Washington School for the Deaf

W

S

D

New Student Admissions Health Packet

La admisión de alumnus nuevos paquetes de salud

2012-2013

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

Center for Childhood Deafness & Hearing Loss (CDHL)

Student Health Record 2012-2013

Expediente médico del estudiante, año 2012-13

STUDENT NAME: _____ SEX: _____ DOB: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE SEXO FECHA DE NACIMIENTO

Medical Permission Autorización médica	Yes Sí	No No	Restrictions Restricciones
Local physicians and physicians contracted by WSD may provide Urgent/Emergency medical care as needed. (*Non-urgent care should continue at home.)* 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)*			
My child's physicians may be contacted as needed. Se pueden comunicar con los médicos de mi hijo cuando sea necesario			
I give permission for WSD staff to act on my behalf when making emergency medical decisions should I be unavailable in an emergency. 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			
WSD nurses and delegated staff may administer prescription medications, over the counter medications and treatments (including ear cleaning) prescribed by a licensed physician. Please note any medications or treatments that should not be given related to allergies or health conditions. 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.			
Nurses may convey medical information that will be kept confidential, as they perceive beneficial, to staff working with my child. Las enfermeras le pueden transmitir la información que se mantendrá confidencial al personal que esté trabajando con mi hijo cuando consideren que sería beneficioso.			
I will share my e-mail in hopes that the nurses keep in weekly contact with me regarding the refill of my student's medication/s. 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			Our e-mail: Nuestra dirección de correo electrónico:

Medical History Historial médico	Parent Comments Comentarios de los padres
Health Conditions that are Life Threatening: Any condition that is life threatening, according to RCW 28A.210 Sec. I requires that a nursing plan be in place before the student attends school. 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.	*Please note any health condition(s) that are life threatening: (asthma, seizures, diabetes, allergies, etc.)* Por favor anote todos los problemas de salud que ponen la vida en peligro:
Please list allergies to medication, food, environmental or insect sting: Por favor haga una lista de las alergias a medicinas, alimentos, o picada de insectos:	
Special Instructions: Instrucciones especiales:	
Please list all acute/chronic medical conditions and concerns.	
Special Diet: (must be signed by MD on back) Dieta especial	Reason: La razón:
Activity Restriction: (must be signed by MD on back) Restricciones de sus actividades:	Reason: La razón:

Insurance Information Información del seguro médico	
Name & Address of Insurance Company Nombre y dirección de la compañía de seguro:	Policy & Group Numbers/Union & Local Número de póliza y grupo/ Sindicato y local

I am responsible for providing payment or medical insurance coverage for my student including medical expenses, evacuation and/or emergency transportation charges. Washington School for the Deaf does not provide medical insurance coverage for students and will not be held responsible for medical expenses under any circumstance. Note: We would appreciate your bringing medical card so we can make a copy during registration.

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.

Parent Signature _____ **Date:** _____

Firma del padre/la madre Fecha:

Washington School for the Deaf
Authorization for Medications & Treatments at school

Attention Parents

If your student needs to take medications at school this form needs to be signed by your doctor and on file at Washington School for the Deaf

We appreciate the name of your student's physician if they receive medication from you during the year.

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

Apreciamos el nombre del médico de su estudiante si reciben medicamentos de durante el año.

Student's Name_____ DOB_____
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento

Physician/Primary Care Provider Information Información sobre el doctor/ el profesional del cuidado de la salud	
Physician's Name (printed): **Nombre del doctor (escrito en imprenta):**	**Clinic's Name:** **Nombre de la clínica:**
Address (city, state, zip): **Dirección:**	
Phone: **Número de teléfono:**	**Fax:** **Número de fax:**

Medication Medicina	Dosage Dosis	Route Vía	Times per Day Nº de veces al día	Reason for Med Razón por la que toma la medicina

Diet_____
Dieta

Activity Restriction_____
Restricciones de sus actividades:

Can student self-administer inhalers? **Yes** _____ **No** _____
¿El estudiante se puede auto-administrar un inhalador? Sí No

Physician Signature required for WSD Nurses to administer prescription medication(s), for WSD food service to offer special diet plan, and/or WSD staff to ensure activity restrictions.
Se requiere la firma del doctor para la(s) medicina(s) recetada(s), un plan de dieta, y/o las restricciones de sus actividades.

Physician Signature _____ **Date:** _____
Firma del doctor Fecha:

Washington School for the Deaf

Copy of Medical Insurance Card
(Residential Students Only)

Copia de la tarjeta de seguro medico
(Sólo para los estudiantes residenciales)

.

Student's Name_____ DOB_____
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento