



LAURENT CLERC  
NATIONAL DEAF EDUCATION CENTER  
ADMISSIONS OFFICE

Querido(s) padre(s)/Representante(s) legal(es):

Gracias por su interés en Model Secondary School for the Deaf (MSSD), ubicada en Laurent Clerc National Deaf Education Center de Gallaudet University en Washington DC.

A. Si desea aplicar para que su estudiante sea admitido(a) MSSD, por favor envíe lo siguiente a la Oficina de Admisiones:

- Aplicación** (Adjunta)
- Autorización para recibir información** (Adjunta)
- Certificado de Nacimiento del aplicante** (Copia)
- Prueba de vivienda** (Copia de alguna facture (luz/agua/teléfono, contrato de alquiler)
- Prueba de custodia** (Copia – si aplica)
- Expediente educacional:**  
**Autorización para la entrega del expediente del estudiante a MSSD** (Adjunto): Deberá ser completada y firmada por el padre/representante legal del estudiante y enviada a la escuela actual del (la) aplicante. Este formulario pide a la escuela de su estudiante a enviar directamente a la oficina de admisiones de MSSD una copia del expediente de su estudiante.

No se considerará la aplicación a MSSD hasta no haber recibido toda la documentación.

B. Después de haber recibido la documentación/expedientes antes mencionados se revisará el paquete de aplicación y usted será notificado(a) sobre la decisión tomada.

C. Antes de que su estudiante pueda registrarse es requerido que la enfermería revise y apruebe el expediente médico del aplicante. Después de haber recibido la notificación de que su estudiante ha sido aceptado (a), por favor envíe lo siguiente a la Oficina de Admisiones.

- Historial Médico del Estudiante - MSSD**  
**Parte A (paginas 1-4):** Deberá ser completado y firmado por el padre/representante legal del aplicante (cuando aplica).  
**Parte B (página 5):** Deberá ser completado y firmado por un médico o proveedor de servicios de salud. Se podrán adjuntar los resultados del record de vacunas, examen físico, y test de ejercicios (requerido para participar en deportes) o se puede enviar por separado.
- Evaluación del Riesgo de Tuberculosis (TB)**  
Usted completa este formulario
- Autorización para la Administración de Medicamentos**  
El medico completa y firma si su estudiante toma algún medicamento o vitaminas. Si él/ella no toma medicamentos, por favor firme y escriba la fecha.
- Tarjeta de Seguro Medico**  
Envíe una copia de la tarjeta de seguro médico (ambos lados)

Si puedo ayudar en algo más, por favor comuníquese conmigo por correo electrónico, fax, correo regular, teléfono o video-teléfono utilizando la información de contacto que se encuentra en la parte inferior de esta página. Para más detalles sobre nuestro programa, también puede visitar nuestra página web [clerccenter.gallaudet.edu](http://clerccenter.gallaudet.edu) and [mssd.gallaudet.edu](http://mssd.gallaudet.edu).

Sinceramente,

Luciana Spinosi  
Coordinadora de Admisiones

mssdadmissions@gallaudet.edu

MODEL SECONDARY SCHOOL FOR THE DEAF

800 Florida Avenue, NE • Washington, DC 20002-3695

(202) 651-5397 (TTY/V) • (202) 250-2216 (videophone) • (202) 651-5362 (fax) • [www.gallaudet.edu/MSSD.html](http://www.gallaudet.edu/MSSD.html)