

<b>Plan de Salud Individualizado/Plan de Acción de Emergencia</b>			Año escolar:	Foto
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>				
Estudiante:	Fecha de	Grado:	Escuela:	
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:	
Médico:	Teléfono:		Fax or email:	
Enfermera escolar:	Teléfono de la escuela:		Fax or email:	
<b>BREVE HISTORIA MÉDICA</b>				
Estado de referencia: (¿Saludable? ¿Inmunidad disminuida?)				
<input type="checkbox"/> Alergia/anafilaxia a: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				
<b>Padre:</b> complete la sección anterior, lea y firme a continuación, obtenga la firma del proveedor de atención médica y devuélvala a la enfermera de la escuela. No se pueden hacer adaptaciones hasta que el IHP/EAP firmado, la orden de medicación o el IEP/Plan de la Sección 504 estén archivados en la escuela.				
Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta información con la enfermera de la escuela para completar este plan. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermera escolar de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante, atención u orden de medicación. Los padres/tutores son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios.				
Firma del padre:			Fecha:	
<b>PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b>				
<i>Si usted observa esto</i>		<i>Haz esto</i>		
<b>PROTOCOLO DE EMERGENCIA</b>	<b>Comportamiento esperado después del evento</b>		<b>Seguimiento</b>	
<input type="checkbox"/> Llame al 911 <input type="checkbox"/> Transporte a: <input type="checkbox"/> Llamar a los padres o contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos de emergencia <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dormido, difícil de despertar <input type="checkbox"/> Respiración regular <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		Documento Llame a la enfermera de la escuela Otro:	
<b>CONSIDERACIONES ESPECIALES</b>				
Necesidades especiales de atención médica: (Problemas que debemos tratar en la escuela: ¿Alimentación? ¿Oxígeno? ¿Problemas respiratorios?)				
Consideraciones y precauciones especiales:				
Transporte: ¿Se requiere cuidado especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:				

**MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA O DE RESCATE**

Si se ordenan medicamentos, **debe** presentar una autorización de medicamentos por separado completada con la firma del padre y del proveedor de atención médica. **Este formulario por sí solo no es una autorización de medicamento válida.**

Persona que administrará el medicamento de rescate:  Enfermera escolar  Padre  EMS  Voluntario(s)

Medicamento	Dosis	Ruta	Horario	Efectos Secundarios

Ubicación del medicamento de rescate:

**MEDICAMENTOS RUTINARIOS (ver declaración anterior)**

Persona que administrará los medicamentos rutinarios en la escuela:  Enfermera escolar  Personal escolar (especifique):

Medicación	¿Tomado en casa o en la escuela?	Dosis	Rut a	Horari o	Efectos Secundarios

Ubicación del medicamento de rescate:

**ENFERMERA ESCOLAR**

Plan de atención médica individualizado/Plan de atención de emergencia (este formulario) distribuido al personal que “necesita saber”:

Recepción/administrador  Maestro(s)  Transporte  Otro (especifique):

Firma de la enfermera:	Fecha:
------------------------	--------

Addendum: