



Oregon

Kate Brown, Governor



OREGON
DEPARTMENT OF
EDUCATION

Oregon achieves . . . together!

Colt Gill

Acting Deputy Superintendent of Public Instruction

23 de febrero de 2018

Estamos muy emocionados para el anfitrión el fabuloso espectáculo de 4 días para estudiantes sordos de secundaria y problemas de audición de todo Oregon!

Este año tenemos un tema de Libertad, Independence, libertad Ey Ecalidad – nos enseñará a los alumnos algunas habilidades de vida y elementos de la dirección.

Una vez más, hemos invitado a algunos adultos sordos increíbles de todo el estado para contribuir a nuestra conferencia con su experiencia, conocimientos y entusiasmo!

Estaremos nadando, jugando duro y dormir en los dormitorios, así que por favor, traer ropa adecuada y ropa de cama para nuestras diversas actividades. Esperamos que usted se beneficiará enormemente de esta conferencia en la escuela de Oregon para los sordos. Tenemos voz interpretación para la mayoría de los talleres, así que por favor no te preocupes tus habilidades firmantes. Esperamos conocerle y ofrecerle un evento maravilloso hablar siempre después de!

Nos vemos el 17 de abrilth, en la guarida del Panther en 18:00 para el registro y luego 19:00 para nuestra fiesta de inauguración!

Con gusto,

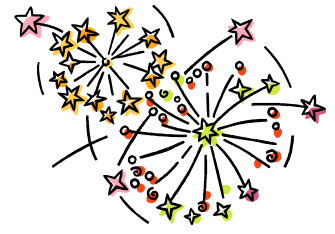
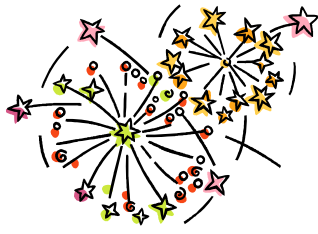
Sharla Jones, PhD

Director

voz de 503-378-3825

VP 503-400-6161





Oregon School for the Deaf

Orgullosos anfitriones
**Conferencia de liderazgo de
secundaria**

LIFE

Al: 17 De abrilth 20, 2018

Para quién?: Se invitan a todos sordos y los duros de audiencia estudiantes de secundaria (11-15 años) en el estado de Oregon.

Donde: Oregon School for the Deaf

999 Locust St NE, Salem, Oregon 97301

For more information, please contact Karen Trowbridge at 503-378-3827

Karen.trowbridge@osd.k12.or.us



Horario:

El martes, 17 de abril: 6:00pm

- * Llegada y Check-in en el dormitorio nuevo
- * Partido de rompehielos -

Miércoles, 18 de abril:

- * Talleres y actividades durante el día

Jueves, 19 de abril:

- * Talleres y actividades durante el día
- * Actividad Física

Viernes, 20 de abril:

- * Partido de recapitulación y video clips de talleres
- * Partirá a las **12:50** – escuela despido

Taller temas incluyen:???

Vida Independiente; Presentación por Olympian sordo; Poesía (ASL e inglés); Edificio de Equipo; Noticias de Pantera; Actividad de PE/Physical

April 17-20, 2018

Formulario de inscripción

(Por favor escriba claramente)

_____ El nombre edad ____ hombre ____ hembra

Adres _____

City _____ Statu _____ Zip _____

Email _____ Birth date _____

Parente/Guardián _____

Teléfono de casa (____) _____ voz ____ text

Teléfono trabajo (____) _____ teléfono de Video (____) _____

Nombre de escuela asistiendo a ____ de grado Marque uno: firma ____ Oral (orales intérpretes se prestará si es necesario)

Contacto de emergencia

(Sírvasse indicar a adultos quien nos debemos contactar en caso de emergencia, si nosotros no podemos contactarlo)

Ñame _____ Relationship _____

Dirección ciudad de ____ Statu ____ Zip ____

_____ Trabajo de teléfono del día teléfono de noche

¿Su hijo tiene necesidades especiales o condiciones? Si es asi, por favor explique:

Permisos para actividades de la vida

Yo doy permiso para fotografía/video mi hijo / ser utilizado para cualquier actividad promocional.

Doy permiso a mi hijo para alojarse en un dormitorio del mismo género en el Campus de OSD.

Doy permiso a mi hijo a nadar en la piscina ubicada en el campus OSD.

Doy el permiso para mi niño para hacer alguno y todos los viajes incluido en el programa planeado.

El transporte puede ser proporcionado a discreción de OSD en tal forma como aprobado por el Director.

Padre/madre o tutor firma fecha

Tamaño de la camiseta de mi hijo es: (circule uno)

adulto pequeño adulto medio adulto grande adulto X-grande

Recogida en mi hijo el viernes 20 de abril en 12:50pm será:

Por favor envíe su inscripción antes del 9 de abril para:

Oregon School for the Deaf

999 Locust St NE

Salem OR 97301

Attn: Karen Trowbridge

FAX: 503-378-4701

Inscripción a la Conferencia liderazgo Middle School

¡SI USTED ENVÍA ALGUNA MEDICACIÓN CON SU NIÑO, el MEDS DEBE ESTAR EN EL CONTENEDOR ORIGINAL Y DADO A LA ENFERMERA DURANTE LA NOCHE DE REGISTRO.

Artículos de hogar:

- Saco de dormir
- Almohada
- Artículos de tocador
- Toalla
- Pijamas
- Ropa deportiva – tendremos algunas actividades físicas
- Chaqueta – para lluvia
- Ropa de natación – vamos a usar la piscina del campus
- Un cambio de ropa que puede ensuciarse
-

No seremos responsables de ningún dispositivo electrónico que su niño trae a nuestro campus.

OVER THE COUNTER MEDICATIONS

In order to provide for the comfort and care of your student while at OSD our nurse may suggest the use of a common over the counter medication. OSD nurses need your signed permission before giving any medication. Below is a list of common OTC medication and reason the medication would be used. Please initial beside **each** medication you give permission for your student to take. Please cross out any medication you do not want your child to take. Dosage will be according to label guidelines by the age and / or weight of your student.

A fin de asegurar la comodidad y el cuidado de su estudiante mientras en OSD nuestra enfermera puede sugerir el uso de medicación común. Las enfermeras de OSD necesitan su permiso firmado antes de dar cualquier medicación. Abajo es una lista de medicaciones comunes y razones por la cual la medicación sería usada. Por favor firme con sus iniciales al lado si usted da permiso para el uso de **cada una** de estas medicaciones. Cruce las medicinas que no quiere que le demos a su hijo/a. La dosis será según pautas de etiqueta por la edad y / o el peso de su estudiante.

Analgesic/Pain Reliever/ Fever Reducer

Acetaminophen(Tylenol)

Ibuprofen (Advil, Motrin)

Analgésico /Aliviador de Dolor/Reducidor de Fiebre

Acetaminofeno (Tylenol)

Ibuprofeno (Advil, Motrin)

Ointment for itchy, irritated skin

Sun screen(SPF15 or above)

Non scented lotion

Hydrocortisone cream

Pomada para comezón, Piel irritada

Bloqueador del sol (SPF15 o mas)

loción sin olor

Crema de hidrocortisona

Cold and cough

Guaifenesin (Robitussin)

Cough drops or throat lozenges

Resfriado y tos

Guaiifenesina (Robitussin)

Pastillas para la tos o pastillas de garganta

Antacid (Tums)

*for students age 12 or above

Antiácidos (Tums)

*Para estudiantes de 12 años o mas

Lip balm or petroleum jelly(Vaseline)

Bálsamo para labios o jalea de petróleo (Vaselina)

Antibiotic ointment/cuts or scrapes

Pomada de antibiótico /cortes o raspados

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Name/Nombre de estudiante: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____



Escuela Department of Education Oregon para el Sordo
 Servicios Medicos para Estudiantes

ACTUALIZACION de HISTORIA MEDICA PARA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Date of Birth _____ Grado: _____

A fin de actualizar el Registro de Salud de Estudiante de su niño, por favor complete esta forma y devuélvalo a la Enfermera Escolar cuanto antes.

Médico

¿Tiene su niño a un Abastecedor de Asistencia Médica? Sí Ningún

Nombre del Abastecedor de Salud del niño: _____ Telefono: _____

Fecha de última visita: _____ Para: _____

¿Ve su niño a un especialista para alguna condición de salud? Sí Ningún

Nombre de Especialista: _____ Telefono: _____ Fecha de última visita: _____

Para: _____

La fecha de los recomendados persignue _____

Nombre de Especialista: _____ Telefono: _____ Fecha de última visita: _____

Para: _____

La fecha de los recomendados persignue _____

Dental

¿Tiene su niño a un dentista? Sí Ningún

Nombre de Dentist: _____ Telefono: _____

¿Recibió su niño un examen dental en los 12 meses pasados? ¿ Sí Ningún Inseguro Describen la condición de los dientes de su niño? La Feria buena pobre no Sabe

¿En los 12 meses pasados, tenía usted problemas que obtienen el cuidado dental para su niño? Sí Ningún

Medical History

1. ¿Ha estado su niño en la salud buena en el año pasado? Sí Ningún

2. Hágale ser alguna vez dicho por un médico o profesional de asistencia médica que su niño tiene:

	Sí	Ningún		Sí	Ningún
Asma			Aprendizaje de Discapacidad		

Sangría de Desorden			Discapacidad física		
Enfermedad de Hueso/Músculo			Problemas con Visión		
Diabetes			Desorden de Asimiento		
condición Cardíaca			Condición de Piel		
Hipertensión			(Otro)		

Por favor explique "Si" respuestas en el espacio abajo:

¿Ha experimentado su niño cualquiera de los siguientes?

	Sí	Ningún		Sí	Ningún		Sí	Ningún
Problemas traseros			Nariz sangra			Hospitalización reciente		
Problemas de vejiga			Operación			Herida seria o accidente		
Problemas de intestino			Sobre/bajo Peso			Dificultades de dormir		
Infecciones de oído			Apetito pobre			Problemas de estómago		
Fractura o hueso roto			Problemas en escuela			Neumáticos fácilmente		
Cuestiones con madurez			Problemas con trabajo de clase			(Otro)		
Cuestiones de movilidad			Herida principal reciente					

Por favor explique "Si" respuestas en el espacio abajo: _____

Alergias Ningunas alergias conocidas

Alergias to: Alimento Medicine The ambiente (el Insecto pica, Fiebre del heno, animal dander, etc.)

Otro _____

Mi niño es alérgico a: _____

La reacción es: (Por favor describa) Suave Moderado Severo

Anafiláctico _____

Anaphylaxis: Severo, vida que amenaza la reacción, los síntomas pueden incluir la estrechez de garganta o pecho que respira dificultades, el hinchazón de los labios, garganta, u ojos, cambios en color de las uñas, labios, o piel, calambres abdominales severos o vómitos, asimientos o desmayo.

Medicación

¿Toma su niño alguna medicación? Sí Ningún

Si sí, nombre de medicaciones _____

¿Será necesaria la medicación en la escuela? Sí* Ningún

*If su niño tiene que tomar la medicación en la escuela, por favor Seguridad Social de Estudiante de contacto para la forma de autorización necesaria. Esta forma debe ser completada antes de cualquier medicación traída a la escuela.

*For la salud y la seguridad de nuestra Seguridad Social de Estudiante de estudiantes OSD pueden requerir ciertas medicaciones para ejemplos de asistencia escolares de tales medicaciones sería inhaladores de emergencia, epinephrine (epi-plumas), glucagon, medicaciones para asimientos incontrolables. medicaciones behaviorísticas. v medicaciones para funciones de órgano vitales.

Salud mental, Emocional, y Social:

¿Ha su niño sido trató para o recientemente experimentó:

	Sí	Ningún		Sí	Ningún
desorden de déficit de Atención (AÑADEN)			cambio de Familia		
desorden de déficit/hiperactividad de Atención (AD/HD)			Historia de abuso		
Dificultades Behaviorísticas			Enfermedad en la familia		
Muerte de uno amado			movimiento Reciente		
cambio Drástico de familia estado financiero			abuso de Sustancia		
Trastornos alimenticios			Otro		
Dificultades Emocionales					

Por favor explique "Sí" respuestas en el espacio abajo: _____

Dispositivos de Assistive

¿Lleva puestas su niño gafas, contactos, audífonos, cochlear implantación, o usa una silla de ruedas, el paseante, u otros dispositivos de movilidad? Sí Ningún (Por favor Círculo alguno o todo que se aplican). ¿Cuándo o bajo que circunstancia deberían éstos ser usados? _____

¿Piensa usted que su niño debe participar en todas las actividades escolares y PE (educación física)? Sí Ningún
Por favor especifique cualquier limitación: _____

Atletismo

Si su estudiante juega cualquier ley de estado de deportes requiere unos deportes físicos para estudiantes 7o grado y encima.
Fecha de últimos deportes físicos _____

Immunizations

¿Las inmunizaciones/tiros de su niño son modernas? Sí Ningún Inseguro

¿Hay allí algo más que deberíamos saber sobre su niño?

Por favor compruebe el siguiente entonces podemos respetar sus deseos.

- La Información de This puede ser compartida con el personal escolar que tiene que saber.
- La Información de This no puede ser compartida con el personal escolar sin consultarme primero sobre cada aspecto.

Firma

Date

Por favor llame el Centro Médico de Estudiante en cualquier momento le debería tener una preocupación. (503) 378-3861 V
(503) 400-6147 VP

¡Gracias por tomar el tiempo para guardarnos actualizado en la salud de su niño!

OSD Welcome to our Residential Halls

Los pasillos residencial esperar que todos los estudiantes a demostrar comportamiento positivo, procedo a lo largo de la Conferencia de liderazgo de la escuela intermedia.

Cada estudiante es responsable por sus acciones

Los estudiantes podrán:

- Sea respetuoso de los demás y de la propiedad OSD.
- Seguir las indicaciones del OSD personal durante su participación en las actividades.
- Usar lenguaje respetuoso en todo momento.
- Los estudiantes tendrán permiso antes de usar la cocina.
- Comer en la cocina y limpiar las mesas después de cada uso. Alimentos no permitidos en los dormitorios.

Están prohibidas las siguientes conductas:

- Robo o destrucción de la propiedad
- Comportamiento ilegal o abusivo (peleas, amenazas, hostigamiento)

Si un estudiante rompe las reglas mencionadas anteriormente, OSD personal y líderes de la conferencia determinará las consecuencias. Éstos pueden incluir:

- Una advertencia.
- Negación del privilegio de participar en ninguna actividad MSLC.
- Cualquier conductas graves serán reportados a Rosemary Smith, Dean of Student Life.
- Siendo enviados a casa. Los padres del estudiante será responsables por los gastos.

Gracias por su cooperación.

Espero que tienes un gran momento en la vida de conferencia de liderazgo de Middle School!

Entiendo las reglas para permanecer en el OSD dormitorios

Firma del alumno

Firma del padre

OREGON SCHOOL FOR THE DEAF

Autorización Para Tomar Medicación Dentro De La Escuela

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de medicación (una medicación por forma) _____

Dosis (cuanto) _____ por cuánto tiempo (no puede exceder el año escolar) _____

Tiempo(s) previsto _____

¿Para qué es la medicación? _____ Si

la **medicación es 'como necesaria': Razón específica (por ejemplo "dolor de muelas")**

_____ **¿Con qué frecuencia? Cada __ horas**

(¿Como es tomada?) Circule uno: Boca Ojo Oído Nariz Piel Otra cosa: _____

¿Cualquier instrucción especial?

¿Efectos secundarios posibles y acciones para ser tomadas? _____

Solicito que esta medicación sea dada a mi estudiante nombrado anteriormente y estoy de acuerdo en:

- Informar al personal si la medicación está siendo enviada con mi estudiante a fin de asegurar la seguridad de todos los estudiantes
- Envíe la medicación en el contenedor etiquetado original
- Medicaciones sin prescripción están comercialmente listas, no a base de alcohol y limitado a ojo, nariz y pastillas para la tos, supresiones de tos, analgésicos, descongestionantes, antihistamínicos, antibióticos tópicos, anti-inflamatorios y antiácidos que no requieren instrucciones escritas u orales de un médico
- Las enfermeras sólo darán medicaciones según prescripción escrita o etiquetaje de fabricaciones
- Permitir que enfermeras OSD se comuniquen con el proveedor de esta prescripción médica.
- Los estudiantes encontrados en posesión de medicación sin documentación apropiada serán sujetos a acción disciplinaria

Firma paterna _____ Fecha _____

Petición de Autoadministración:

Para que un estudiante pueda administrar su propia medicación el estudiante debe demostrar la capacidad de desarrollo y comportamiento para tomar y guardar la medicación en un lugar seguro no accesible a otros estudiantes. Por favor póngase en contacto con los Servicios de Salud de Estudiantes de OSD si usted desea hacer esta petición o tiene alguna pregunta por favor siéntase libre de llamarnos al (503)378-3861/v 503-400-6147/vp.