

# NEW YORK SCHOOL FOR THE DEAF

555 Knollwood Road, White Plains, New York 10603

Voice/TTY (914)949-7310 \* Fax 914-681-1308

## Permiso para tratar

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/Tutores \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico \_\_\_\_\_

Nombre de Medico Privado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Número de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Número de Póliza del Seguro Medico \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Medico Privado \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo que en caso de accidente o enfermedad, lleven a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a la oficina de la enfermera a la Escuela para Sordos de Nueva York, al centro medico más cercano u a la sala de emergencias del hospital local para observación o tratamiento medico. En caso de que no puedan comunicarse conmigo, también autorizo cualquier intervención quirúrgica de emergencia siempre y cuando las autoridades médicas así lo consideren necesario.

\_\_\_\_\_  
*Firma de los Padres/Tutores*

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

Por favor de darnos la siguiente información si su hijo(a) ha tenido o tiene lo siguiente:

	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. <b>Alergias</b> (Por favor lista todos)	_____	_____
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____
D) _____	_____	_____
2. Hospitalización durante la noche	_____	_____
3. Operación quirúrgica	_____	_____
4. Suministro de medicinas diarias o frecuentes	_____	_____
Nombre de la medicación _____	_____	Cuanta frecuencia? _____
Nombre de la medicación _____	_____	Cuanta frecuencia? _____
5. Enfermedades del corazón, murmullos, dolores de pecho o latidos de corazón irregulares	_____	_____
6. Ataques/Convulsiones	_____	_____
7. Diabetes	_____	_____
8. Enfermedades del riñón u órganos engrandecidos	_____	_____
9. Enfermedades de los pulmones, asma o dificultades para respirar	_____	_____
10. Enfermedades de la sangre o tendencia a hemorragia	_____	_____
11. Anteojos o lentes de contacto	_____	_____
12. Pérdida de un ojo, riñón, testículo u otro órgano	_____	_____
13. Lastimaduras serias, como fracturas o golpes en la cabeza	_____	_____
14. Perdida de conocimiento, desmayos	_____	_____
15. Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____
16. Movimiento limitado de un brazo o una pierna	_____	_____
17. Fue visto por un medico en los últimos 6 meses	_____	_____
18. Hay algún motivo por el cual esta persona no pueda participar en deportes	_____	_____