



Año escolar: \_\_\_\_\_

### PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Pasajero del autobús:  Sí  No Autobús #: AM \_\_\_ PM \_\_\_

Información de emergencia	
Nombre del Padre/Tutor: _____	
Número de teléfono principal: _____	Otro: _____
Nombre del médico: _____	Número de teléfono: _____
Contacto de emergencia:	
1. _____	Teléfono: _____
2. _____	Teléfono _____
Condiciones médicas (lista): _____	
Órdenes médicas del doctor proporcionadas a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Sonda de gastrostomía <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> EpiPen	
<input type="checkbox"/> Otros _____	
Medicamentos de emergencia que se deben administrar (los medicamentos administrados en la escuela requieren un formulario de autorización de medicamentos): _____	
Detalles de la condición (antecedentes/síntomas/causas): _____ _____ _____ _____	
Tratamiento en la escuela / Acciones a tomar: _____ _____ _____ _____	
Comentarios adicionales: _____ _____	



REVISADO POR: \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Fecha



Año escolar: \_\_\_\_\_

Esta información se distribuirá al personal escolar apropiado según sea necesario y puede incluir conductores de autobús, maestros sustitutos, personal de la cafetería y otras personas que trabajan con su estudiante a diario.

Yo, el padre/tutor abajo firmante de \_\_\_\_\_, **autorizo a una enfermera escolar o a un "miembro del personal capacitado"** a administrar medicamentos o tratamientos a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones del médico o el plan de manejo médico. Yo doy permiso a la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud calificado para colaborar con el médico/proveedor de atención médica de mi hijo(a) según sea necesario. Estoy de acuerdo en proporcionar todo el equipo, suministros, medicamentos u otros artículos necesarios para brindar la atención adecuada a mi estudiante. Estoy de acuerdo en notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el estado del estudiante o en las órdenes del médico. La Enfermera de la escuela se reserva el derecho de monitorear al estudiante periódicamente durante todo el año.

Yo, el padre/tutor estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado dentro de las dos semanas posteriores al último día de clases, o será destruido. La enfermera escolar no siempre está en el edificio y capacita al personal no médico de la escuela para administrar medicamentos (de rutina y de emergencia) y para ayudar con el tratamiento médico como se describe en el plan de acción de emergencia de su estudiante. Además, el abajo firmante se compromete a absolver de responsabilidad al personal de la escuela por cualquier lesión que resulte de la atención de emergencia, a menos que la lesión haya sido causada por la negligencia del personal capacitado.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE ENFERMERÍA**

<input type="checkbox"/> Copia del Maestro	<input type="checkbox"/> Copia de la Cafetería	<input type="checkbox"/> Libro de Medicinas/ Copia Acumulativa
<input type="checkbox"/> Transporte		

REVISADO POR: \_\_\_\_\_  
Enfermera Fecha