



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  No  Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_

**Información Personal Padres/Tutor Legal:**

	Padre	Madre	Tutor Legal
Título:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Otro
Apellido:	_____	_____	_____
Primer Nombre:	_____	_____	_____
Dirección:	_____	_____	_____
Ciudad/Estado/Código	_____	_____	_____
Postal:	_____	_____	_____
Condado:	_____	_____	_____
¿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:

<input type="checkbox"/>	Casados
<input type="checkbox"/>	Divorciados (Nombre del parente/madre con quien el niño(a) vive) _____ (Favor incluir copias de los documentos de custodia)
<input type="checkbox"/>	Otro (favor explicar) _____

¿Quién tiene custodia legal del niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Es su niño(a):	Sordo(a) o con Deficiencia Auditiva?	<input type="checkbox"/>	
	Ciego(a) o con Discapacidad Visual?	<input type="checkbox"/>	
	Doble Discapacidad Sensorial (Sordo(a) y Ciego(a))?	<input type="checkbox"/>	
¿Está su niño(a) siendo atendido en una Clase de Educación Especial en su escuela local?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Está su niño(a) en un Programa para Sordos/con Deficiencia Auditiva?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Está su niño(a) en un Programa para Ciegos/con Discapacidad Visual?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Favor enumerar otros Programas de Educación de Estudiantes Excepcionales o servicios que su niño(a) recibe:			

**Favor incluir una copia del Plan de Educación Individualizado (PEI) más reciente**

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR 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)	FECHAS DE ASISTENCIA

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:			

\*\*\*\* Con mi firma, certifico que he relacionado arriba a TODAS las personas, entidades y demás proveedores que hayan prestado servicios educativos, médicos o de otra índole a mi hijo. Adicionalmente convengo en suministrar información actualizada en relación con futuros servicios que puedan ser prestados a mi hijo. Por medio de la presente doy mi consentimiento para que cualquier prestador de servicios educativos, médicos o de otro tipo de servicios, a solicitud de la escuela, envíe toda información documental, incluyendo información médica, psicológica o psiquiátrica a la Florida School for the Deaf & the Blind. Dejar de suministrar toda la información o la falsificación de información impedirá que las solicitudes sean procesadas y/o terminará en el retiro del estudiante, si este fuere encontrado elegible con base en información incompleta o errónea.

FIRMA DE PADRES/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Este permiso para divulgar información expirará un año después de la fecha de la firma arriba indicada.

# RESUMEN DE 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: \_\_\_\_\_

RESTRICCIÓN 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.**

# Cuestionario Sobre Tuberculosis

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 usualmente es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Es transmitida a otra persona por los gérmenes de TB esparcidos en el aire por las tos o el estornudo. Estos gérmenes pueden ser respirados por el niño(a).

Los adultos que tienen la enfermedad activa usualmente presenten varios de los siguientes síntomas: tos por más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudoración nocturna.

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

La Tuberculosis es prevenible y curable. La prueba de piel (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 para prevenir la tuberculosis es recomendada para uso en los Estados Unidos. La prueba de piel (tuberculina) no es una vacuna contra la tuberculosis.

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

Marque la casilla correspondiente:	Sí	No	No lo sé
La TB puede causar fiebre de larga duración, pérdida inexplicable de peso, tos severa (con más de dos semanas de duración) o tos con sangre. En la medida de su conocimiento:			
¿Ha estado su niño(a) cerca de alguien con alguno de estos síntomas o problemas?			
¿Ha tenido su niño(a) algunos de estos síntomas o problemas?			
¿Ha estado su niño(a) cerca de alguien enfermo con TB?			
¿Su niño(a) nació en México o algún otro país en Latinoamérica, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño(a) ha viajado durante el pasado año a México u otro país en Latinoamérica, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia por más de tres semanas?			
¿Si la respuesta es sí, cual país o países?			
¿Hasta dónde usted sabe, ha estado su hijo(a) (más de 3 semanas) con alguien que usa o ha usado drogas intravenosas, infectado con VIH, ha estado en una cárcel o en una prisión o ha llegado a los Estados Unidos recientemente?			

¿Su niño(a) ha sido examinado contra TB?

Sí \_\_\_\_\_ (especifique la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_) No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su niño(a) ha tenido reacción positiva a la prueba de piel? Sí \_\_\_\_\_ (especifique la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_) No \_\_\_\_\_

Para uso solamente de la escuela/proveedor de servicios médicos (For school/healthcare provider use only)

\*\*\*\*\*

PPD administered

Yes \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

If yes,

Date administered \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date read \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Result of PPD test \_\_\_\_\_ mm response

Type of service provider (e.g., school, Health Steps, other clinics) \_\_\_\_\_

PPD provider \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_

Provider phone number \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

If positive, referral to healthcare provider? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes, name of provider \_\_\_\_\_

# PRUEBA DE RESIDENCIA EN LA FLORIDA

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

**La Residencia es definida como la presencia física en un lugar como lugar de domicilio de los padres, tutor legal o del aspirante con la intención de permanecer allí por un periodo indefinido de tiempo. La presencia de los padres, tutores legales, o aspirantes adultos con el solo propósito de recibir educación gratuita no será considerada como residencia.**

## A. RESIDENCIA DE LOS PADRES

Yo, \_\_\_\_\_, soy el parent/madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, quien es menor de 18 años. Yo declaro mi 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 la Florida School for the Deaf and the Blind. Tengo o tendré 18 años de edad y habré sido residente del Estado de la Florida el día inmediatamente anterior a mi primer día de clases.

## LAS PERSONAS QUE DECLARAN RESIDENCIA EN "A" o "B" ARRIBA DEBEN LLENAR Y FIRMAR LO SIGUIENTE

Mi dirección legal permanente es:

\_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

## **CUESTIONARIO ESOL**

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

**NOMBRE DE SU HIJO(A):** \_\_\_\_\_

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

**¿CUÁL ES EL GRADO ESCOLAR ACTUAL DE SU HIJO(A)? \_\_\_\_\_**

¿ES SU HIJO(A):

## SORDO(A)/CON DEFICIENCIA AUDITIVA?

## CIEGO(A)/CON DISCAPACIDAD VISUAL?

## **DOBLE DISCAPACIDAD SENSORIAL (SORDO(A) Y CIEGO(A))?**

100

¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD DE SU HIJO(A): \_\_\_\_\_

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

**MADRE:** \_\_\_\_\_ **PADRE:** \_\_\_\_\_

## ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA EN CASA

I. ¿SE HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL INGLÉS EN CASA? SÍ  NO

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

2. ¿TUVO EL/LA ESTUDIANTE UN IDIOMA MATERNO DIFERENTE AL INGLÉS? SÍ  NO

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

4. ¿CUÁNDΟ LLEGÓ EL/LA ESTUDIANTE A LOS EE.UU.? Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

5. ¿CUÁNDΟ ENTRÓ EL/LA ESTUDIANTE A LA ESCUELA EN LOS EE.UU.? Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**FECHA EN QUE SE LLENÓ LA FORMA:** \_\_\_\_\_