



Tratamiento General de la Condición de Salud y Plan de Emergencia

Verificado por enfermera _____

Estudiante _____ Año Escolar _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Maestro(a) _____

Contactos en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Sección 1: Información de Salud

Diagnóstico Médico/problema de salud: _____

Describa qué acciones deben tomarse para manejar la condición de salud en la escuela:

Describa qué acciones deben tomarse en caso de emergencia (si es aplicable):

Sección 2: Medicamentos

¿Necesitará su hijo(a) medicamentos en la escuela para su condición de salud?

Sí

No



Sección 1: Medicamentos Recetasos

Nombre/Potencia	Dosis	Medio*	Hora	Razón/Diagnóstico	caducidad

*Medio = oral, inhalar, en la piel, inyectable, etc. **Todos los medicamentos recetados deben estar en el envase/botella original con las etiquetas debidas. Pida en la farmacia etiquetas extras para los envases de la escuela.**

Sección 3: Información para el hospital

En caso de no poder comunicarse con el padre/tutor, autorizo al personal de la escuela llamar al 911, y transportar a mi hijo(a) a _____ (hospital) para atención médica.

Permiso de los padres para el tratamiento de la condición de salud durante el día en la escuela o en cualquier otra actividad relacionada con la escuela:

I agree to: Yo, padre/tutor del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción se use para guiar el cuidado de mi hijo(a) en caso de una emergencia médica de salud. Accedo a:

- Proporcionar las provisiones y el equipo necesarios.
- Avisar al personal de la escuela o a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante.
- Notificar al personal de la escuela de cualquier cambio en las órdenes del doctor del estudiante, así como completar un nuevo consentimiento de tratamiento.
- Autorizar que la enfermera de la escuela se comuniqué con el doctor o especialista de mi hijo(a) según sea necesario.
- El personal de la escuela que esté en contacto directo con mi hijo(a), tiene derecho a ser informado sobre su plan de salud y tratamiento.
- Entregar formas nuevas anualmente si la condición de salud continúa o informar a la escuela que la condición de salud ya no existe.

Firma/Padreo Tutor _____ Fecha _____

Provider Information/Consent (Provider only needs to sign if student has medication to be given at school) Información del Proveedor de Servicios Médicos/Permiso (El proveedor sólo necesita firmar si el estudiante tiene medicamentos que deban tomarse en la escuela).

Nombre del proveedor _____ Nombre de la Clínica _____

Número de tel. _____ Número de Fax _____

Dirección _____

Firma del Proveedor _____ Fecha _____

**Note to Health Care Provider - This document serves as medication and treatment orders. (Nota para el Proveedor Médico - Este documento sirve como las órdenes que deben de seguirse para la administración de medicamentos y el tratamiento.)*