

PLAN INDIVIDUAL DE SALUD: _____

(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: _____

DOCTOR ESPECIALISTA: _____ TELÉFONO: _____

¿Como se llama la condición médica de su hijo(a)?

Por favor describa la condición medica de su hijo(a):

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

¿Su hijo(a) toma medicamentos todos los días en su casa para esta condición medica? Si No De ser así, ¿cuál 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? Si No

¿Su hijo(a) ha necesitado tratamiento en la sala de emergencias para esta condición médica durante los pasados 12 meses? Si 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 tengan conocimiento del cuidado de esta 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 médica.*

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

¿Hay algo más que le gustaría 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.

Doy mi autorización para que mi hijo(a), _____, reciba atención médica por el personal de la escuela para la condición médica 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: _____