

NEW YORK SCHOOL FOR THE DEAF

555 Knollwood Road, White Plains, New York 10603

Voice/TTY (914) 481-8241 * Fax (914) 681-1308

Permission to Treat Form

Name _____ Birthdate _____
Address _____ Home Phone _____
_____ Work Phone _____
_____ Emergency Phone _____
Parent/Guardian's Name _____ Cell Phone _____
_____ Cell Phone _____
Health Insurance Name _____ Insurance Number _____
Private Doctor's Name _____ Doctor's Number _____

I hereby give my permission for my child _____ to be taken to the Nurse's office at New York School for the Deaf, a nearby immediate medical care center or local hospital emergency room for observation or treatment in the event of an accident or illness. I also give my permission for any emergency surgical procedures which may be considered necessary by hospital authorities in the event I cannot be contacted.

Signature of Parent/Guardian

Date

Please provide us with the following information. Has your child experienced any of the following:

	Yes	No
1. Allergies (Please list all allergies)		
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____
D) _____	_____	_____
2. Overnight hospitalization	_____	_____
3. Surgical Operation	_____	_____
4. Daily or frequent medication	_____	_____
Medication Name _____		How Often _____
Medication Name _____		How Often _____
5. Heart disease, murmur, chest pains or irregular heart beat	_____	_____
6. Seizures	_____	_____
7. Diabetes	_____	_____
8. Kidney disease or enlarged organs	_____	_____
9. Asthma, lung disease or difficulty breathing	_____	_____
10. Bleeding tendency or blood disease	_____	_____
11. Glasses or contact lenses	_____	_____
12. Loss of eye, kidney, testicle or other organ	_____	_____
13. Serious injury- broken bone or concussion	_____	_____
14. Loss of consciousness, fainting	_____	_____
15. Frequent headache	_____	_____
16. Impaired use of arm or leg	_____	_____
17. Consulted physician during past 6 months	_____	_____
18. Know any reason why this student should not participate in sports	_____	_____

NEW YORK SCHOOL FOR THE DEAF

555 Knollwood Road, White Plains, New York 10603

Voice/TTY (914) 481-8241 * 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 en caso 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:

	Si	No
1. Alergias (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	_____	_____