

PLAN DE SALUD INDIVIDUAL PARA ENFERMEDADES CARDIACAS

(Formulario para ser llenado por los Padres/Tutores legales)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESCUELA: _____

GRADO: _____ MAESTRO(A): _____ AÑO ESCOLAR: _____

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

CARDIÓLOGO: _____ TELÉFONO: _____

¿Cuál es el nombre de la enfermedad cardíaca de su hijo(a)?

Por favor describa la enfermedad cardíaca de su hijo(a):

¿Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía(s) para esta condición médica? De ser así, por favor descríbalos:

¿Su hijo(a) toma medicamento todos los días en su casa para esta condición médica? Sí No ¿ De ser así, cual es el nombre del medicamento(s)?

¿Su hijo(a) tiene un medicamento recetado por un doctor para esta condición médica que se deba dar en la escuela, este medicamento se encuentra en la escuela? Sí No

¿Su hijo(a) tiene un marcapasos? Sí No

¿Su hijo(a) ha necesitado ser atendido(a) en la sala de emergencias por esta condición médica durante los pasados 12 meses?
 Sí No De ser así, por favor explique:

En el caso de que no podamos comunicarnos con usted, por favor enliste el/los nombre(s) y el número(s) de teléfono de las personas que sepan sobre la condición médica de su hijo(a) y sepan cómo manejar una condición. *Por favor incluya también a esta persona en la lista de personas que puedan recoger a su hijo(a) en caso de que su hijo tenga que ser recogido de la escuela a causa de su condición.*

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Hay algo más que le gustaria que el personal de la escuela supiera sobre la condición médica de su hijo(a)?

POR FAVOR, SEPA QUE: Le recomendamos que hable con el doctor de su hijo(a) para saber si le recomienda tener un Plan de Acción en caso de Emergencia. Por favor lea la parte posterior de este formulario para saber los pasos que el personal de la escuela puede realizar en el caso de una emergencia médica. Estos pasos se llevarán a cabo si su hijo(a) no tiene en la escuela un Plan de Acción en caso de Emergencia para esta condición médica.

Doy mi autorización para que mi hijo(a), _____, reciba atención medica por el personal de la escuela para la condición medica mencionada acá arriba

La enfermera de la escuela puede compartir información con el doctor de mi hijo(a) con respecto a esta condición médica mencionada anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA: _____ FECHA: _____

PLAN DE SALUD INDIVIDUAL PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Aviso: Si el/la estudiante tiene también un Plan de Acción en Caso de Emergencia (EAP) para esta condición médica, por favor revise el EAP para saber las acciones que la escuela debería tomar en este caso. De lo contrario, siga los siguientes pasos:

Este estudiante tiene un EAP: Sí No

Síntomas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo acelerado del corazón | <input type="checkbox"/> Dolor o malestar en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Falta excesiva del aire |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Fatiga inusual |
| <input type="checkbox"/> Sensación de aturdimiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Intervenciones:

1. Manténgase con el/la estudiante; el/la estudiante no debería moverse de su ubicación o ser dejado solo(a).
2. Permita que el/la estudiante descanse y pídale que tome líquidos.
3. Llame al 911 si no puede despertar al estudiante. Avísele a la recepción para que puedan dirigir a los trabajadores de EMS a la ubicación del estudiante.
4. Llame o use la radio para buscar ayuda si es necesario. El miembro del personal designado para ser el primero en intervenir debería asistir a la ubicación del estudiante y traer consigo cualquier equipo de emergencia que se necesite como un AED:
5. Avíseles a los padres/tutores legales, o asigne a otro miembro del personal para que les avise:

Nombre del Padre/madre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Nombre de la persona de contacto: _____ Teléfono: _____

6. Avísele a la enfermera de la escuela en caso de que se encuentre en el edificio. Si la enfermera no está presente, avísele cuando vuelva o a través de otro medio de comunicación.

Información adicional:
