



Todos los estudiantes de GSD se graduarán con una identidad sorda positiva como bilingües en lenguaje de señas americano e inglés, y estarán preparados para tomar decisiones exitosas en la vida.

Leslie D. Jackson, Superintendente
Dawn Kemp, Director de Educación Especial

Sharion Gooden, Directora de la escuela

Solicitud y autorización del padre / tutor legal Prótesis auditivas/audífonos/aparato auditivo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Soy el padre / tutor legal del niño mencionado anteriormente y solicito que los siguientes procedimientos de atención médica especializados estén disponibles para mi hijo durante el horario escolar. Soy consciente que esto es necesario para que mi hijo participe plenamente en la escuela.

Procedimiento (s): Audífonos, según sea necesario para el año escolar mencionado anteriormente. Un diagnóstico de "sordo o con dificultades de audición" requiere este procedimiento.

El audiólogo de la escuela realizará el procedimiento, de acuerdo con las órdenes del proveedor de atención médica de mi hijo. Entiendo que este personal queda eximido de responsabilidad por cualquier complicación resultante de la administración de este procedimiento.

También entiendo que, siempre que sea posible, la familia debe proporcionar los procedimientos de atención médica especializados antes o después del horario escolar.

Firma del padre / tutor legal / estudiante adulto

Fecha

Órdenes/Indicaciones médicas para administración de prótesis auditivas

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de Nac.:** _____

DIAGNÓSTICO: sordo / con dificultades de audición _____

PROCEDIMIENTOS (S): El estudiante mencionado anteriormente está médicamente autorizado para usar audífonos, según sea necesario para el año escolar mencionado anteriormente. _____

Firma del médico:

Fecha:

Dirección:

Teléfono: