



Centro de Programas y Servicios Internacionales  
English Language Institute

HMB 253  
800 Florida Avenue N.E.  
Washington, D.C. 20002-3695 EE.UU.

Fax: 202-448-6954

Teléfono: 202-651-5721  
Correo Electrónico: [cips@gallaudet.edu](mailto:cips@gallaudet.edu)  
Página web: <http://cips.gallaudet.edu>

# 1. Formulario de inscripción

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet  
Un programa de aprendizaje de idiomas para los estudiantes internacionales sordos e hipoacúsicos

Por favor, escriba claramente con letra de imprenta

¿Cuándo le gustaría entrar en el ELI?  Otoño  Primavera Año: 20\_\_

## Nombre Completo del Solicitante

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Nombre:	2do Nombre:	Apellido:
---	---------	-------------	-----------

## Dirección de correo del Solicitante

Dirección de correo:	
-----	
-----	
-----	
-----	
Dirección de correo electrónico:	
Teléfono:	Fax:

## Dirección Permanente del Solicitante (Si es diferente de la dirección de correo)

Dirección de correo:	
-----	
-----	
-----	
-----	
Dirección de correo electrónico:	
Teléfono:	Fax:

## Certificación de la información

*Mi firma a continuación certifica que toda la información en esta solicitud es correcta, completa y presentada con honestidad. Yo entiendo que la falsificación o la retención de información a completar la solicitud puede resultar en la cancelación de mi admisión en el Instituto de Idioma Inglés y / o inscripción en el programa.*

Firma del Solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

**Plazos de admisión:** Para entrar en el ELI en el otoño (agosto), los solicitantes deben presentar documentos 1-7 antes del primero de mayo. Para entrar en el ELI en la primavera (enero), los documentos 1-7 deben ser recibidos antes del 30 de noviembre.

MODELO

## Estatus de audición

Usted es: <input type="checkbox"/> sordo/a <input type="checkbox"/> hipoacúsico/a <input type="checkbox"/> oyente	Edad de inicio:	Causa de la sordera:
Tipo de amplificación utilizado (si usa alguno): <input type="checkbox"/> Audífono <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Ninguno		

## Ciudadanía & Documentación

Fecha de nacimiento: Mes: Día: Año:	Edad Actual:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ciudad y País de Nacimiento:
¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	País de ciudadanía:
¿Tiene usted una visa válida de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, Tipo de Visa: Fecha de Vencimiento:
¿Tiene un Número de Seguro Social en los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta Sí, escriba su NSS:
¿Cuál es su objetivo después de terminar el ELI? Marque una casilla: <input type="checkbox"/> Entrar a la Universidad de Gallaudet y obtener un título universitario. <input type="checkbox"/> Entrar en otra universidad y obtener un título universitario.	<input type="checkbox"/> Otro (explicar):

## Conocimiento de Idioma

¿Cuántos años ha estudiado o utilizado el lenguaje de señas americano?
Por favor, califique su habilidad en el lenguaje de señas americano: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Ninguna
Otras lenguas de señas que utiliza:
¿Cuántos años ha estudiado o usado el inglés?
Por favor, califique su habilidad escrita en inglés <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Ninguna
Otras lenguas escritas que utiliza:

## Otras Discapacidades

La siguiente información es confidencial y no afectará a su admisión, pero nos permitirá atender mejor a sus necesidades individuales. Su respuesta es opcional.

¿Usted tiene alguna otra discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, identifique su discapacidad y describa el tipo de alojamiento necesario:



## 2. Arancel para solicitar admisión

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

Un programa de aprendizaje de idiomas para los estudiantes internacionales sordos e hipoacúsicos

Todas las solicitudes a ELI requieren \$50,00 dólares de arancel para cubrir el costo de procesamiento de su solicitud y la preparación de su admisión. Usted puede pagar su arancel por medio de cheque bancario, giro postal o con tarjeta de crédito.

Nombre del Solicitante (Favor de escribir con letra de imprenta).

**Cheque Bancario o Giro Postal.** Cheque/Giro Postal debe ser en **dólares**.

(Adjuntar cheque o giro postal aquí)

Cantidad: \$50.00 dólares

Pagar a: Gallaudet University

**Tarjeta de crédito.** Si desea pagar con tarjeta de crédito (Visa o MasterCard solamente), llene toda la información debajo.

Tipo de tarjeta de crédito:  Visa  MasterCard

Cantidad: US \$50.00 dólares

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma (obligatorio): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe esta página y sus anexos a:

**Gallaudet University**  
**Center for International Programs and Services**  
**English Language Institute**  
**800 Florida Avenue NE**  
**Washington DC 20002-3695 USA**

### *3. Audiograma*

---

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet  
Un programa de aprendizaje de idiomas para los estudiantes internacionales sordos e hipoacúsicos

---

Nombre del Solicitante (Favor de escribir con letra de imprenta).

Como el ELI está diseñado para estudiantes sordos e hipoacúsicos solamente, debemos revisar su más reciente audiograma. **Audiogramas que tienen más de 3 años de antigüedad no serán aceptados.**

**Adjuntar una copia de su más reciente audiograma a esta página.**

Enviar esta página y su audiograma a: **Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA**

## ***4. Certificado de Calificaciones de Escuela Secundaria***

---

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet  
Un programa de aprendizaje de idiomas para los estudiantes internacionales sordos e hipoacúsicos

---

Nombre del Solicitante (Favor de escribir con letra de imprenta).

Su certificado de calificaciones de la escuela secundaria tiene una lista de todos los cursos que tomó allí y las calificaciones que recibió. Si es en otro idioma distinto del inglés, debería tenerlo traducido al inglés. Adjunte el original y la traducción al inglés a esta página.

**Adjunte una copia del certificado de calificaciones de su escuela secundaria a esta página.**

Enviar esta página y sus anexos a:

Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA

## 5. Cartas de Recomendación

---

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

Un programa de aprendizaje de idiomas para los estudiantes internacionales sordos e hipoacúsicos

---

Usted debe obtener cartas de recomendación de por lo menos dos adultos que no sean miembros de su familia y que lo conozcan bien. Las dos páginas siguientes son las formas que los que lo recomiendan pueden utilizar para evaluarlo. Déles los formularios a los que van a recomenderlo y pídeles que llenen el formulario y lo envíen por correo o por fax al ELI. Si la persona que lo recomienda no puede escribir la carta en inglés, le pedimos que le dé la carta de recomendación a usted para que las haga traducir al inglés antes de enviarla a ELI.

Enviar las cartas de recomendación a:

**Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA**

# Carta de Recomendación

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet  
Por favor, escriba claramente con letra de imprenta

**Instrucciones para el solicitante:** Llene la Parte A. Luego, déle este formulario a un maestro u otro adulto que no sea miembro de su familia y que lo conozca a usted bien. Pídale a esa persona que llene la Parte B y envíe este formulario por correo electrónico o fax a la dirección debajo. Si la recomendación no utiliza el inglés, pídale a la persona que escribió la carta que se la dé para que usted pueda hacerla traducir al inglés. Envíe por correo o fax la carta original con la traducción a la dirección que está debajo.

## Parte A. Para ser completado por el solicitante

Nombre del solicitante:
Dirección del solicitante:

## Parte B. Para ser completado por la persona que recomienda

Instrucciones: El solicitante desea ingresar al Instituto de Idioma Inglés (ELI) en la Universidad de Gallaudet en Washington, DC. El ELI ofrece a tiempo completo un programa intensivo de inglés como Segundo Idioma, de lengua de señas americana y de estudios culturales para adultos internacionales sordos e hipoacúsicos. Por favor, llene este formulario y envíelo por correo o fax a la dirección indicada más abajo. Gracias por ayudarnos a aprender más acerca del solicitante.

Por favor, evaluar el solicitante utilizando esta escala:	
Capacidad para aprender	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Auto-disciplina:	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Motivación:	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Carácter:	<input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Excelente
Por favor, comente aquí sobre el carácter del solicitante y la capacidad de aprender, o adjuntar una carta:	
Su dirección:	
Su relación con el solicitante (maestro, amigo de la familia, etc.):	
Su nombre (en letra de imprenta):	Título/ Posición:
Firma:	Fecha:

Por favor, enviar a:

Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA

o por fax a: 202-448-6954

# Carta de Recomendación

The English language Institute en la Universidad de Gallaudet  
Por favor, escriba claramente con letra de imprenta

**Instrucciones para el solicitante:** Llene la Parte A. Luego, déle este formulario a un maestro u otro adulto que no sea miembro de su familia y que lo conozca a usted bien. Pídale a esa persona que rellene la Parte B y envíele este formulario por correo electrónico o fax a la dirección debajo. Si la recomendación no utiliza el inglés, pídale a la persona que escribió la carta que se la dé para que usted pueda hacerla traducir al inglés. Envíe por correo o fax la carta original con la traducción a la dirección que está debajo.

## Parte A. Para ser completado por el solicitante

Nombre del solicitante:
Dirección del solicitante:

## Parte B. Para ser completado por la persona que recomienda

Instrucciones: El solicitante desea ingresar al Instituto de Idioma Inglés (ELI) en la Universidad de Gallaudet en Washington, DC. El ELI ofrece a tiempo completo un programa intensivo de inglés como Segundo Idioma, de lengua de señas americana y de estudios culturales para adultos internacionales sordos e hipoacúsicos. Por favor, llene este formulario y envíelo por correo o fax a la dirección indicada más abajo. Gracias por ayudarnos a aprender más acerca del solicitante.

Por favor, evaluar el solicitante utilizando esta escala:	
Capacidad para aprender	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Auto-disciplina:	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Motivación:	<input type="checkbox"/> Muy poca <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente
Carácter:	<input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Excelente
Por favor, comente aquí sobre el carácter del solicitante y la capacidad de aprender, o adjuntar una carta:	
Su dirección:	
Su relación con el solicitante (maestro, amigo de la familia, etc.):	
Su nombre (en letra de imprenta):	Título/ Posición:
Firma:	Fecha:

Por favor, enviar a:

Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA

o por fax a: 202-448-6954

## 6. Certificación de Finanzas

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet  
(Para los estudiantes internacionales solamente)

Para ser completado por el solicitante. Por favor, escriba con letra de imprenta - Esta información se utilizará para su I-20 o DS-2019

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre* *2do Nombre*

SEXO: (Marque uno):  Masculino  Femenino FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Mes)* *(Día)* *(Año)*

DIRECCION DE CORREO:

\_\_\_\_\_ *Calle*

\_\_\_\_\_ *Ciudad*

\_\_\_\_\_ *Estado* *Código postal* *País*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

PAIS DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ PAIS DE CIUDADANIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Los reglamentos de los EE.UU. relacionados con Ciudadanía y Servicios de Inmigración (USCIS) exigen a todos los solicitantes presentar pruebas de apoyo financiero adecuado antes de que puedan obtener una visa de estudiante. Para demostrar que tiene suficiente apoyo financiero, debe completar y enviar el certificado de este Formulario de Finanzas y originales, documentos oficiales que demuestran que tiene suficientes fondos para pagar al menos el fijo / costo estimado de un año académico. A continuación se indican los costos fijos y los costos estimados para los estudiantes internacionales en el English Language Institute (ELI) en la Universidad de Gallaudet.

Costos fijos y estimados de la Universidad para el año académico 2010 (agosto 2009 - mayo 2010)	
Matrícula	\$12.700,00 (U.S. \$6.350,00)
Seguro de salud y de servicios de pago	\$1.698,00
Cuota por unidad	\$276,00
Habitación y Comida	\$9.660,00
Libros y suministros	\$500,00
<b>TOTAL (por un año académico)</b>	<b>\$24.834,00 (U.S. 18.484,00)</b>

**Nota:** Esta información se proporciona como una guía solamente, y no se considera un contrato vinculante o de la Universidad. El total excluye el pago por la Nueva Orientación Estudiantil (NSO) (\$ 400,00 para el otoño, \$ 200,00 para la primavera) y los gastos de libros y materiales (\$ 500 por 1 año académico). La Universidad se reserva el derecho a modificar los costos de matrícula, tasas y otros cargos en cualquier momento y sin previo aviso.

**Costos adicionales estimados:** Usted debe planear por lo menos \$ 2.000 para gastos personales en cada año académico. Si planea permanecer en Gallaudet durante las vacaciones de invierno y de verano, tendrá un adicional de \$ 3000. Si su familia se queda con usted mientras usted es estudiante, planea un adicional de \$ 5.000 para su cónyuge y \$ 3.000 para cada niño.

**Escuela de Verano:** Gallaudet ofrece cursos adicionales durante el verano (mayo-agosto). La mayoría de los programas académicos no requieren a los estudiantes tomar cursos en verano. Los Cursos de Verano exigen pago adicional de matrícula y cuotas. Consulte con la oficina de Contaduría General de Estudiantes para obtener una lista de estos cargos adicionales.

**Documentación de Apoyo Financiero:** se enumeran abajo las fuentes de apoyo que puede utilizar para demostrar un apoyo financiero adecuado. El total de los fondos que figuran en estos documentos de apoyo debe ser igual o superior a los costos fijos de un año académico en el ELI. Usted debe obtener dos originales, copias oficiales de cada documento de apoyo. Adjunte una copia de cada documento a este formulario de certificado de Finanzas y envíarlos al Instituto de Idioma Inglés (ELI) en la Universidad de Gallaudet. Cuando se reciben y aprueban los documentos, el ELI le enviará un formulario I-20 o DS-2019. Usted llevará el Formulario I-20 o DS-2019 y la segunda copia oficial de los documentos de apoyo a la Embajada o Consulado de los Estados Unidos para solicitar su visa de estudiante. Los estudiantes canadienses no necesitan visa de estudiante.

**Fuentes que proveen fondos al estudiante / Documentos necesarios**

Por favor, marque su(s) fuente (s) de financiación por la duración de su programa en la Universidad de Gallaudet. Para ello, DEBERA presentar los documentos para cada fuente de fondos que usted marca. Los documentos deben ser en inglés y tener una firma, sello oficial o estar en papel con membrete de un organismo oficial. Estos documentos deben tener menos de 2 meses de antigüedad cuando los presenta a la Universidad de Gallaudet.

<b>Fuentes</b>	<b>Documentos necesarios</b>
Fondos Personales del Estudiante	Estado de cuenta corriente bancaria, de cuenta de ahorros y/o de otras cuentas accesibles Certificados de depósito: mutuos, acciones o bonos
Apoyo disponible de la familia / de amigos	Patrocinador completar la Declaración Jurada de esta solicitud Estado de cuenta corriente bancaria y/o de cuenta de ahorros Certificados de depósitos, mutuos, acciones o bonos
Apoyo disponible de patrocinadores	Patrocinador completar la Declaración Jurada de esta solicitud Carta oficial del empleador de los patrocinadores mostrando ingresos anuales
La Embajada/Su Gobierno	Carta Oficial
Organizaciones de Beneficencia / Becas	Carta Oficial
OSAP / Préstamo para estudiantes de Canadá/ VR / Otros (Sólo para estudiantes canadienses)	Carta Oficial

**Certificación del Solicitante**

Yo certifico aquí que la cantidad total de dinero que tengo disponible para mi primer año académico en la Universidad de Gallaudet es \$ \_\_\_\_\_. Además, certifico que la información que les proporcione es correcta y completa, y que se notificará a la Universidad Gallaudet de cualquier cambio en mi situación financiera. Yo entiendo que si soy un turista sin visa de estudiante y / o Formulario I-20 o DS-2019, no me puedo registrar como estudiante en la Universidad de Gallaudet.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Adjuntar documentos de apoyo financiero a esta página**

Devuelva el formulario completado y el documento de apoyo financiero a:

**Gallaudet University  
Center for International Programs and Services  
English Language Institute  
800 Florida Avenue NE  
Washington DC 20002-3695 USA**

# Certificación de Finanzas

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

## GUIA PARA COMPLETAR LA DECLARACION JURADA DEL PATROCINADOR QUE VA A PROVEER AYUDA MONETARIA ANUAL

### ¿Cuál es la implicación de esta declaración jurada?

Al completar esta declaración jurada, usted (el patrocinador) le jura al gobierno de los Estados Unidos que apoyará al estudiante con una cantidad específica de dinero de sus propios recursos financieros por cada año de estudios y residencia en la Universidad de Gallaudet en los Estados Unidos de América. Por favor note que usted también debe adjuntar un documento para demostrar que usted declara bajo juramento apoyar a ese estudiante cada año.

**Al firmar la declaración jurada usted ( el patrocinador) está tomando un compromiso financiero con el estudiante que no deberá romperse. Los patrocinadores que no proporcionan el apoyo prometido fuerzan a los estudiantes a abandonar la escuela. No espere que el estudiante sea capaz de ayudar a sufragar los costos por medio de un empleo. El empleo está estrictamente controlado por el Servicio de Inmigración y es muy limitado.**

### Cómo completar la Declaración Jurada de Apoyo Anual en Efectivo:

- Llenar el formulario de la declaración jurada en INGLÉS
- Prometa sólo dar tanto dinero como usted puede permitirse. **La razón más común por la que rechazamos las declaraciones juradas es que no creemos que un patrocinador puede pagar la cantidad de dinero que él o ella ha prometido.**
- Adjunte documento(s) que demuestr(a)n su capacidad financiera, tal como se explica a continuación.
- Firme la declaración jurada ante un notario público, secretario judicial u otro tipo de oficial en su país.

### Documentos para demostrar capacidad financiera:

Usted debe demostrar que usted es financieramente capaz de apoyar al estudiante que patrocina por cada año de estudio por medio de un comprobante de ingresos y un documento bancario. (Si uno de estos documentos no se adjunta, su apoyo no será considerado).

- **Documento para comprobar sus ingresos.** Esto se debe presentar en un papel con membrete de su empleador, incluyendo lo que se recibe cuando se hace la declaración de impuestos o las estimaciones de un banco con una cuenta privada si trabaja por cuenta propia. Los ingresos de su empresa no serán aceptados como prueba de ingresos. Usted debe proporcionar una declaración oficial de lo que se le pagó a usted o lo que figura en su declaración de impuestos.
- **Estado de cuenta bancaria** debe estar en su nombre y su declaración debe indicar la siguiente información: fecha cuando su cuenta se abrió, el balance en dólares de los EE.UU., los depósitos y saldos ordinarios. No podemos aceptar declaraciones que no especifican los saldos a menos que se declaró tener un mínimo de 100.000 dólares de EE.UU.. Si el nombre de otra persona aparece en el estado de cuenta del banco, esa persona debe completar una declaración jurada o presentar una declaración notarial que permita considerar a los fondos como ayuda financiera para el estudiante.

Los documentos deben ser/estar:

- **Actuales (menos de dos meses de antigüedad)**
- En inglés
- Certificados por notario

MODELO

# Certificación de Finanzas

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

## Declaración Jurada de Apoyo Anual en Efectivo

ESTA ES MI PROMESA BAJO JURAMENTO DE APOYO EN EFECTIVO

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre), prometo que puedo apoyar a este estudiante y que no le entregaré menos de \$ \_\_\_\_\_ Dólares en efectivo **POR CADA AÑO** de estudio en la Universidad de Gallaudet:

\_\_\_\_\_ (Nombre completo del estudiante)

Mi relación con el estudiante es \_\_\_\_\_  
Padre, cónyuge, hermano / hermana, amigo, el Patrocinador del Gobierno, Otros

Mi dirección es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas son total o parcialmente dependientes de mí para su apoyo (esto no incluye al estudiante mencionado arriba):

Nombre	Relación con migo	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de mi empresa: \_\_\_\_\_

Sueldo Anual: \_\_\_\_\_ (Dólares) Otros Ingresos: \_\_\_\_\_ (Dólares)

Mi prueba de ingresos y documento bancario se adjuntan: Sí  No



Juro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma de patrocinador

Jurado y suscrito ante mí en esta fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

# 7. Contrato de Residencia

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

Para los Nuevos Estudiantes de ELI

## Contrato de Vivienda (Otoño / Primavera)

(Los \$ 200 de depósito deben acompañar a este contrato.)

**Clasificación del Estudiante:**

**Matricula:** Otoño  Primavera  Verano  Año: \_\_\_\_\_

English Language Institute

### Información Personal:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de ID Estudiantil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  tty  voz Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Persona a contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Atributos personales:** Para asistirnos en identificar a su compañero de cuarto, indicar los atributos que lo describen a usted:

- sordo/a  hipoacúsico/a  oyente  fumador  no fumador  le gusta la música  no le gusta la música  
 persona limpia  persona desordenada  atleta  no atleta  extrovertido/a  introvertido/a  uno u otro  
 le gusta la habitación fría  le gusta la habitación templada  le gusta la habitación con mucho calor

**Confidencialidad respecto de residencia/habitación/correo electrónico:** Si se deja en blanco, la oficina Campus Life asumirá que "no".

- Sí, usted puede darle mi correo electrónico a mi compañero de cuarto.  Sí, usted puede dar información sobre mi residencia y cuarto.

**Comunidades con tema en común:** se ofrecen en selectas residencias para fomentar la interacción entre estudiantes con intereses comunes. Grupos de 15-40 estudiantes viven en cada comunidad. Los temas que se han ofrecido incluyen Deporte y Recreación, Liderazgo y Comunidades internacionales. Hay muchos beneficios asociados con ser miembro de una comunidad con un tema.

- Por favor, envíenme más información para formar parte de una comunidad con tema en común.  No, no me interesa

**Discapacidad:** Si usted necesita acomodaciones especiales en su vivienda debido a una discapacidad, póngase en contacto con la Oficina de Estudiantes con Discapacidad (OSWD) y complete un formulario de admisión. OSWD trabaja en estrecha colaboración con la oficina de Campus Life para garantizar que se ofrece alojamiento adecuado en las residencias (artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 prohíbe la discriminación en la vivienda. La Universidad hará todo lo posible para dar cabida a las necesidades de las personas con discapacidades adicionales.)

**Preferencia para compartir cuarto con un compañero/Nombre del compañero**

\_\_\_\_\_  
Su solicitud de compartir una habitación debe ser mutua, y ambos contratos deben ser enviados juntos. La oficina Campus Life no tendrá en cuenta ninguna solicitud que discrimine en base a raza, color, religión, nacionalidad, ascendencia, o discapacidad.

Por favor, lea el contrato de vivienda en las páginas 17 - 18 antes de firmar a continuación.

He leído y entendido el contrato de vivienda y las condiciones de ocupación de la vivienda de acuerdo al Servicio Universitario de Residencias.

**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
Oficina de Campus Life • (202) 651-5255 (tty/v) • campus.housing@gallaudet.edu

MODELO

# Contrato de Vivienda

Campus Life

Universidad de Gallaudet

La Universidad de Gallaudet, denominada en lo sucesivo la Universidad, proporcionará a la persona cuya firma aparece debajo, siempre que haya habitaciones disponibles, una habitación en una residencia comenzando:

1. El primer día para participantes en la orientación para nuevos estudiantes, o
2. El día antes de la inscripción para los demás estudiantes y de fin de estudios para todos los estudiantes de pregrado y posgrado que no son elegibles para la ceremonia de graduación dentro de las 24 horas después de:
  - A) la última clase (dentro de las 48 horas después de darse de baja de la universidad), o
  - B) el último examen antes del receso de invierno, o
  - C) el último examen antes del fin del semestre de otoño / primavera / verano.

El contrato de vivienda es vinculante a partir de la firma y por todo el tiempo que el estudiante reside en el campus durante el año académico y / o meses de verano. La Universidad podrá rescindir el contrato en cualquier momento cuando la situación se considere conveniente a través de una acción administrativa.

## Asignación de Espacio

En el campus se asignará vivienda por orden de llegada (“primero en llegar, primero en ser servido”), es decir en base al orden en que se reciben los contratos de vivienda y los depósitos. Las viviendas en el campus están disponibles para todos los estudiantes nuevos que envían los formularios en el plazo indicado. Temporalmente las viviendas que quedan libres (dependiendo de la disponibilidad) pueden estar disponibles para aquellos que envían el contrato de vivienda y el depósito después de la fecha límite. Se pueden aplicar aranceles de cancelación. Los residentes que no tienen compañeros de habitación al final del período de cambio de habitaciones podrían ser ubicados juntos.

## Expectativas académicas / financieras

Se espera que los residentes asistan a clases durante todo el período de residencia. Si se determina que los residentes dejaron de asistir a clases durante todo el período, el residente será plenamente responsable por los gastos de alojamiento después de la última fecha de asistencia a clase. Los fondos de ayuda financiera federal (subsidijs, becas y préstamos) no cubrirán esos cargos.

## Conducta general

El residente se compromete a respetar y no interferir con los derechos de los demás y actuar como un ciudadano responsable en su interacción con los miembros de la comunidad del campus. Cada residente tiene el derecho a organizar su vida o su comportamiento siempre que él o ella no viole las leyes o las políticas de la Universidad. Cualquier residente que continuamente perturbe a la comunidad o a sus miembros puede perder el privilegio de vivir en el campus; si el comportamiento perturbador lo justifica, podrá ser expulsado de la Universidad.

## Reembolsos del pago por la habitación y la comida

Los reembolsos se rigen por el momento de la dada de baja de la Universidad y la fecha de salida de la residencia. La restitución se prorrateará. Un porcentaje de los cargos por la habitación son reembolsables durante las cuatro primeras semanas de clases, a partir de un 80% durante la primera semana; posteriormente un 60%, un 40% y 20% por cada semana que pasa.. No hay restituciones en caso de suspensión disciplinaria o expulsión.

## Cuidado de la Propiedad de la Universidad

El residente se compromete a actuar como un ciudadano responsable en el uso y el cuidado de su habitación, las habitaciones de los demás, y las instalaciones comunes en el campus de la Universidad. El residente asume responsabilidad financiera por uso indebido o abuso de la propiedad de la Universidad.

La Universidad espera que se trate de la mejor manera posible todas las instalaciones con la esperanza de que el costo de mantenimiento de estas instalaciones sea mínimo.

1. Reparación / sustitución de los costos causados por robos o daños a los edificios, mobiliario y equipo (accidental o de otro tipo) se facturan a cualquier residente o grupo de residentes responsables.
2. Cuando la(s) persona (s) responsable(s) por robo o daños no puedan ser identificadas, todos los ocupantes de la residencia o que viven en grupo compartirán la reparación / sustitución de los costos por igual.
3. El estudiante no puede pintar las habitaciones ni puede hacer modificaciones sin permiso de la Oficina de Campus Life.
4. Los ocupantes serán acusado por daños, tales como paredes, techos y muebles pintarrajados, quemaduras en las alfombras o muebles, muebles rotos, llaves perdidas o robadas o el deterioro de los bienes debido al uso indebido por parte de los ocupantes y / o visitantes.

### **Depósito por la Vivienda**

El depósito requerido de \$ 200,00 debe acompañar a este contrato.

El espacio será asignado por orden de llegada de los contratos de vivienda y los depósitos. En el campus la vivienda no está garantizada a todos los alumnos aunque algunas viviendas que quedaron libres, dependiendo de la disponibilidad de espacio, pueden estar disponibles para aquellos que envían el contrato y el depósito después de la fecha límite según lo especificado por la Oficina de Admisiones.

Cada estudiante está obligado a mantener un depósito de \$ 200,00 por la vivienda en el archivo, mientras reside en la residencia universitaria. Los depósitos son transferidos de un año académico al siguiente si el estudiante vuelve a la residencia. Estos depósitos de la vivienda se aplican en caso de posibles daños. Las solicitudes de reembolso resultarán en el chequeo del balance de la cuenta del estudiante para determinar si existe algún saldo pendiente a pagar a la Universidad. Si hay saldos pendientes esto se traducirá en una deducción automática del depósito de la vivienda. Todos los contratos se basan en el período académico completo de otoño / primavera. Los estudiantes que rompen su contrato antes de que finalice el semestre de otoño / primavera automáticamente perderán su depósito. Para ser elegible para un reembolso del depósito de la vivienda, un estudiante que sigue siendo matriculado en la Universidad debe demostrar inusuales e imprevisibles circunstancias que han surgido después del comienzo del período contractual, lo que le impide honrar los términos del contrato.

El hecho de no llegar al campus antes del primer día de clase anula el contrato a menos que la Oficina de Campus Life apruebe su demora. Los estudiantes readmitidos que no han hecho arreglos para pagar los saldos pendientes en sus cuentas de estudiante antes de la inscripción tendrán que entregar su habitación y serán colocados últimos en una lista de espera para la disponibilidad de habitaciones.

# 8. Depósito por el Cuarto

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

## Para los nuevos estudiantes de ELI

Los estudiantes que viven en el campus deben pagar un depósito de 200,00 dólares de los EE.UU. para reservar una habitación. Usted puede pagar el depósito por su con cheque bancario o giro postal o con tarjeta de crédito. Adjunte su depósito a este formulario y envíelo a la dirección indicada debajo. El depósito es reembolsable: si usted decide no venir a la ELI, usted puede solicitarlo y se le devolverá a usted.

Nombre del Solicitante (Favor de escribir con letra de imprenta):

### Cheque Bancario o Giro Postal. Cheque y giro postal debe ser en dólares.

(Adjuntar cheque bancario o giro postal aquí)

Cantidad: US \$200,00

Pago a: Gallaudet University

### Tarjeta de Crédito.

Para pagar con tarjeta de crédito (Visa o MasterCard solamente), complete toda la información debajo.

Tipo de Tarjeta de Crédito:  Visa  MasterCard

Cantidad: US \$200,00

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Titular: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Requerido)

Enviar esta página y sus anexos a:

**Gallaudet University**  
**Center for International Programs and Services**  
**English Language Institute**  
**800 Florida Avenue NE**  
**Washington DC 20002-3695 USA**

La Universidad de Gallaudet exige que todos los estudiantes completen y envíen por correo electrónico el formulario con su historial médico al menos un mes antes de entrar en el programa por primera vez. El formulario se mantiene en el archivo para su uso en una emergencia médica, incluso si el estudiante no compra la póliza de seguro médico de Gallaudet.

MODELO

**SERVICIO DE SALUD ESTUDIANTIL DE PETER J. FINE**  
**800 FLORIDA AVENUE, NE**  
**WASHINGTON, DC 20002-369**  
(202) 651-5090 (V/TTY) Fax (202) 651-5743  
[SHS@gallaudet.edu](mailto:SHS@gallaudet.edu)

Estimado estudiante:

¡Felicitaciones por su aceptación a Gallaudet! El Servicio de Salud Estudiantil de Peter J. Fine está listo para servirle a usted. Con el fin de servirle mejor, es muy importante proporcionar al Servicio de Salud de Estudiante **TODAS** las informaciones siguientes:

**HISTORIA MÉDICA:** El formulario de historia médica adjunto debe ser completado con la necesaria información proporcionada por su médico. Un examen físico también es requerido para que los estudiantes practiquen deportes. Por favor, llene todo el formulario; llene cada página y asegúrese de que el formulario tiene todas las firmas requeridas antes de llegar al campus. Este formulario puede descargarse de la siguiente página web: [http://www.gallaudet.edu/af/Documents/shs\\_health\\_history\\_form.pdf](http://www.gallaudet.edu/af/Documents/shs_health_history_form.pdf).

**\* VACUNAS:** Todos los estudiantes deben proveer un historial completo de vacunas. **Además, la ley del Distrito de Colombia exige que todos los estudiantes menores de 26 años en el momento de la inscripción estén inmunizados contra las enfermedades prevenibles que figuran en la sección sobre inmunizaciones en este formulario (página 4, Sección 1). Es obligatorio que todos los estudiantes reciban sus vacunas antes de empezar sus estudios en Gallaudet.**

**SEGURO DE SALUD:** Todos los estudiantes a tiempo completo deben tener un seguro médico que cubra hospitalización y servicios ambulatorios. Si no proporciona prueba de la cobertura de un seguro privado comercial o de una agencia estatal, SOLAMENTE del Medicaid de DC, MD o VA, se le facturará automáticamente por la póliza de seguro ofrecidos a través de la Universidad de Gallaudet. **TODOS LOS ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO** deben dispensar de la compra o comprar su seguro de salud utilizando su cuenta BISON. Instrucciones para la dispensa o la compra de su seguro se pueden encontrar en el siguiente sitio web: <http://af.gallaudet.edu/shs/shsins.asp>. El proceso de dispensa de adquirir seguro debe repetirse todos los años en el semestre de otoño para los estudiantes que comienzan sus estudios en el semestre de otoño. Para los estudiantes que ingresan a Gallaudet por primera vez en la primavera, la dispensa o la compra debe ser completado de nuevo en el semestre de otoño.

**Este paquete contiene:**

- Formulario de Historia Médica (páginas 1-3)
- Formulario de las vacunas y el examen físico (página 4)

Este **paquete** debe ser devuelto a **Servicios de Salud Estudiantil** antes de:

**El primero de junio.....Para el Semestre de Otoño de inscripción**

**El primero de noviembre....Semestre de primavera para la inscripción**

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor, póngase en contacto con Servicio de Salud Estudiantil del Peter J. Fine en [SHS@gallaudet.edu](mailto:SHS@gallaudet.edu) o (202) 651-5090 (Voz / TTY).

\* Favor, note que en un futuro próximo las siguientes vacunas serán necesarias: Hepatitis A, Hepatitis B.

SHS Use Only:  
Reviewed by: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Se requiere foto  
actual.

Adjunte su foto  
aquí

## FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA DEL ESTUDIANTE

Servicio de Salud estudiantil del Peter J. Fine  
Gallaudet University  
Washington, DC 20002-3695

### A. INFORMACION GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Provincia

Estado Civil:  C  S  V  D  Sep. Número de Seguro Social (si lo tiene): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Número de ID estudiantil \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### Lista de los nombres, direcciones y números de teléfono de dos personas que deberían ser notificadas en caso de emergencia.

<b>#1</b>		<b>#2</b>	
Nombre: _____	Relación _____	Nombre: _____	Relación _____
Dirección Completa: _____		Dirección Completa: _____	
Números de Teléfonos: Casa: _____		Números de Teléfonos: Casa: _____	
Trabajo: _____		Trabajo: _____	
Correo Electrónico _____		Correo Electrónico _____	

#### Autorización para tratamiento médico

Certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Yo también me doy cuenta de que la información que he dado en la historia de la sección médica es confidencial y para la utilización del personal médico que me está atendiendo. Me doy cuenta de que mi firma le da permiso al Servicio de Salud Estudiantil para darlemi nombre a la Oficina de Estudiantes con Discapacidad, si lo he autorizado poniendo "SI" a continuación.

Yo doy permiso a la Universidad de Gallaudet para el suministro de diagnóstico, terapia y procedimientos operativos, inmunización voluntaria y el transporte que se consideren necesarios por el personal médico en mi nombre. Tengo 18 años de edad o más.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(NO SE DARA TRATAMIENTO SI NO ESTA LA FIRMA)

#### La autorización para el tratamiento de menores

Yo autorizo al Servicio de Salud Estudiantil de la Universidad Gallaudet para que pueda obtener información médica de otra instalación médica en mi nombre para la continuidad de la atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento debe ser firmado por los padres naturales o tutores legales de menores de edad (menores de 18 años), de modo que el diagnóstico y el tratamiento puedan ser llevados a cabo con prontitud para evitar demora en servicios médicos de emergencia. No se llevará a cabo ninguna intervención médica, excepto en una emergencia, sin contactar o informar en detalle a los padres o tutores legales.

El transporte al área de los hospitales o centros de diagnóstico será la responsabilidad de los padres / del estudiante.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Facturación de Seguro de autorización

Yo doy mi permiso para que el Servicio de Salud Estudiantil haga pública toda la información relacionada con el procesamiento de reclamaciones de seguros y obtener el pago de facturas médicas de manera apropiada a los médicos, hospitales, laboratorios, agencias de seguros, los padres o tutores, o a cualquier otros agente en caso necesario, incluyendo al personal de la Universidad.

(Firma del estudiante si tiene más de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma del padre/madre/tutor del estudiante si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El Servicio de Salud Estudiantil trabaja en cooperación con la Oficina para estudiantes con discapacidades para satisfacer las necesidades de los estudiantes con discapacidad. ¿Está autorizado el Servicio de Salud a dar su nombre y la información sobre su discapacidad a la Oficina para estudiantes con discapacidades?  Sí  No

¿Ha sido usted estudiante en Gallaudet o en cualquiera de sus escuelas en el pasado? :  Sí  No

Si "Sí," ¿ en qué escuela? \_\_\_\_\_ y ¿ en qué año? \_\_\_\_\_

<b>B. HISTORIA MÉDICA</b> (Favor indicar los problemas que tiene en la actualidad o puede haber tenido en el pasado.) Si usted tiene un problema médico grave por el cual va al médico regularmente, por favor, adjuntar un informe escrito de la historia y el tratamiento de ese médico.	
<p style="text-align: center;"><b>Por favor, marcar la respuesta</b></p> <p>Acné <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema con alcohol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas de espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Apagones (desmayo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infección de la vejiga (cistitis) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sangrado Rasgo / de células falciformes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bronquitis - Crónica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cáncer (lugar: _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Varicela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Chlamydia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Colitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Condiloma (verrugas genitales) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sordera o Hipoacusia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>La edad de comienzo: _____ Causa: _____</p> <p>Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dependencia de drogas (especificar : _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dislexia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infecciones del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ezema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Emocional o enfermedad mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de los ojos (especificar: _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad Fibrocística (Seno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas de vesícula biliar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Gonorrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Gota <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><b>Por favor, círculo</b></p> <p>Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolores de cabeza (migraña o tensión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema en el corazón</p> <p>Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cardiopatía reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Corazón ampliado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otros _____</p> <p>Hepatitis (tipo: _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Herpes (genital) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hipoglicemia (baja de azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Mononucleosis infecciosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infecciones o enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sarampión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Meningitis / Encefalitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Paperas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Estómago nervioso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Obesidad (más de 40 kg de sobrepeso) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Quiste de ovario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infección pélvica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Flebitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rubéola (sarampión alemán) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema-sinusal crónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sífilis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Úlcera (gástrica o duodenal) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otros problemas que no figuran _____</p>
<b>C. ALERGIA A MEDICAMENTOS</b>	<b>E. HISTORIA SEXUAL</b>
<p><b>Es usted alérgico a:</b></p> <p>Cualquier Droga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Lista _____</p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Lista _____</p> <p>Agentes del Medio Ambiente</p> <p>1. Insectos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. El polvo, los árboles, el polen, etc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar aquí si recibe vacunas para las alergias.</p> <p>El Servicio de Salud del Estudiante está disponible para administrar las vacunas para las alergias. Pedimos que su proveedor de servicios de salud le ponga la primera vacuna de la serie y nos envíe por escrito instrucciones detalladas para continuar. No se permite que las vacunas para las alergias se auto-administren en las residencias.</p> <p>¿Está utilizando algún medicamento con regularidad ahora? En caso afirmativo, ¿cuál? (incluyendo la dosis y con qué frecuencia)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Por favor, marque la respuesta</b></p> <p><b>HOMBRE</b></p> <p>¿Has tenido problemas urinarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Especifique: _____</p> <p>¿Usa condones/"diques dentales"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>MUJER</b></p> <p>Historia Menstrual:</p> <p>La edad de comienzo: _____ ¿Ciclos Regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Embarazos? _____ No. de nacidos vivos _____</p> <p>Métodos de control de la natalidad:</p> <p>¿Usa condones/"diques dentales"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de la última PAP: _____</p> <p>¿Su madre utilizó la medicación Diétalo Stilbestrol (DES) durante su embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<b>D. VISION</b>	<b>F. CIRUGIA/HOSPITALIZACIONES/LESIONES</b>
<p>¿Cómo es su equilibrio? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo</p> <p>¿Tiene problemas para caminar o Permanecer de pie en la oscuridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cómo es su vista? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Amígdala <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Apéndice <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hernia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Otras operaciones u hospitalizaciones: _____</p> <p>¿Huesos rotos? Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Dislocaciones? Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Concusiones/Lesiones cerebrales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Otras lesiones? Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

<b>G. HISTORIA SOCIAL (Esta sección a ser llenada por los estudiantes únicamente)</b>				
<p><b>Emocional</b></p> <p>¿Ha recibido tratamiento o consejería para problemas emocionales? <span style="float: right;">Por favor, marque su respuesta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Alguna vez intentó suicidarse? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Vomita, usa laxantes, líquidos o píldoras para perder peso? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Siente que puede controlar todas las demandas de su vida diaria? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Se siente triste, solo o deprimido normalmente? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Usted pierde su temperamento a menudo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Está preocupado por problemas relacionados con su familia? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Tiene usted problema para dormir? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p><b>Drogas</b></p> <p>¿Cuál(es) de estas drogas usa?</p>	<p><b>Alcohol</b></p> <p>¿Cuántas veces usted bebe por semana? <span style="float: right;">Por favor, marque su respuesta <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-7</span></p> <p>Número aproximado de bebidas en cada ocasión <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-10</span></p> <p>¿A qué edad empezó a beber bebidas alcohólicas? _____</p> <p>¿Con qué frecuencia usted estima que condujo un vehículo de motor bajo la influencia del alcohol? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> 1-2 times <input type="checkbox"/> 3-5 times <input type="checkbox"/> 10 times</span></p> <p>¿Ha sentido alguna vez que debe reducir su forma de beber? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Otras personas le han molestado criticando su forma de beber? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Se ha sentido alguna vez culpable por beber? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Está recibiendo tratamiento o ha recibido tratamiento alguna vez por un problema de alcohol? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p><b>Tabaco</b></p> <p>¿Fuma? (cigarrillos, cigarros puros, o pipa) Paquetes por día <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>Tabaco de mascar / Tabaco <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span></p> <p>¿Cuánto tiempo ha fumado o utilizado productos del tabaco?</p>			
	Nunca	Poco	Mucho	A diario
Marijuana / hachís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresores (sedantes, tranquilizantes, barbitúricos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimulantes (anfetaminas, "hielo", píldoras de dieta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína, "crack"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos (LSD, PCP, THC, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narcóticos (heroína, codeína, dilaudid, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>H. Historia de Familia</b>																								
FAMILIA Imprimir los nombres de sus familiares, vivos o muertos, en la lista de abajo.	SORDERA Respuesta Sí, No, o hipoacusia	FECHA DE NACIMIENTO ESTADO DE SALUD Indique el año de nacimiento de todos los parientes enumerados en la izquierda y una marca (X) para indicar si su salud es buena o mala.	ENFERMEDAD Coloque una (X) en la columna apropiada para cualquier enfermedad que los familiares de la lista de la izquierda tienen en la actualidad o han tenido.										MUERTE Si un familiar que ha enumerado ha muerto, escriba la causa de la muerte y la edad de muerte en las columnas a continuación.											
		Fecha de Nacimiento	Bueno	Pobre	Alcoholismo	Alergias / Asma	Anemia	Tendencia Hemorrágica	problemas de colesterol	Cancer/Tumor	Diabetes	Epilepsia	Glaucoma	Otros Problemas visuales	Problema de Corazon	la Presión Arterial Alta	Problema de riñón/ vejiga	Problema Nervioso	Reumatismo o Artritis	Esófomazo / Ulcera	Derrame Cerebral	Tuberculosis	Causa de Muerte	Edad
Padre																								
Madre																								
Hermano o Hermana																								
Esposo/a																								
Hijos																								
Abuelos																								

MODELO

# 10. Planes de Comida en la Cafetería

The English Language Institute en la Universidad de Gallaudet

**Plan Bloque de 250** = Bloque de 250 comidas, además de \$ 50,00 Dólares para los restaurantes. Este es el plan de comidas que ofrece el mejor valor por el dólar, aproximadamente 15 comidas por semana. Los padres pueden estar seguros de que su hijo o hija tiene la oportunidad de comer todos los días en el Café Bon Appetit o comprar comida por \$ 50.00 dólares en el Rathskeller, Starbucks o en Marketplace. Los bloques pueden ser utilizados en el Café Bon Appetit en cualquier momento y todos los semestres, sin restricción.

**Plan Bloque de 220** = Bloque de 220 comidas, además de \$ 50.00 Dólares para los restaurantes. Este plan de comidas es también de gran valor para comer a diario con la opción de servirse un segundo plato y además con dinero extra para usar en el Rathskeller, Starbucks o fuera del Marketplace. Los bloques pueden ser utilizados en el Café Bon Appetit en cualquier momento y en todos los semestres, sin restricción alguna. Además, los bloques pueden ser utilizados para recibir una comida en el Marketplace o Rathskeller.

**Plan Bloque de 190** = Bloque de 190 comidas, además de \$ 150.00 Dólares para los restaurantes. Este plan proporciona la mayor flexibilidad con aproximadamente 12 comidas por semana. Este plan funciona mejor para alguien que se va por lo general del campus durante los fines de semana. Este plan también ofrece \$ 150,00 en restaurantes para gastar en Rathskeller, Marketplace o Starbucks durante todo el semestre. Los bloques pueden ser utilizados en el Café Bon Appetit en cualquier momento y todos los semestres, sin restricción. Además, los bloques pueden ser utilizados para recibir una comida en el Marketplace o Rathskeller.

**Plan Bloque de 150** = Bloque de 150 comidas, además de \$ 150,00 Dólares para comer en los restaurantes. Este plan proporciona aproximadamente 10 comidas por semana, junto con \$ 150, 00 para gastar en el Rathskeller, Marketplace o Starbucks durante todo el semestre. Los bloques pueden ser utilizados en el Café Bon Appetit en cualquier momento y todos los semestres, sin restricción. Además, los bloques pueden ser utilizados para recibir una comida en el Marketplace o Rathskeller.

**Plan Bloque de 100** = Bloque de 100 comidas, además de \$ 125.00 Dólares para comer en los restaurantes. Este plan proporciona aproximadamente 7 comidas por semana, junto con un total de \$ 125.00 para gastar en el Rathskeller, Marketplace, Starbucks o Café Bon Appetit durante todo el semestre. Los bloques pueden ser utilizados en el Café Bon Appetit en cualquier momento, todos los semestres, sin restricción. Además, los bloques pueden ser utilizados para recibir una comida en el Marketplace o Rathskeller.

**Nota: Los solicitantes pueden elegir cualquiera de los planes de comida durante la Orientación (NSO).**