

# Washington

School for the Deaf

## Nuevos Estudiantes 2009-2010

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](http://www.wsd.wa.gov)

## Tabla de contenido

---

---

Información del estudiante .....	1
Autorización de acceso a la Internet y uso del correo electrónico .....	2
Permiso para salir del recinto .....	3
Programa de almuerzo escolar de la USDA .....	4-6
Transporte y permiso de uso de medios de transporte .....	7
Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid .....	8
Consentimiento a entrevista con el DLR .....	9
Cupón de permiso escolar de la WSD.....	10
Consentimiento a la transmisión de información.....	11

# Información del estudiante

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE		APELLIDO		NOMBRE INICIAL	
	DIRECCIÓN		CALLE		CIUDAD ESTADO ZIP/CÓDIGO POSTAL	
	TELÉFONO RESIDENCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	CORREO ELECTRÓNICO	
	GRADO EN EL AÑO ESCOLAR 06-0	CONDADO DE RESIDENCIA	DISTRITO ESCOLAR		¿Está muerto uno de sus padres? (marque con un círculo) Sí, la madre Sí, el padre	
	SI SUS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SEPARADOS, ¿QUIÉN TIENE EL DERECHO DE CUSTODIA?				En caso afirmativo, nombre de la persona fallecida y fecha de muerte:	
PADRE, MADRE O TUTOR	NOMBRE DEL PADRE, MADRE O T APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
	Favor de marcar con un círculo: Padrastro Tutor Padre o madre de crianza Padre o madre sustitutivo Trabajador social					
	NOMBRE DEL PADRE, MADRE O T APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
	Favor de marcar con un círculo: Padrastro Tutor Padre o madre de crianza Padre o madre sustitutivo Trabajador social					
	<b>ATENCIÓN TUTOR(ES)</b>					
	<b>usted no es el padre o madre natural del menor, favor de anexar los documentos de tutoría legal con esta solicitud</b>					
	NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR O DEL BUSCAPERSONAS DE LA MADRE TTY de voz			NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR O DEL BUSCAPERSONAS DEL PADRE TTY de voz		
	DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DEL BUSCAPERSONAS DE LA MADRE			DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DEL BUSCAPERSONAS DEL PADRE		
	EMPLEADOR DEL PADRE					
	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR				NÚMERO DE TELÉFONO	
EMPLEADOR DE LA MADRE						
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR				NÚMERO DE TELÉFONO		
OTRA INFORMACIÓN	PARIENTE O AMIGO CON EL CUAL HACER CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN O PARENTESCO		TELÉFONO
	PARIENTE O AMIGO CON EL CUAL HACER CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN O PARENTESCO		TELÉFONO
	¿CUÁL ES SU DIARIO LOCAL?					
	¿LE GUSTARÍA RECIBIR AVISOS ACERCA DE NOTICIAS Y EVENTOS EN LA WSD? EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICAR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO?					
	¿CUÁL ES SU LENGUA MATERNA? (dibuje un círculo donde corresponda) ASL INGLÉS ESPAÑOL VIETNAMITA OTRO					
	LA SIGUIENTE INFORMACIÓN OPCIONAL PARA DETERMINAR SU ETNIA O RAZA SERÁ UTILIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE WASHINGTON SÓLO CON PROPÓSITOS DE INFORMACIÓN. FAVOR DE MARCAR CON UN CÍRCULO LOS VALORES CORRESPONDIENTES. BLANCO ASIÁTICO INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA NEGRO HISPANO O LATINO					

# Autorización de acceso a la Internet y uso del correo electrónico

---

---

La Washington School for the Deaf ofrece a sus estudiantes acceso al correo electrónico. Consideramos que el correo electrónico es una forma de motivar a los estudiantes a que practiquen sus habilidades de redacción y comunicaciones. Estimulamos también el contacto con sus familias, especialmente en el caso de los estudiantes internos. El correo electrónico está a cargo de un servicio externo de correo vigilado para estudiantes. El servicio se denomina gaggle.net. La Washington School for the Deaf utilizó este sistema el año pasado y lo encontró satisfactorio.

La forma de funcionar del servicio consiste en que la cuenta es abierta por la escuela y es vigilada para excluir palabras y frases consideradas inapropiadas por la escuela. Al estudiante utilizar una de estas palabras o frases, el mensaje de e-mail irá a parar directamente al maestro supervisor. El maestro aplicará entonces las medidas de lugar. Aunque ningún sistema sea 100% efectivo, el informar a los estudiantes que su correo electrónico es vigilado y la actualización de esa vigilancia ayudará a establecer el mejor control posible.

Gaggle.net ofrece el servicio de correo electrónico a los estudiantes de la WSD. El costo del servicio es de \$4.50 por usuario, por todo un año escolar.

## **AUTORIZACIÓN PATERNAL AL ACCESO AL CORREO ELECTRÓNICO POR PARTE DE UN ESTUDIANTE**

Entiendo que la Washington School for the Deaf está ofreciendo servicios de correo electrónico vigilado, por medio de gaggle.net. Gaggle.net ofrece elementos que permiten la vigilancia del correo electrónico de los estudiantes, a fin de asegurar el intercambio de un contenido apropiado.

Entiendo asimismo que, a pesar de los mejores esfuerzos que puedan desplegarse, ningún sistema es un 100% efectivo y que algún contenido objetable podría filtrarse.

Las consecuencias del uso inapropiado de los servicios de correo electrónico de gaggle.net y la Washington School for the Deaf, por los estudiantes, podría llevar a la suspensión temporal o permanente de dichos servicios de correo electrónico.

Acepto las consecuencias disciplinarias que la WSD pueda administrar y apoyo a la escuela en sus esfuerzos por ofrecer un servicio de correo electrónico seguro y apropiado a sus estudiantes.

He discutido el sistema de correo electrónico con mi hijo(a).

Queda entendido que el costo del servicio es \$4.50 por año escolar, el cual no es reembolsable.

**Sí, entiendo los términos indicados y deseo que mi hijo(a) tenga acceso al correo electrónico.**

*Entiendo que el pago de la suma de \$4.50 deberá hacerse antes de la apertura de la cuenta.*

**No, no deseo que mi hijo(a) disfrute del servicio de correo electrónico en este momento.**

---

## **AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INTERNET**

### *SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS*

Al firmar esta sección estará autorizando a la WSD a asignar a su hijo(a) una cuenta Internet y la correspondiente contraseña, para su uso personal fuera del horario escolar. La autorización de acceso a la Internet a los estudiantes internos les ofrecerá la oportunidad de completar las tareas escolares que requieran investigación en la Internet fuera de su horario escolar.

---

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Nota: Todos los estudiantes tendrán acceso a la Internet, bajo supervisión de un maestro, cuando haya clases que requieran investigación por medio de la Internet.

# Permiso para salir del recinto

---

---

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

El/la estudiante arriba señalado(a) tiene permiso para salir del recinto para excursiones y/o pasar la noche o los fines de semana con los siguientes amigos o amigos y/o parientes:

Amigo/pariente #1

Nombre \_\_\_\_\_ Relación o parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Amigo/pariente #2

Nombre \_\_\_\_\_ Relación o parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Amigo/pariente #3

Nombre \_\_\_\_\_ Relación o parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Para agregar nombres a esta lista: Entregaré al personal correspondiente de la WSD una declaración escrita dando permiso a mi hijo (a) para salir del recinto con otro adulto. Queda entendido que la WSD no podrá ser responsabilizada por mi hijo(a) mientras se encuentre fuera del recinto con el adulto acompañante.

**VISITAS RESTRINGIDAS: (explicar)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación o Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

ANOTACIONES: Utilice papel adicional para detalles adicionales, de ser necesario. La WSD deberá tener en sus archivos las correspondientes órdenes restrictivas

Padre, madre o tutor (escriba con letra de molde)

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

*Este formulario podrá ser agregado o cancelado por escrito mediante mensaje escrito del padre, madre o tutor dirigido a la Dirección de la escuela.*

**2009-2010 School Year**  
**WASHINGTON SCHOOL FOR THE DEAF**

**COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP**

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos**. Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. (El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

- No. Yo NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a Kay Pedisich al (360)696-6525 ext 0417 voice/tty/nxi.

Regrese esta forma a:

Washington School for the Deaf

Attn: Kay Pedisich

611 Grand Blvd.

Vancouver, WA 98661

# Entendimiento y permiso de uso de

## SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS

Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)

Ciudad destino del estudiante / Parada final de autobús

Los padres o tutores de los estudiantes internos transportados por la Washington School for the Deaf serán responsables de hacer arreglos para que el domingo un adulto espere a los estudiantes menores de 18 años hasta que los mismos hayan abordado sin problemas sus aviones o autobuses.

Debe quedar claro a los padres que sus hijos menores no podrán esperar solos en los aeropuertos o paradas de autobús. Los padres, madres o tutores serán responsables de esperar los aviones o autobuses en las puertas de salida o paradas designadas, según las horas programadas de llegada. Los padres o tutores podrán designar a otros adultos para que despidan o esperen a sus hijos al final de sus viajes.

Autorizo a las siguientes personas adultas a recoger a mi hijo(a), en caso de yo no poder hacerlo o en caso de no hallarme en la puerta o parada de llegada:

Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono
Nombre	Relación o parentesco con el estudiante	Número de teléfono

No permitiré a la(s) siguiente(s) persona(s) recoger a mi hijo(a):

**Nombre(s)**

**Ningún menor de 18 años será dejado solo en la puerta o parada de llegada.**

PARA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES O TUTORES FIRMAR UN DESCARGO AL MOMENTO DE RECOGER A SUS HIJOS. FAVOR DE ACERCARSE AL SUPERVISOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA LÍNEA AÉREA PARA FIRMAR EL RECIBO DE SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

Entiendo que podré escoger una puerta de llegada o una parada de autobús. Queda entendido que la Washington School for the Deaf transportará a mi hijo(a) desde o hasta Vancouver, Washington sólo a las indicadas ciudades o paradas de autobús en las fechas de viaje de fines de semana. (Favor de consultar el calendario escolar para las fechas exactas de los viajes) Queda entendido que la WSD no alterará este destino sin la aprobación del/de la Secretario(a) de transporte o la Superintendencia. La WSD sólo transporta a los estudiantes en sus viajes en avión o autobús regularmente programados. En caso de que mi hijo(a) no vaya a viajar en el avión o autobús provisto por la WSD, deberé llenar un formulario de descargo y presentarlo al/a la Secretario(a) de transporte ANTES DEL MARTES A LAS 5:00 P.M. Queda entendido que tendré que hacer arreglos para el transporte de mi hijo(a), a mi propia costa. Entiendo también el hecho de que mi hijo(a) será transportado(a) únicamente hasta la ciudad o parada convenida.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ENTENDIMIENTO Y PERMISO, admito haber leído, entendido y acordado su contenido y ser responsable de recoger puntualmente a mi hijo(a) en su ciudad o parada de destino.

En caso de que mi hijo(a) no sea recogido(a) dentro de los 15 minutos siguientes a su llegada, instruyo y autorizo a la WSD a llamar al 911 y entregar mi hijo(a) al CPS.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Número de teléfono residencial

Número de teléfono del trabajo

Número del teléfono celular

Número del buscapersonas / dirección de correo electrónico

# Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid

---

---

## **PROPÓSITO**

Este formulario solicita su consentimiento para la obtención de información de la Administración de asistencia médica del Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration), con el propósito de establecer la elegibilidad de su estudiante para recibir los beneficios de Medicaid. En caso de alguna pregunta relacionada con esta solicitud, podrá llamar al Director de educación especial de la WSD para que le explique el porqué se le está presentando esta solicitud.

## **VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID**

Las leyes estatales requieren del distrito escolar someter reclamos por servicios de salud prestados a los estudiantes bajo programas de educación especial o referidos para seguir programas de educación especial. Estos servicios incluyen servicios de fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con su permiso, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services (DSHS)) para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios del programa de Medicaid. Dicha solicitud en ningún modo afectará negativamente los servicios propios del programa de educación personalizada (IEP) de su hijo(a).

\_\_\_\_\_ **Doy** mi consentimiento a que verifiquen ante el DSHS la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid

\_\_\_\_\_ **No doy** mi consentimiento para que verifiquen la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid.

---

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

---

Nombre del padre, madre o tutor

---

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

# Consentimiento a entrevista con el DLR

Estimados padres o tutores:

La Washington School for the Deaf está colaborando con el Departamento de recursos licenciados (Department of Licensed Resources (DLR)), a fin de asegurarse de que todos los estudiantes estén a salvo mientras se encuentren en la WSD. A fin de recoger la información pertinente, el DLR entrevista regularmente a los estudiantes y a sus padres. Se hace uso de un intérprete certificado durante las entrevistas y los apellidos de los estudiantes y/o sus padres no serán revelados.

Esta es una gran oportunidad para que usted y sus hijos estudiantes puedan ayudar a la WSD. Su intervención será valiosa e importante. A continuación podrá ver preguntas modelo tanto para los padres como para los estudiantes.

Favor de firmar al pie de este formulario su consentimiento para que el DLR pueda entrevistarle a usted y/o a su hijo(a) y agradecerles su ayuda.

## PREGUNTAS MODELO PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Resides en la escuela durante la semana o eres un estudiante diurno?
- ¿Desde cuándo has estado estudiando en la WSD?
- ¿Te gusta esta escuela?
- ¿Cuentas con algún maestro o miembro del personal con el que te sientes cómodo y en confianza para compartir cómo te sientes?
- ¿Te ayudó alguna vez esta persona a resolver o tratar algún problema o preocupación?
- ¿Te es fácil comunicarte con tus padres mientras estás en la escuela? ¿Existe algún reglamento que te prohíba llamar a tus padres?
- ¿Conoces las normas de seguridad de la escuela y los cottages o cabañas? ¿Cómo te enteraste de esas normas?
- ¿Qué sucede si alguien viola las normas de seguridad?
- ¿Cómo podrías escapar de la escuela o de los cottages, en caso de emergencia?
- ¿Existen simulacros de incendio en la escuela y los cottages?
- ¿Existen reglas para cuando los varones y las chicas se reúnen? ¿Cuáles son?
- ¿Alguna vez algún miembro del personal o estudiante te hizo sentir miedo o te amenazó física o verbalmente? En caso afirmativo, ¿reportaste el hecho al personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?
- Estas fueron las preguntas que tenía para ti. ¿Tienes alguna pregunta que te gustaría hacerme o añadir a nuestra conversación?

## SAMPLE DLR PARENT QUESTIONS

### **PREGUNTAS MODELO DEL DLR PARA LOS PADRES**

- ¿Desde cuándo su hijo(a) ha residido en la Washington School for the Deaf? (internado)
- Describe los puntos fuertes o débiles de su hijo(a), así como sus necesidades especiales. ¿Cómo son satisfechas las necesidades especiales de su hijo(a)?
- ¿Cuál es su impresión general sobre la calidad de atención que su hijo(a) está recibiendo en el internado?
- ¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con la salud o la seguridad de su hijo(a) como interno(a) de la Washington School for the Deaf?
- ¿Considera usted que su hijo(a) y los otros estudiantes de la escuela reciben una supervisión adecuada en el internado de la Washington School for the Deaf? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Le contó alguna vez su hijo(a) alguna preocupación o queja relacionada con el internado de la Washington School for the Deaf? Si es así, ¿cuáles fueron esos problemas?
- ¿Cuánta comunicación ha tenido con su hijo(a)? ¿Por teléfono? ¿Personalmente? ¿Por carta?
- ¿Piensa usted que la Washington School for the Deaf le mantiene debidamente informado(a) acerca del estado de su hijo(a)?
- ¿Qué opinión le merece la condición de la planta física (edificios) en la que vive su hijo(a)?
- En su opinión, ¿se disciplinan y supervisan debidamente los estudiantes internos?
- ¿Le preocupa algún aspecto del internado, con relación a la salud o seguridad?
- ¿Hay algo más que le gustaría decirme acerca del internado de la Washington School for the Deaf?

Doy mi autorización para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_, sea entrevistado(a) por el Department of Licensed Resources.

Yo, infrascrito, \_\_\_\_\_, doy permiso al Department of License Resources para comunicarse conmigo con el propósito de entrevistarme con relación a la salud y seguridad del internado de la WSD.

# Cupón de permiso escolar de la WSD

---

---

El personal escolar de la WSD programa excursiones para los estudiantes durante todo el año. Dicho personal acompaña a los estudiantes durante estas excursiones fuera del recinto escolar, en las que los estudiantes son supervisados según sus exigencias y circunstancias particulares. Los estudiantes y el personal de la escuela caminarán, pasearán, usarán medios de transporte público o vehículos del estado. Eventos y excursiones educativas serán programados para una serie de lugares cercanos. Estos lugares podrían incluir los siguientes:

**Parques:** Ape Caves,, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center,, Marshall Park, Water Resource Center,

**Recursos educativos:** Chestnut Lane, Assisted Living (Gresham, Oregon), City Cemetery, Columbian Newspaper, Downtown Vancouver , ESD 112 (organizan exposiciones de arte todos los años), Fort Vancouver,, Clark County Museum, Ft. Vancouver Library, Fort

Vancouver Historical Area (zona histórica de Ft Vancouver), Harney Elementary School, Oregon Children's Theater Productions (Keller Auditorium, Winningstad Theater, y/o Newmark Theater), Oregon Historical Society, Oregon Museum of Science and Industry (OMSI), Oregon School for the Deaf, Oregon Zoo, Portland Art Museum, Powell's Book Store (Portland), Recycling Center, World Forestry Center (Portland)

**Restaurantes:** Burgerville, Cold Stone's Creamery, Igloo

**Diversiones en la comunidad:** Bullwinkle's Amusement Park, Clackamas Water Park, Downtown Vancouver, Firstenberg Center, Fred Meyers, Golden Skate, Jim Parsley Recreation Center, J Jump, Kid's Club in Salmon Creek and Lloyd Center Skate/ Mall, Marshall Community Center (piscina), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH y Vancouver Mall.

Se enviarán recordatorios con los detalles del caso a los padres con relación a las próximas excursiones.

Su firma al pie de este documento servirá para dar a su hijo(a) el permiso de participar en los próximos eventos durante todo el año escolar  
2008- 2009.

En caso de que NO desee que su hijo(a) participe en un determinado evento, favor de avisar a la Secretaría de la escuela, llamando al (360) 418 – 4341 o al (360) 696 6525 ext 4341.

Favor de firmar y devolver esta planilla para que su hijo(a) pueda participar en dichos eventos fuera de la escuela.

Nombre del/de la estudiante: \_\_\_\_\_

El dinero necesario para dichos eventos o excursiones:

[ ] será enviado desde la casa

[ ] deberá ser retirado de la cuenta del/de la estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre, tutor o estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Consentimiento a la transmisión de información

---

---

**\*\*FOR OFFICE USE ONLY\*\***

A quién : \_\_\_\_\_

Distrito escolar/Agencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizo a las indicadas agencias escolares a revelar cualquier información académica, sociológica, psicológica o médica relacionada con el estudiante arriba señalado. Dicha información compartida será tratada en forma confidencial.

## FAVOR DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Análisis sumario e informes de respaldo
2. IEP actual (Plan de educación personalizada / Evaluación de transición / Evaluación de comportamiento funcional / Plan de intervención)
3. Resumen anual del Plan de educación personalizada (IEP) - (marcos de referencia)
4. Informes de progreso (académico y de comportamiento)
5. Transcripciones
6. Expedientes de inmunización y médicos
7. Informe auditivo
8. Informes de asistencia
9. Los informes relacionados con el comportamiento, incluyendo las detenciones, los referimientos, las suspensiones y otros documentos relacionados con la conducta
10. Otros \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Relación con el niño o la niña \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FAVOR DE ENVIAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA A:

Judy Smith, Office of the Superintendent

Washington School for the Deaf

611 Grand Blvd.

Vancouver, WA 98661

(800) 613-4228 (V/TTY:) o Fax: (360) 696-6291