

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - Oficina de Servicios de Rehabilitación
ILLINOIS SCHOOL FOR THE DEAF
""(ESCUELA RCTC SORDQU'DE ILLINOIS)
(217) 479-4252/(217) 479-4250 (Voz/TTY) e-mail Wendy.Daniel@illinois.gov
'UQNÆK'WF PARA CAMPAMENTOS DE VERANO

CAMPAMENTO: _____ **FECHA** _____

Por favor escriba en letra de imprenta o a máquina

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	
Número y Calle	Ciudad	Estado	Zip
Condado (County)	(No. del Area)Teléfono	No. de Sgi wt q'Uqek	Masculino Femenino
Contacto de emergencia (además de los padres) Parentezco		(No. del Area) Teléfono	

Vivimos a m^a s de 50 millas de I.S.D. y queremos que nuestro hijo/a(s) sean recogidos el primer día del campamento S No

Paf tg/Vwqt Nqo dtgu	Parentezco	Dirección Postal Ciudad/Estado/ZIP	Números de teléfono
			""Ecur: () Vtcdclq: ()

Antecedentes Culturales: - Blanco - Hispano - Asiático - Indio Americano
 - Americano-Africano - Otro: _____

Idioma primario que se habla en la casa: _____

Modo primario de comunicación del estudiante: _____

Impedimento de la audición: indique el tipo y severidad del impedimento de la audición;
 causa y cu^a ndo fug diagnosticado:

Aparato para oír: ¿Usa usted un aparato para oír? - S - No Si la respuesta es S ¿Qu² clase de aparato? _____

Gafas, espejuelos, o lentes: ¿Usa usted gafas, espejuelos o lentes de contacto? - Sí - No

Fluoración secundaria: enumere cualquier fl uoración además f g la dificultad auditiva; incluya el grado y severidad, causa, cuando fue diagnosticado, y cualquier tratamiento recibido.

Estado de salud: Enumere cualquier problema médico que requiera tratamiento o medicina (por ejemplo, asma, alergias, epilepsia, etc.)

Medicinas: Enumere todas las medicinas (dosis, frecuencia, duración) que usted está tomando ahora y diga la razón por cual la toma. NOTA: Si usted es aceptado para participar en el programa, las medicinas f eben ser traídas en sus envases originales con etiquetas e instrucciones. Las medicinas serán entregadas al Centro de Salud (Health Center) para su administración.

Restricciones físicas: Enumere detalladamente cualquier restricción física. Incluya las instrucciones médicas para controlar dicha(s) restricción(es). ¿Alguna de estas restricciones limita la participación en alguna actividad? Si la respuesta es Sí descríbala.

Restricciones dietéticas: ¿Requiere usted alguna dieta especial? - Sí - No Si la respuesta es Sí describa y explique.

Examen físico: Envíe un certificado de examen de salud del niño firmado. Una planilla en blanco es incluida, sin embargo, una copia indicando un examen físico de no más de un año atrás es aceptable.

Inmunización: ¿Están las vacunas e inmunizaciones al día? - Sí - No Todas las fechas de inmunizaciones deben ser cpuestas en la planilla del examen físico. Fecha de la última inyección contra el Tétano: _____

**Seguro de enfermedad: ¿Está usted cubierto por un seguro de enfermedad? - Sí - No
Nombre del asegurado: _____ No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____**

Nombre de la compañía de seguros: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____

Número de la póliza _____ Número del grupo _____

Grado más alto alcanzado en la escuela: _____

ESCUELA: Enumere los nombres y la dirección de las escuelas atendidas.

<u>Nombre de la escuela</u>	<u>Dirección</u>	<u>Grado alcanzado</u>	<u>Fecha</u>
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Recomendación del maestro: _____

AREA DE EDUCACIÓN LOCAL: Nombre y número del distrito: _____

Posición	Nombre	Dirección
Superintendente Escolar del distrito		
Distrito de Educación Especial		
Supervisor Registrado de Impedimentos auditivos		

INDIVIDUOS INTERESADOS: Enumere médicos, clínicas, escuelas o agencias de servicio social envueltos en su cuidado:

Nombre	Posición	Dirección

Costos: Yo entiendo que soy responsable del costo de la ropa, medicinas y gastos personales.

Firmas:

Firma del Padre/Tutor Fecha Parentesco con el estudiante

Firma del Estudiante Fecha

**ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
OFICINA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
"ESCUELA RCTC'UQTF QUDE ILLINOIS
(ILLINOIS SCHOOL FOR THE DEAF)**

Nombre del estudiante _____

Yo, por la presente doy mi consentimiento a la Escuela rctc'Uqtf qude Illinois (Illinois School for the Deaf) para que se le tomen fotografías a mi niño(a) para el fin de publicación (incluyendo televisión/video o película cinematográfica) Sí _____ No _____

La toma y el Uso de las Fotografías del Estudiante

89 Ill. Adm. Code: 830.10 a. P q'gu'f gto klf q'è'fos empleados del Departamento de Servicios de Rehabilitación (Department of Rehabilitation Services) el tomar o usar fotografías de los estudiantes que constituyan un detrimento o sean embarazosas al estudiante o que no sean consideradas por un observador razonable que representan al estudiante en una forma positiva o favorable. Fotografías de los estudiantes solo serán tomadas o usadas por los empleados de DORS cuando el permiso del padre/vwqt del estudiante, o el estudiante mismo ha sido obtenido. b. El superintendente o su designado no autorizará persona(s) alguna que no sea un empleado de ORS a fotografiar un estudiante en la escuela, ni la escuela proveerá una fotografía a dicha persona(s) a no ser que el superintendente o su designado sabe el propósito para el cual la fotografía será usada y tiene la seguridad que la persona(s) observará las normas expresadas en la subsección a. Tanto como sea posible, ñufotografías del estudiante solo serán tomadas o usadas cuando el permiso de los padres o vwqt del estudiante, o del estudiante mismo (cuando el estudiante es mayor de 18 años) ha sido obtenido.

Firma del Padre/Vwqt

Fecha