



Las solicitudes deben enviarse por correo electrónico, por correo postal o por fax a:  
**Florida School for the Deaf and the Blind**  
**Sue Hill, Summer Camp Director**  
**207 San Marco Avenue**  
**St. Augustine, FL 32084**  
**Fax: 904-827-2230**  
**Email: hills@fsdbk12.org**

## Búsqueda de Verano de la FSDB 2024

*Todas las páginas deben ser completadas y recibidas antes del 26 de ABRIL de 2024, incluso si se ha presentado una solicitud para inscribirse en la FSDB.*

### Fechas de Summer Quest (seleccione la fecha en la que asistirá)

16-21 de junio de 2024 (8-12 años)  23-28 de junio de 2024 (13-17 años)

### Información del Estudiante (a completar por los padres/tutores legales)

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Identificación de Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad (al 1 de junio de 2024): \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Grado Escolar en agosto de 2024: \_\_\_\_\_

El Estudiante es:  Sordos/ con Dificultades Auditivas  Ciegos/Deficientes Visuales  Sordo ciego

Talla de la camiseta (tamaño de la camiseta de adulto; marque una): XS S M L XL XXL

### Información de los Padres/Tutores Legales

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar (si es diferente a la del niño/a): \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

VP: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor Número para Contactar con Usted: \_\_\_\_\_

### Persona de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

VP: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor Número para contactar con Usted: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia #2: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

VP: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor Número para contactar con Usted: \_\_\_\_\_

# PHYSICIAN'S FORM

***This form must be signed by your child's physician, even if your child does not take any medications.***

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Address (City, State, Zip): \_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
 Address (if different from child): \_\_\_\_\_  
 Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 VP: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**This section must be filled out by a physician, PA or ARNP. A school physical form may be used.**

**IMMUNIZATION HISTORY:** Include all dates of basic immunizations and most recent boosters. (A vaccination history may be attached, but must include all information.)

DPT	1 <sup>ST</sup>	2 <sup>ND</sup>	3 <sup>RD</sup>	Tetanus Booster
ORAL POLIO	1 <sup>ST</sup>	2 <sup>ND</sup>	3 <sup>RD</sup>	Booster
HEP B	1 <sup>ST</sup>	2 <sup>ND</sup>	3 <sup>RD</sup>	Booster
MEASLES VACCINE/MMR (LIVE)	1 <sup>ST</sup>	2 <sup>ND</sup>	3 <sup>RD</sup>	PPD DATE (Optional)
OTHER:	DATE	OTHER	DATE	OTHER

## PHYSICAL EXAMINATION

	Satisfactory	Not Satisfactory	Not Examined	Details
HEENT	_____	_____	_____	_____
Mental Health	_____	_____	_____	_____
Heart	_____	_____	_____	_____
Lungs	_____	_____	_____	_____
Abdomen	_____	_____	_____	_____
Genitourinary	_____	_____	_____	_____
Extremities	_____	_____	_____	_____
Posture/Spine	_____	_____	_____	_____
Metabolic	_____	_____	_____	_____

Additional Health Information: \_\_\_\_\_

Applicant is under the care of physician for the following conditions: \_\_\_\_\_

Regularly Taken Medications: \_\_\_\_\_

General Appraisal of Patient: \_\_\_\_\_

Restrictions for camp:  None  Other: \_\_\_\_\_

*I HAVE EXAMINED THE PERSON HEREIN DESCRIBED AND REVIEWED THE HEALTH HISTORY. IT IS MY OPINION THAT THIS CHILD IS PHYSICALLY ABLE TO PARTICIPATE IN CAMP ACTIVITIES, EXCEPT AS NOTED ABOVE.*

Dr./PA/ARNP Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Practitioner Signature: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

### Office Stamp

# AUTHORIZATION FOR THE ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION MEDICATION

***This Form must be completed by a physician assistant or ARNP, even if the child does not take any medications. Copy form as needed to list all prescriptions.***

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Address (City, State, Zip): \_\_\_\_\_  
 Name of Parent/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
 Address (if different from child): \_\_\_\_\_  
 Home Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Work Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 VP: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

KNOWN ALLERGIES: \_\_\_\_\_

Prescribed Medication	Dose	Frequency	Route	Indication/Condition	Controlled? Y/N	Side Effects	Plan for Side Effects

### Authorization for Over-the-Counter Medications:

Permission for the following over the counter medications to be administered to applicant if the medication is brought to camp with the appropriate labeling or permission for the following over-the-counter medications to be administered to applicant if deemed necessary by the camp medical staff. Please note that the name brand or its equivalent may be used. **Dosages will be administered according to the directions on the original container unless a physician directs otherwise.** If preferred, alternate over-the-counter medications may be sent with the child. **All medications, including vitamins or supplements, must be sent in the original containers with the dosage instructions provided and a signed order from a prescriber.**

**PLEASE CROSS OUT ANY MEDICATIONS LISTED BELOW THAT IS NOT TO BE ADMINISTERED.**

Condition Treated	Medication Used
Burns	Burn, Gel, Burn Cream
Chapped/Dry Lips	Chapstick, Vaseline
Colds	Pseudoephedrine
Cough	Guaifenesin syrup (e.g. Robitussin), cough drops
Diarrhea	Imodium, bismuth, subsalicylate
Dry Eyes	Moisturizing eye drops, saline solution
Emergency Allergy	Dyphenhydromene
Eye Wash	Saline solution, eye wash
Headache	Acetaminophen, Ibuprofen
Heat Rash	Medicated powder, cooling spray
Insect Bite	Medicaine, Afterbite, Afterbite Jr.
Poison Ivy	Caladryl, Calagel, Calamine Lotion
Rash	Hydrocortisone cream, Benadryl cream
Seasonal Allergies	Pseudoephedrine, Benadryl
Skin Break	Bacitracin, triple antibiotic cream/ointment, povidone, antiseptic, isopropyl alcohol, hydrogen peroxide
Sore Throat	Throat lozenges
Swimmer's Ear	Swim Ear drops
Toothache	Orasol, Oragel, Anbesol
Upset Stomach	Bismuth subsalicylate, antacid tablets
Other	Bug repellent, sunscreen

AUTHORIZED PRESCRIBER MUST SIGN BELOW

Prescriber Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Prescriber Address: \_\_\_\_\_

Prescriber Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Prescriber Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Identificación de Género:  Masculino  Femenino

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ VP: \_\_\_\_\_

Causa de la Sordera: \_\_\_\_\_ Pérdida de Audición: Oído Derecho \_\_\_\_\_ Oído Izquierdo \_\_\_\_\_

Model de Audífono/CI: \_\_\_\_\_ Número de Serie: \_\_\_\_\_

Edad en que se produjo la pérdida auditiva: \_\_\_\_\_

¿Primer modo de comunicación del niño/a?  Señas  Oral  Gestos

**INCLUYA UNA COPIA DEL INFORME AUDIOLÓGICO RECIENTE.**

*Si el informe audiológico no se incluye con su solicitud, no se tramitará.*

Causa de la Ceguera: \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a lleva gafas?  Sí  No En caso afirmativo, ¿a qué edad empezó a usarlas? \_\_\_\_\_

Edad en que se produjo la pérdida de visión: \_\_\_\_\_ El alumno le:  Braille  Letra grande  Letra de imprenta de tamaño normal

**POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA DEL INFORME OFTALMOLÓGICO RECIENTE.**

*Si no se incluye el informe oftalmológico con su solicitud, no se procesará!*

**¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad adicional? En caso afirmativo, descríbala con detalle:**

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

¿Necesita su hijo/a ayuda para:  Ir al baño  Comer  Vestirse

¿Ha estado fuera de casa antes?  Sí  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_ y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Por favor, comente cualquier otra necesidad especial que pueda tener su hijo/a:**

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

# EXCURSIÓN, AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN Y PERMISO PARA LA RECOGIDA

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## EXCURSIONES

Se puede ofrecer una variedad de excursiones para los participantes del campamento de verano. Todas las excursiones son aprobadas por el Director del Programa; se proporciona supervisión y transporte.

Por favor, indique su permiso para que su hijo/a participe en las excursiones firmando a continuación:

**\*\*\*Doy permiso para que mi hijo/a participe en las excursiones patrocinadas por el campamento de verano.**

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

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Mientras su hijo/a está en la FSDB, el departamento de Comunicación y Relaciones Públicas de la escuela puede divulgar al público información sobre los participantes y las actividades del campamento de verano. La política de la escuela requiere que sólo la "información del directorio" pueda ser divulgada. La información del directorio incluye: nombre del niño, dirección, número de teléfono, fecha y lugar de nacimiento, participación en actividades y deportes, fechas de asistencia, así como fotos y tomas de video.

Por favor, indique su permiso para que la información de su hijo sea divulgada firmando a continuación.

**\*\*\*Doy permiso para que la información del directorio sobre mi hijo sea divulgada al público.**

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

## RECOGIDA DE NIÑOS

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO/A	RECOGIDA
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

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

## ¿CÓMO NOS HA CONOCIDO?

Internet  Profesor  DBS  Periódico  Consejero Escolar  Otro

Si es otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

*Durante los campamentos de verano de la FSDB, se registrarán notas sobre los puntos fuertes de su hijo/a y sus áreas de oportunidad. Guardaremos este documento para usted si decide inscribirse en nuestra escuela.*