(s) medicina(s) del estudiante			Nuestra dirección de correo electrónico:

Historial médico	
Por favor haga una lista de todos los problemas médicos y preocupaciones sobre la salud:	
Los problemas de salud que ponen la vida en peligro: son cualquier condición que ponga la vida en peligro, según la RCW 28A.210 sección I) la cual requiere que haya un plan de cuidado por adelantado antes de que el estudiante asista a la escuela.	Por favor anote todos los problemas de salud que ponen la vida en peligro:
Por favor haga una lista de las alergias a medicinas, alimentos, o picada de insectos:	
Instrucciones especiales:	
Síndrome de QT prolongado:	Es una anomalía hereditaria del sistema eléctrico del corazón que puede causar un paro cardíaco y la muerte repentina. LQTS *[siglas en inglés]* es algo muy poco común y ocurre con un poco más de frecuencia en las personas que nacen sordas que en las oyentes.
¿Padece su hijo del síndrome de QT prolongado (LQTS)?	Sí/ No/ No se le ha hecho la prueba Entiendo que si el estudiante está a riesgo de LQTS como se explicó anteriormente, yo tengo la responsabilidad de llevarlo a mi doctor de cabecera para hacerle la prueba de detección.
Dieta especial	La razón:
Restricciones de sus actividades:	La razón:
Información del seguro médico	
Nombre y dirección de la compañía de seguro:	Número de póliza y grupo/ Sindicato y local

Yo tengo la responsabilidad de pagar o proporcionar la cobertura de seguro medico para el estudiante, incluyendo los gastos médicos, los cargos en caso de evacuación y/o transporte de emergencia. La Washington School for the Deaf no provee cobertura de seguro médico para los estudiantes y no será responsable de los gastos médicos bajo ninguna circunstancia. Nota: le agradeceríamos que traiga la tarjeta del seguro médico de modo que podamos sacarle una fotocopia durante la inscripción.

Firma del padre/la madre _____ Fecha: _____

Washington
School for the Deaf

Atención padres

Si el estudiante tiene que tomar medicinas en la escuela, esta planilla tiene que ser firmada por su doctor y debe ser guardada en los archivos de la Washington School for the Deaf

Información sobre el doctor/ el profesional del cuidado de la salud	
Nombre del doctor (escrito en imprenta):	**Nombre de la clínica:**
Dirección:	
Número de teléfono:	**Número de fax:**

Medicina	**Dosis**	**Vía**	**Nº de veces al día**	**Razón por la que toma la medicina**

¿El estudiante se puede auto-administrar un inhalador? Sí _____ No _____

Se requiere la firma del doctor para la(s) medicina(s) recetada(s), un plan de dieta, y/o las restricciones de sus actividades.

Firma del doctor _____Fecha: _____

Washington
School for the Deaf

Copia de la tarjeta de seguro médico

Nombre del estudiante