

The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf  
**Plan de Intervención contra la intimidación y**

Fecha: \_\_\_\_\_

Padres/Tutores:

Por favor, tengan en cuenta que el Plan de Intervención y Lucha contra el Bullying de WS esta disponible para su revisión en nuestro sitio web: [www.tlcdeaf.org](http://www.tlcdeaf.org) Si desea obtener una copia de este plan, por favor indíquelo en el siguiente formulario y entreguelo.

Atentamente.

Karen Bishop  
Director of Walden School

---

Si desea obtener una copia del Plan de Intervención y Lucha contra el Bullying, envíe el formulario que se encuentra a continuación a The Walden School at The Learning Center for the Deaf a: 848 Central Street, Framingham MA. 01701

A quien corresponda,

Por favor, envíe una copia del Plan de Intervención y Lucha contra el Bullying de WS a mi dirección particular.

Yo me contactaré con WS para solicitar una copia del Plan de Intervención y Lucha contra el Bullying.

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

**The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf  
Relatorio de Exames Odontologicos do**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

La presente certifica que el \_\_\_\_\_ He examinado los dientes de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del alumno

\_\_\_\_\_  
fecha de nacimiento

\_\_\_ No treatment dental es necesario

\_\_\_ El tratamiento ha sido recomendado

\_\_\_ El tratamiento está en curso

\_\_\_ El tratamiento ha completado

Recomendaciones/Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proxima visita rogramada: \_\_\_\_\_

**Un informe anual de un examen dental es requerido por el Departamento de  
Educación**

\_\_\_\_\_  
Firma dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PADRE / TUTOR ENVÍA EL FORMULARIO A LA OFICINA  
DE LA ENFERMERA**

The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf  
**Autorizao e Permiso para  
Tomar Fotos y grabar Videos**

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Escuela de Felipe Walden para utilizar una imagen o video de mi hijo a los efectos de folletos, boletines, página web TLC y otros medios relacionados con la promoción de la escuela y sus actividades . Cuando sea posible , se me notificará de las intenciones de la escuela para utilizar esta representación .

SI

NO

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf  
**INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EMERGENCIAS DEL ALUMNO**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información y envíela de regreso a la escuela inmediatamente.**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido, nombre de pila, segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Idioma nativo en el hogar \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene seguro médico? Sí  No

Seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Seguro odontológico \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Padre o tutor \_\_\_\_\_ Padre o tutor \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_

Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Localizador o número de celular \_\_\_\_\_ Localizador o número de celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico o localizador \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico o localizador \_\_\_\_\_

Número de contacto preferido \_\_\_\_\_ Número de contacto preferido \_\_\_\_\_

Idioma nativo \_\_\_\_\_ Idioma nativo \_\_\_\_\_

**Indique dos contactos para emergencias en caso de resultar imposible comunicarse con el padre o tutor:**

(Exigido por el Departamento de Educación Primaria y Secundaria)

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Teléfono diurno \_\_\_\_\_ Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Localizador o número de celular \_\_\_\_\_ Localizador o número de celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, la escuela tratará de contactar al padre o tutor antes de llamar al prestador de atención primaria del alumno (médico). Su hijo será trasladado en ambulancia a un centro de urgencias, si fuera necesario.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo a la enfermera de la escuela a divulgar información correspondiente a la condición de salud de mi hijo con el personal médico adecuado de la escuela o de emergencias a fin de satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo. Autorizo a intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo para su derivación, diagnóstico y tratamiento.

**Autorizo a realizarle un tratamiento médico de emergencia.**

✓ Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf  
**INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EMERGENCIAS DEL ALUMNO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Color de cabello \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Marcas identificatorias \_\_\_\_\_

Capacidad de cuidado personal Alimentación  Independiente  Necesita ayuda  
Aseo personal  Independiente  Necesita ayuda

**ANTECEDENTES SANITARIOS**

Indique todos los medicamentos que toma su hijo: \_\_\_\_\_

Qué medicamentos se le darán en la escuela: \_\_\_\_\_

Marque todos los problemas de salud que tenga su hijo:

Cardiopatía  Diabetes  Asma  Trastorno convulsivo  Jaquecas

Implante coclear  Fecha del implante en el oído izquierdo \_\_\_\_\_  
 Fecha del implante en el oído derecho \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud (especifique) \_\_\_\_\_

Enumere los problemas de salud mental que tenga su hijo:

Marque las alergias que tenga su hijo:

alimentos  insectos  medicamentos  medio ambiente  otro

**Especifique las alergias de su hijo:** \_\_\_\_\_

Epi-pen  sí  no Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_

Cirugías o enfermedades graves recientes o cambio de diagnóstico \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR TYLENOL O ADVIL**

De las siguientes opciones, marque TODO lo que autoriza que se administre a su hijo durante el horario escolar:

Advil  Tylenol  Ungüento de Bacitracin  Bloqueador solar

Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante a la condición de salud de mi hijo con la escuela y / o el personal médico de emergencia cuando sea necesario para satisfacer las necesidades de salud y seguridad de mi hijo apropiado. Doy permiso para intercambiar información con el médico de atención primaria de mi hijo con el propósito de la consulta , el diagnóstico y el tratamiento . Doy permiso para el tratamiento médico de emergencia .

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NOTIFICARÉ A LA ENFERMERA ESCOLAR SI SE PRODUCEN CAMBIOS RESPECTO DE ESTE FORMULARIO DE EMERGENCIAS**

The Walden School  
at The Learning Center for the Deaf  
**Formulario de Autorización y Permiso**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, padre o tutor de: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre de pila Segundo nombre

Sí  No  Autorizo a The WS a llevar a mi hijo a viajes de campo en vehículos escolares u otros medios de transporte aprobados por la escuela.

Sí  No  Autorizo a The WS a utilizar una fotografía o cinta de video de mi hijo en folletos, boletines, la página web del WS u otros medios de comunicación que se relacionen con la promoción de la escuela y sus actividades. Cuando sea posible, me notificarán sobre las intenciones de la escuela de utilizar este método.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Permiso del padre o tutor para participar en el Programa de Deportes y Educación Física**

**Programa de Educación Física**

Sí  No  Mi hijo puede participar completamente en el Programa de Educación Física del WS.  
Si NO es así, por favor especifique las restricciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Se requiere documentación médica de las restricciones de los participantes**

**Programa de Deportes del WS**

Sí  No  Mi hijo puede participar completamente en el Programa de Deportes del WS.  
Si NO es así, por favor especifique las restricciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Se requiere documentación médica de las restricciones de los participantes**

Para que el alumno sea aceptado en un equipo y participe en las actividades deportivas, debe haberse realizado un examen físico en el transcurso del último año que indique que puede realizar deportes sin restricciones o que especifique sus limitaciones.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

The Walden School  
at The Learning Center for the Deaf  
**Indicaciones del Médico**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido, nombre de pila, segundo nombre

Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

<b>Fecha de la indicación</b>	<b>Fecha de renovación</b>	<b>Fecha de interrupción</b>	<b>Instrucciones</b>

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

The Walden School  
at The Learning Center for the Deaf

**Autorización para Administrar Medicación**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre de pila Segundo nombre

La enfermera o la persona que ella designe administra todos los medicamentos. Se necesita la autorización por escrito del padre/tutor y una orden del médico para administrar todos los medicamentos y para permitir la autoadministración de los mismos.

Enumere todos los medicamentos que esté tomando en la escuela y en el hogar. Incluya medicamentos recetados y de venta libre.

<b>Medicamento:</b>	<b>Motivos por los que el niño toma la medicación:</b>

Autorizo a la enfermera o al personal de la escuela designado por ella para administrar los medicamentos enumerados anteriormente.

Autorizo a la enfermera de la escuela a compartir con el personal adecuado la información relativa a la medicina recetada, según se considere necesario para la salud y seguridad de mi hijo.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno (si tiene 18 años o más): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de necesitar medicación de emergencia, se notificará al padre o tutor y a la persona autorizada a recetar.

\_\_\_\_\_

**Nota:** El padre o tutor puede retirar medicación de la escuela en cualquier momento. Serán destruidos los medicamentos no retirados dentro de una semana de finalizada la prescripción o de una semana posterior al cierre de la escuela, a menos que se hayan establecido planes alternativos.



## Autoadministración de Medicamentos

Fecha: \_\_\_\_\_

La política del WS no permite que los alumnos tengan medicamentos en su poder o que se los autoadministren.

Puede haber excepciones en el caso de los alumnos con asma que lleven un inhalador, o para los que necesiten un epi-pen o tengan otras necesidades especiales.

Para los casos de autoadministración, se necesita la siguiente información dos semanas antes del primer día de clase:

- ✓ Una orden por escrito del médico para la medicación.
- ✓ Autorización escrita del padre/tutor para que el alumno se autoadministre la medicación específica.
- ✓ El alumno debe demostrar su capacidad de realizar el procedimiento de autoadministración.
- ✓ El alumno debe estar capacitado para llevar consigo una cantidad suficiente de medicamento mientras se encuentre en la escuela, en un viaje de campo o en una actividad deportiva.

Si tiene dudas, contáctese con el Departamento de Enfermería.

**Complete lo siguiente si su hijo utiliza en la actualidad un inhalador para asma, un epi-pen o si tiene una necesidad especial:**

Autorizo a que mi hijo se autoadministre:

- Inhalador para asma
- Epi-pen
- Otra necesidad especial: \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido    Nombre de pila    Segundo nombre

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**THE WALDEN SCHOOL AT  
THE LEARNING CENTER FOR THE DEAF**

Estimado padre o tutor:

Lea y complete los documentos médicos que se adjuntan y envíelos al Departamento de Enfermería del MPS lo antes posible. Ello nos dará tiempo para procesar los formularios y estar preparados para cuidar a su hijo al comienzo del año escolar. La salud y seguridad de su hijo son muy importantes para nosotros.

Si tiene dudas sobre estos formularios, llame a:

- Departamento de Enfermería de Framingham al 508-879-5110, ext. 218

Mary Rapa, enfermera matriculada  
Directora de Servicios de Salud

Programa Residencial y  
The Walden School  
at The Learning Center for the Deaf

**Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido, nombre de pila, segundo nombre

Se administrarán a su hijo los siguientes medicamentos de venta libre en caso de necesidad, con la autorización del padre o tutor y la orden del médico.

Autorizo a que mi hijo reciba los medicamentos que se enumeran a continuación durante el año escolar. **NO** autorizo a que administren a mi hijo todos los medicamentos o cremas que se detallan a continuación con **NO**:

<b>TYLENOL</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>ROBITUSSIN</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>BACITRACIN POMADA</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>TUMS</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>BLOQUEADOR SOLAR</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>ADVIL</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>COMPRIMIDOS PARA LA TOS</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>ORAJEL</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
<b>UNGÜENTO MUSCULAR (por ejemplo, Bengay)</b>			Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<b>CREMA CON HIDROCORTISONA</b>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		

Indique todo otro medicamento de venta libre que pueda necesitar su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del alumno (si tiene 18 años o más): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**The Walden School  
at The Learning Center for the Deaf  
Carta sobre Información Médica**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Estimado padre o tutor:

**Todos los alumnos:**

Conforme a las disposiciones del Departamento de Educación, el Departamento de Salud Pública y el de Educación y Cuidado Tempranos, todos los alumnos deben realizarse un examen físico anual y presentar en la escuela un informe actualizado de vacunas y salud dental.

**Requisitos para la Administración de Medicamentos:**

Si su hijo necesita tomar medicamentos durante la jornada escolar o durante las horas en que se encuentra en la residencia, **debe presentar** la siguiente documentación para permitir la administración de la medicación.

- ⇒ Una nueva orden escrita del médico para el año académico 2016-2017.
- ⇒ Autorización escrita de los padres para administrar la medicación.
- ⇒ Un recipiente farmacéutico para la medicación, adecuadamente etiquetado.
- ⇒ Cantidad de medicación no superior a la necesaria para un mes, que se guardará en el Departamento de Enfermería.

Uno de los padres o adulto, no el alumno, entregará los medicamentos **directamente al Departamento de Enfermería**. Estos medicamentos serán administrados por una enfermera o por la persona que ella designe en caso de un viaje de campo.

Si su hijo tiene una necesidad especial en relación con un medicamento o tratamiento médico, una restricción o la administración de un medicamento, llame al Departamento de Enfermería al 508 879-5110, ext. 520 en Framingham para diseñar un plan de salud que satisfaga las necesidades de su hijo.

Muchas gracias.

Mary Rapa, R.N.  
Directora de Servicios de Salud

The Walden School at  
The Learning Center for the Deaf

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado padre o tutor:

Le informamos que su hijo, \_\_\_\_\_, debe presentar el examen físico y de inmunización anual en un (1) mes.

El Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) y el Departamento de Salud Pública (DPH) exigen que todos los estudiantes de WS deben tener los controles anuales del examen físico y de inmunización en el archivo del Departamento de Enfermería.

Envíe por correo o fax el examen físico y el formulario de inmunización directamente a la Oficina de Enfermería.

Le agradecemos su esfuerzo por mantener actualizados los registros de su hijo. Gracias por su rápida atención a este asunto.

Atte.,  
Departamento de Enfermería

Walden School at  
Learning Center for the Deaf  
848 Central Street  
Framingham MA 01701  
(508) 879-5110, ext. 218 teléfono de texto o video