

Fecha:

DeWitt-Lavaca Special Education Cooperative
LA MATRICULACION DE ESTUDIANTES E INFORMACION DE SALUD



Apellido, Nombre de Pila Segundo Nombre

Direccion Fisica, Ciudad, Estado, Codigo Postal

Condado

Direccion de Envio, Ciudad, Estado, Codigo Postal (si es diferente)

Telefono de casa

Numero de Seguridad Social

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) / /

Lugar de Nacimiento

Etnicidad

Lengua Materna si no es Ingles

Genero: Male Female

Districto Escolar

Madre/Tutor

Relacion

Residencia (si es diferente del estudiante)

Telefono Movil

Telefono del Trabajo

Direccion de Correo Electronico

Padre/Tutor

Relacion

Residencia (si es diferente del estudiante)

Telefono Movil

Telefono del Trabajo

Direccion de Correo Electronico

Enumerar por los menos dos vecinos o parientes cercanos que se podra recurrir en caso de emergencia. Por favor, ponerlos en el orden que desea ser contactado en caso de emergencia.

Nombre	Telefono(s)	Relacion
Direccion		

Nombre	Telefono(s)	Relacion
Direccion		

Nombre	Telefono(s)	Relacion
Direccion		

Para proteger a su hijo/hija, cualquier nombre que no figuran en este formulario no se le permitira firmar de entrada / salida de su estudiante . Tampoco se permitira a nadie que no figuran en este formulario para ponerse en contacto con su hijo en la escuela . ID se puede requerir de cualquier persona en el campus. Le animamos a informar a la oficina de cualquier cambio como el telefono , la direccion, o cualquier otra informacion.

DeWitt-Lavaca Special Education Cooperative
LA MATRICULACION DE ESTUDIANTES E INFORMACION DE SALUD



El abajo firmante, por la presente autorizo a la enfermera de la escuela para compartir la siguiente informacion con los maestros u otras personas que se cuidan de mi hijo/hija mientras el/ella esta en la asistencia a la escuela.

.....
 Apellido, Nombre de Pila Segundo Nombre

.....
 Medico de Familia Local:

.....
 Telefono:

.....
 Dentista:

.....
 Telefono:

Medicamentos que se toman en la escuela:

Medicamentos que se toman en el hogar:

Indique sí (S) o no (N) para las siguientes condiciones:

	S	N
Enfermedades del Corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno convulsivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades en la vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades en el habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades de audicion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	S	N
<u>Indique:</u> Templado / Moderar / Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipos: Fecha de la ultima convulsion:

Listar:

Listar:

Otras Condiciones de Salud:

.....

.....
 Firma de Padre/Tutor

.....
 Fecha

DeWitt-Lavaca Special Education Cooperative
ALTA MEDICA



Esta autorizacion se proporciona de acuerdo con las Normas de Privacidad de forma individual Información de identificación de la Salud (las "Normas de Privacidad") emitidas bajo la Ley de 1996 y Portabilidad del Seguro de Salud , en su versión modificada (" HIPAA ") , que entró en vigor en abril de 2003 .

La informacion especificada se utilizará a los efectos de proporcionar la atención adecuada de la salud , para adaptar las aulas , otras actividades del campus , y la respuesta de emergencia.

.....
Apellido, Nombre de Pila Segundo Nombre

.....
Direccion Fisica, Ciudad, Estado, Codigo Postal

.....
Direccion de Envio, Ciudad, Estado, Condigo Postal (si es diferente)

..... / /
Numero de seguridad social de estudiante Fecha de nacimiento de estudiante Telefono
(MM/DD/YYYY)

.....
Madre/Tutor Relacion Telefono

.....
Padre/Tutor Relacion Telefono

.....
Medico de Familia Local: Telefono:

.....
Dentista: Telefono:

El abajo firmante, por la presente autorizo a la Cooperativa de Educacion Especial - DeWitt Lavaca en contrato directot con la persona nombrada en este formulario, y autorizo al medico llamdao para hacer el tratamiento que se consideren necesarios en caso de emergencia para la salud de dicho nino/nina. Tambien doy permiso para que la enfermera de la escuela para ponerse en contacto con los proveedores de atencion medica antes mencionados con culaquier pregunta con respecto al cuidado de salud de mi hijo/hija. La enfermera de la escuela puede recibir y enviar comuicacion con respecto a cualquier informe de exámenes medicos y conclusiones, y /o del proveedor de cuidado de la salud, cuando tal conocimiento podría impactar el cuidado de la salud de dicho nino/nina mientras asiste a la escuela.

Derecho de revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento notificanco a la escuela, por escrito. Entiendo que la revocacion solo es efectivo despues de que se recibe y se registra por la enfermera de la escuela o su designado autorizado. Entiendo que no puedo revocar esta autorizacion en la medida en que la escuela ha tomado acciones de seguridad de esta autorizacion.

Entiendo que esta autorizacion no es necesaria para la Cooperativa de Educacion Especial DeWitt-Lacava para utilizar o revelar esta informacion para fines de tratamiento, o si el uso o divulgacion no esta permitida por las normas de privacidad, y que cualquier revocacion de la presente autoizacion sera ningun efecto en la divulgacion de este tipo.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion.

.....
Firma de Padre/Tutor

.....
Fecha



Las enfermeras de la Cooperativa de Educación Especial DeWitt-Lavaca (DLSEC) y el Personal de Asistencia Sin Licencia (UAP) se guían por la ley de Texas cuando administran medicamentos. Cuando la enfermera no esté en el campus, los medicamentos serán administrados por un UAP elegido por el Director de Programas Multidistritales. Los medicamentos se administrarán en la escuela bajo las siguientes pautas:

- Los padres/tutores proporcionarán toda la medicación necesaria(s) para su estudiante de venta libre deben ser suministrados desde casa y estar en el paquete original con las especificaciones de dosis. Suelta medicamentos, sin marcar no se le dará y será eliminada.
- Si cualquier medicación debe ser dada durante más de 10 días consecutivos, un médico que prescribe debe completar de Sección consentimiento del médico en el formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos. ***
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con la etiqueta correcta, mostrando nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis de fuerza, las instrucciones de administración nombre y fecha del médico. ***Pregunta a la farmacia por una botella escuela.
- Una nueva forma de orden escrita debe ser presentada por cualquier cambio de medicación.
- Medicamentos de países extranjeros NO será administrado por la Escuela PERSONAL.
- No se dan vacunas contra la alergia.
- Todos los medicamentos se mantiene segura y administrada desde la clínica de la escuela. Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela para estudiantes con circunstancias (tales como inhaladores, epi-bolígrafos u otros fármacos autoadministrados) para determinar un plan de medicación que es mejor para el estudiante y la cooperativa.
- La medicación requerida que ha de darse tres (3) veces al día o menos no se le dará a menos que una hora específica se ordena médico correspondiente o la enfermera de la escuela determina que una circunstancia especial existe basado en las necesidades del estudiante.
- Remedios a base de plantas o productos homeopáticos NO serán administrados por personal de la escuela menos que sea requerido por el Plan IEP or Sección 504 del estudiante de un estudiante con una discapacidad. Estos remedios/productos serán administrados por una UAP.
- Los padres/tutores deben entregar y recoger todos los medicamentos hacia y desde la clínica de la escuela. Todos los medicamentos deben estar acompañados por un formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos.
- Una nueva forma de solicitud de administración de medicamentos debe ser llenada cada año escolar.
- De conformidad con la Junta de Enfermeras, la regía 22 Tejas Código Administrativo, sección 217.11, la enfermera de la escuela tiene la responsabilidad y autoridad para negarse a administrar ningún medicamento que en su/su juicio no es en el mejor interés de estudiante.

Si tienes preguntas sobre la Política de Medicamentos DLSEC, por favor, póngase en contacto con la Supervisora de Enfermeras DLSEC al 361-293-2854.



.....
Apellido, Nombre de Pila Segundo Nombre

..... / /
Fecha de nacimiento de estudiante

PERMISO DEL PADRE/TUTOR PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre:

Dosis:

Ruta:

Frecuencia:

Tiempo para ser dado:

Instrucciones especiales :

.....

He leído las pautas de medicamentos adjuntas y doy permiso a la Cooperativa de Educación Especial DeWitt-Lavaca para administrar el medicamento mencionado anteriormente según las indicaciones, así como para comunicarme con el médico para obtener información adicional según sea necesario. Entiendo que:

- Debo proporcionar todos los medicamentos.
- La mediación se debe proporcionar en el envase original con la etiqueta intacta. Los empleados de DLSEC no administrarán medicamentos sueltos o sin etiqueta.
- Se debe completar un nuevo formulario para todos los cambios de medicamentos y para cada nuevo año escolar.

.....
Firma de los padres

.....
Fecha

.....
Nombre impreso de los padres

.....
Teléfono

**CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO PARA EL
MEDICAMENTO MENCIONADO ANTERIORMENTE**

Obligatorio para todos los medicamentos (recetados y de venta libre) administrados durante más de 10 días consecutivos y todos los medicamentos inyectables.

Motivo de la medicación:

.....
Firma del médico

.....
Fecha

.....
Nombre impreso médico

.....
Teléfono



Nos gustaría solicitar su permiso para cinta de vídeo y fotografía su niño durante el año para ser utilizado en la fabricación de una cartera, para compartir con otros educadores con respecto a los programas del distrito múltiple, en el periódico, la cooperativa boletín y web para presentaciones explicando nuestros programas o en el registro de actividades para nuestros álbumes fotográficos de aula. Estas fotografías serán utilizadas a veces en tabloneros de anuncios o serán enviadas a casa a los padres.

Marque uno:

- Pueden ser fotografiados y en cinta de vídeo. El nombre de mi hijo no se puede compartir a menos que me hayan contactado primero.
- No pueden ser fotografiados y en cinta de vídeo.

Firma de Padre/Madre

Fecha

DeWitt-Lavaca Special Education Cooperative
RESPUESTA DE LOS PADRES CON RESPECTO A LA LIBERACIÓN DE
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE



Para los siguientes propósitos patrocinados por la escuela: actividades de reconocimiento de estudiantes, Anuario o periódico estudiantil, programa impreso para actividades extracurriculares, comunicados de prensa a los medios locales & matutinos, DeWitt-Lavaca educación especial cooperativa ha designado la siguiente información como información de directorio:

- Nombre del estudiante
- nivel de grado
- dirección
- más reciente escuela asistida
- dirección de correo electrónico
- participación
- fotografía
- fecha y lugar de nacimiento
- estado de inscripción
- honores y premios recibidos
- números de identificación de estudiante
- fechas de asistencia
- peso y altura, si un miembro de un equipo deportivo

Por favor consulte una de las opciones por debajo de patrocinados por la escuela con fines:

Yo doy permiso para utilizar la información de la lista anterior para los fines especificados patrocinados por la escuela DLSEC.

No doy permiso para utilizar la información de la lista anterior para los propósitos de la escuela-patrocinado por DLSEC.

Firma de Padre/Madre

Fecha



Acuerdo Estudiantil de Participación en el Sistema de Comunicación Electrónica

.....
Estudiante Nombre completo

.....
Grado

.....
Distrito Escolar

He leído la política de sistema de comunicaciones electrónicas DLSEC y regulaciones administrativas y acatar sus disposiciones. Tengo entendido que la violación de estas disposiciones puede resultar en suspensión o revocación de acceso al sistema.

.....
Firma del estudiante

.....
Fecha

Patrocinar a sus Padres o Tutores

He leído la DLSEC política del sistema de comunicaciones electrónicas y directrices administrativas. En consideración por el privilegio de usar el sistema de comunicaciones electrónicas de la DLSEC y en consideración para tener acceso a las redes públicas, desligo cualquier institución con la que están afiliadas de cualquier y toda reclamación y daños y perjuicios de cualquier naturaleza derivados del uso de mi hijo, o imposibilidad de usar el sistema, incluyendo, sin limitación, sus operadores y la DLSEC, el tipo de daño identificado en del DLSEC políticas y regulaciones administrativas.

Por favor marque una de las opciones a continuación:

Yo doy permiso para mi hijo / a participe en el sistema de comunicaciones electrónicas de la DLSEC y certifico que la información en este formulario es correcta.

No doy permiso para que mi hijo / a participe en el sistema de comunicaciones electrónicas de la DLSEC.

.....
Firma de Padre/Madre

.....
Fecha

DeWitt-Lavaca Special Education Cooperative
BASADA EN LA COMUNIDAD INSTRUCCIÓN VIAJES PERMISO FORMAS



Nos gustaría solicitar su permiso para transportar al niño/nina para los viajes de la comunidad Base educacional (CBI) durante todo el año para cumplir con sus objetivos IEP en el dominio de la comunidad.

Doy permiso a mi hijo/hija, _____, a participar. Además, doy mi permiso para que el niño/nina llamado anterior dar atención médica de emergencia en un hospital o salud centro en presencia de un empleado de la cooperativa DeWitt-Lavaca educación especial o un empleado Yoakum ISD en caso de emergencia durante un viaje de CBI.

Además te libero de cualquier responsabilidad con respecto a dichos viajes, el Yoakum ISD y cualquiera de sus empleados.

Firma del padre/tutor

Fecha