

Estimada Familia o Invitado,

Gracias por su interés en los programas educativos de South Carolina School for the Deaf and Blind (SCSDB). Estamos orgullosos de nuestros programas y damos la bienvenida a la oportunidad de participar en la educación de su niño(a). Para ser matriculado en nuestra escuela, los estudiantes deben aplicar y satisfacer los requisitos de elegibilidad. Este proceso toma generalmente de cuatro a seis semanas después de haber recibido la aplicación. Usted puede ayudar con este proceso recopilando toda la información en la lista y mandárnosla.

Para empezar, por favor envíe la aplicación terminada, cual incluye lo siguiente:

1. _____ Aplicación del estudiante.
2. _____ Historial de servicio del estudiante (adjunto).
3. _____ Formulario de información de historia social (adjunto).
4. _____ Autorización del padre o Tutor (adjunto).
5. _____ Formulario de Autorización del Padre/Tutor para revelar información (adjunto).
6. _____ Formulario de información medica general completado por un medico (adjunto).
7. _____ Una copia registrada/certificada del acta de nacimiento de su niño (a).
8. _____ Una copia del expediente de las vacunas de su niño(a) (Formulario DHEC 1148).
9. _____ Resultados de la prueba de Tuberculosis (TB).
10. _____ Copia de la tarjeta de seguro social de su niño(a)
11. _____ Copia de la tarjeta de seguro medico de su niño(a) o la tarjeta de Medicaid.
12. _____ Copia de los documentos de la custodia del niño(a), si no esta viviendo con sus Padres naturales o abuelo o si hay una directriz de custodia legal.
13. _____ Fotografía reciente del niño(a).

Entonces, usted puede enviar o podemos solicitar:

1. _____ Copia de un examen de los ojos de un optómetra o ophthamologo (Este examen Debe ser hecho durante los últimos 3 años si el niño(a) tiene mas de 6 años o dentro de un (1) año si el niño(a) tiene menos de seis años de edad).
2. _____ Copia de un examen de oído con un audiólogo con el mismo marco de tiempo Mencionado arriba.
3. _____ Otra información medica importante que debamos saber.
3. _____ Información de servicios sociales que su niño(a) haya recibido.

Y finalmente, puede enviar o podemos solicitar:

1. _____ Una copia del Plan de Educación Individualizado (IEP) mas reciente, reporte progresivo del (IEP), Año Escolar Extendido (ESY) e información de re-evaluación, Evaluación de Conducta Funcional, Formulario de colocación para Educación Especial y Plan de transición.
2. _____ Copias de las transcripciones de la escuela y grados.
3. _____ Copias de los resultados del examen estandarizado.
4. _____ Copias de cualesquier otra pruebas (audiencia, vista, psicológica, educativa, terapia física o ocupacional)

Cuando toda la información antes mencionada es recibida, el equipo de admisión se reunirá para hacer una **Revisión del Expediente** y determinar si su niño(a) necesita evaluación adicional. De ser así la evaluación se hará en nuestro Campus, sin costo alguno para usted. Si usted vive a más de dos horas del Campus, se le invita que se quede en las Campus la noche antes a la evaluación. Pregunte a la directora de admisión acerca de esta opción que esta disponible para nuestras familias e invitados.

Cuando la revisión del expediente es completada, el equipo de admisión hace una **Reunión de elegibilidad** para determinar si su niño(a) es elegible. Al distrito local escolar se le invita a esta reunión. No se requiere que la familia asista a esta reunión. Si se establece la elegibilidad, el principal de la escuela entonces decide si aceptan a su niño(a) basado en la capacidad de la escuela de proporcionar un programa que atienda las necesidades educativas de su niño(a).

Usted recibirá una llamada del coordinador de admisión o del principal. Si es elegible y aceptado, su niño(a) entonces se le programara para la reunión de la **colocación/IEP**. Se requiere que este presente el padre o tutor para ayudar a escribir el IEP inicial.

En la reunión de colocación/IEP, usted puede conocer a los maestros y principales y aprender más acerca de nuestro sistema de autobuses y dormitorios. Usted puede volver a casa con la seguridad de que su niño(a) está recibiendo los mejores servicios educativos posibles. Creyendo que “toma una aldea para criar a un niño,” estamos aquí para ayudarle.

Si usted tiene cualesquier preguntas durante el proceso de aplicacion, le animamos a que se ponga en contacto con nosotros.

Lunes – Viernes, 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
864 577-7558 (Marlane Babb)
888-447-2732 (Numero Gratis)
864-577-7552 (Fax)

Dirección de correo:
Admissions
SC School for the Deaf and the Blind
355 Cedar Springs Road
Spartanburg, SC 29302

Esperamos poder servirle,

Atentamente,

Joan Dudgeon
Asistente a Administración

South Carolina School for the Deaf and the Blind (SCSDB)

Aplicacion del Estudiante

Fecha de Hoy:

Nombre del Niño (a):			Numero de Seguro Social:		Discapacidad: Oídos o Vista
Dirección:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado:	Sexo:	Raza:
Madre / Tutora:			Padre / Tutor:		
Padres: Casado		Separado	Divorciado	Fallecido	Soltero
Dirección:	Condado:	Teléfono: (casa)	Telephone : (trabajo)	Teléfono: (celular)	
Emergencia/Alternativa Nombre de persona:	Parentesco:	Teléfono: (casa)	Teléfono: (trabajo)	Teléfono: (celular)	
Niño(a) vive con:	Ingreso Anual Bruto:	Dirección:			

Cheque alguna otra condición relacionada que afecta la educación o salud de su niño(a):

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD / Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje/pronunciación | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebra |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud crónicos | |

Como supo acerca de SCSDB? Por favor explique:

Porque quiere que su niño(a) asista a SCSDB? Por favor explique:

Su niño(a) va a ser ___Estudiante Residencial* o ___Estudiante de Día *Algunas restricciones aplican.

Firma del padre / tutor: _____

Todos los solicitantes reciben igual consideración respecto a raza, credo, sexo y origen nacional.

Historial de Servicio del Estudiante

Programas Escolares: Escuelas que ha asistido en los últimos 5 años	Dirección:	Numero de Teléfono :	Asistencia Fechas:
Doctores: Doctores de la Familia, doctores de vista/oídos, cirugías, hospitales	Dirección:	Numero de Teléfono:	Fecha de Servicio:
Agencia de Servicios: Servicios de familia, médicos, terapéuticos	Dirección:	Numero de Teléfono:	Fecha de Servicio:

Información de Historial Social

Fecha de Hoy:

Relación con el niño(a):

Nombre del Niño(a):

Fecha de Nacimiento:

Información de la Familia:				
Lista de personas que viven en la casa:	Edad:	Sexo:	Parentesco:	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Historial de desarrollo:				
A que edad el niño(a) empezó a:		A que edad el niño(a) empezó a:		
Gatear		Usar Espejuelos o lentes		
Caminar Solo		Hablo sus primeras Pala bras		
Usar el Inodoro		Unir palabras		
Comer solo		Usar lenguaje de Señas		
¿Cuales son sus preocupaciones acerca del desarrollo de su niño(a)?				
Otra información importante:				
Información de Comunicación :				
¿Cual es el primer idioma en la casa?	Ingles	Lenguaje de Seña	Español	Otro
Como se comunica el niño(a)	Hablando	Lenguaje de Seña	Gestos	Ninguno
Su Niño sigue intrucciones	Si	No	Explique:	
Parece que su niño(a) disfruta la comunicación	Si	No	Explique:	
Con quien se siente cómodo el niño(a)	Familia	Amigos	Adultos	Niños
		Grupos Grande	Grupos Pequeño	No es Social
¿El niño(a) usa equipos de asistencia en comunicación?	TDD	Tablero de Comunicación	Computadora	Otro:
Otra information importante:				

Historial Académico:						
¿Estaba el niño(a) en el programa de intervención temprana?	Si	No	Fechas:			Persona de Contacto:
En que Escuela esta Actualmente :	Grado:		Dirección:			Persona de contacto / Teléfono:
Clase de Escuela:	Recursos	Independiente	Itinerario		Clases Regulares	
Acomodación:	Braille	Lenguaje de Seña	Plan de Conducta	Habla de seña marcada	Orientacion y Movilidad	Comunicacion incrementada
¿Su niño(a) ha repetido grado en la escuela? Si No	Grade	¿Esta cualesquier persona (maestros, doctores, parientes) preocupados acerca de problemas de aprendizaje con el niño(a)?			¿Falta el niño(a) mucho a la escuela? Mas de 10, 20, 30 Dias?	
¿Cual es la actitud del niño(a) para con la escuela? Buena Razonable Pobre	¿Como aprende mejor el niño(a)? Escuchando Viendo Haciendo					
¿Cuales son los puntos fuertes del niño(a)?						
¿Cuales son los retos del niño(a)?						
Información de Comportamiento:						
El niño(a) juega mejor con niños que son:			Misma Edad	Mayores	Mas Jovenes	
El pasatiempo favorito y juguetes del niño(a) son:						
Los deberes o tareas rutinarias en la casa del niño(a):						
Los comportamiento que hacen que yo discipline al niño(a) son:						
La mejor manera que yo puedo disciplinar al niño(a) es:						
¿Por lo general, quien es responsable de disciplinar al niño(a)?			Madre	Padre	Otro:	
¿Ha recibido el Niño (a) ayuda o servicios médicos mentales?			Si	No	Nombre del Contacto/Dirección/Teléfono	
¿Ha sido el niño(a) referido al Departamento de Justicia Juvenil?			Si	No	Explique:	
¿Que usted sepa, ha sido el niño(a) expuesto a alguna forma de abuso?			Sexual	Verbal	Físico	Otro
¿Ha sido suspendido de la escuela alguna vez el niño(a)?			Si	No	Explique:	

Información Medica:				
¿Tuvo problemas la madre durante el embarazo?	Paperas	Sarampión	Diabetes	Presion Alta
	Anemia	Corazon	Medicamento	Enfermedad del Riñon
¿Hubo algún problema poco usual durante el nacimiento del niño(a)?	Si	No	Explique:	
Nació el niño(a) prematuro?	Si	No	Explique:	
Peso al nacer:				
¿Tuvo algunas dificultades el niño(a)?	Alergias	Sangramiento	Vomito	Convulsiones
	Daño Cerebral	Problemas de Alimentacion	Otro:	
¿Ha tenido el niño(a) alguna enfermedad seria, accidente o daños a la cabeza?	Si	No	Explique:	
¿Le ha dado fiebre alta al niño(a) (104)?	Si	No	Explique la duración:	
¿En niño(a) se enferma a menudo?	Si	No	Explique:	
¿Como esta la salud del niño(a) ahora?	Bien	Razonable	Pobre	Muy Pobre
¿Tiene alguna preocupaciones acerca de la salud de su niño(a)?	Si	No	Explique:	
¿Ha estado hospitalizado el niño(a)?	Si	No	Explique:	
¿Cuando se le diagnostico un Impedimento sensorial al niño(a)?	Oído / Edad		Vista/ Edad	
Otra información importante:				

Lista de Comportamiento:	Favor de chequear todas las que apliquen a su Niño(a):	
Se desanima fácilmente	Es seguro de si mismo(a)	Guarda resentimiento
Tiene capacidad de dirigir	Tiene fantasias a menudo	Se queja
Camina Dormido	Se estimula solo o chupa el dedo	Participa en actividad sexual poco usual
No duerme bien	Sospecha de las personas	Es cariñoso
No come bien	Cambia mucho de humor	Le dan pesadillas
Le gusta lucirse	Es muy perezoso(a)	Es creativo(a)
Comparte Facilmente	Es nervioso(a)	Se orina en la cama
Se deprime	Se hace daño a si mismo(a)	Es timido(a)
Es considerado(a) con otros	Lastima a los animales	Es muy terco(a)
Hace berrinches a diario	Lastima a otras personas	Es desobediente
Es sincero(a)	Tiene fuertes sentimientos de odio	Jura/Maldice
Le gusta intimidar	Tiene fuerte temores	Es muy sensitivo(a)
Es hiperactivo(a)	Sigue las intrucciones bien	Roba
Controla su mal character	Es demasiado dependiente para su edad	Tiene corto espacio de atención
Es muy celoso(a)	Por lo general esta contento(a)	Es destructivo(a)
Otros Comportamientos que le preocupan a usted:		

South Carolina School for the Deaf and the Blind
Formulario de Autorización para Padres/Tutores Legales

Nombre del Estudiante: _____

Permiso para Tratamiento Medico de Emergencia

Doy el permiso a South Carolina School for the Deaf and Blind, a través de sus representantes autorizados, para dar o buscar tratamiento médico/dental temporalmente para mi niño(a) hasta que se me notifique. En caso de una emergencia, la escuela tiene mi permiso de buscar tratamiento médico/dental, para suministrar inyecciones, anestesia o cirugía para mi niño(a). Doy el permiso para que mi niño sea transportado fuera del Campus para visitas a otros médicos cuando sea necesario.

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha

Responsabilidad Financiera

Yo entiendo que soy responsable y financieramente responsable por el cuidado médico/ o dental de mi niño(a) que es un estudiante en South Carolina School for the Deaf and the Blind. Si fuera necesario, yo autorizo a South Carolina School for the Deaf and the Blind que de cualquier información médica necesaria para procesar el Medicaid y/o otros reclamos de seguro a nombre de mi niño(a).

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha

South Carolina School for the Deaf and the Blind
Autorización del Padre/Tutor Legal Para dar información

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los expedientes escritos e informes son necesarios considerar a un estudiante para la admisión a South Carolina School for the Deaf and the Blind. Médicos, escuelas y otros profesionales o agencias que han trabajado con el niño(a) mencionado, van a ser contactado para información.

·
Mi firma autoriza el dar y usar la información sobre mi niño(a) del South Carolina School for the Deaf and the Blind.

Yo soy: (chequear uno)

Padre _____

Tutor Legal _____

Padre Sustituto _____

Firma del Padre/Tutor Legal/ Sustituto

Fecha

**South Carolina School for the Deaf and the Blind
General Medical Examination Form
Completed by a Family Physician**

Full Name of Student: _____ Date of Birth: _____
 Age: _____ Gender: _____ Race: _____ Phone Number: _____
 Address: _____

Physical Exam:	Normal	Description of Findings
Head / Neck		
Ears		
Eyes		Vision R 20/ L 20/
Nose / Throat		
Mouth / Teeth		
Chest / Breasts		
Heart		BP: _____ Pulse: _____
Lungs		
Abdomen		
Liver / Spleen		
Back / Spine		
Hips / Extremities		
Neurological		
Skin/ Nodes		
Physical Limitations		
Height and Weight		Height: _____ Weight: _____
Other		

Medical Tests	Date	Results
Urinalysis		
Hemoglobin		
TB Skin Test*		
Other		

*Mandatory

Medical History:	
Seizures	Explain: _____
Surgeries	List on the back of this sheet: _____
Allergies (medicines, food, insects)	List on the back of this sheet: _____
Current medications	List on the back of this sheet: _____
Chicken Pox	Date: _____

Physician's Statement

I have examined this child and found him / her to be free of contagious and infectious disease. (If not, explanation is provided.)

(Please include orders to evaluate & treat this student as necessary for OT, PT, and Speech-Language.)

Physician's Signature

Phone Number

Date