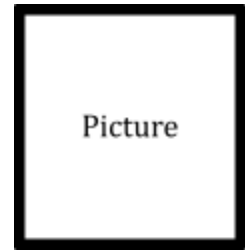




**Distrito escolar conjunto de Neenah
410 S Commercial St.
Neenah, WI 54956**



Manejo de salud y plan de emergencia

Estudiante _____ Fecha _____ Grado _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/a _____

Dirección _____ Padre/Guardian _____

Ciudad _____ Código postal _____ Tel. del hogar _____

Contactos de emergencia:

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Sección 1: Información de salud

Diagnóstico médico/preocupación de salud: _____

Describe que acción(es) deben de tomarse para manejar la condición de salud en la escuela: _____

Describe qué acción(es) deben de tomarse en una situación de emergencia(de ser aplicable): _____

Sección 2: Medicamentos

¿Su hijo/a va a necesitar medicamento(s) en la escuela para la condición de salud mencionada arriba? Yes No

√ si es un medicamento de emergencia	Medicamento	Dosis	Hora	Comentarios	Fecha de expiración

*Todo medicamento sin receta debe de estar en su envase original.

*Todo medicamento recetado debe de estar en una caja/botella de farmacia correctamente etiquetada.

Sección 3: Información del hospital

Si uno de los padres/guardianes o contacto de emergencia no puede ser alcanzado, yo autorizo al personal de la escuela a llamar al 911 y a transportar a mi hijo/a al hospital _____ para cuidado médico.

Consentimiento de los padres para manejar una condición de salud mientras en la escuela u otras actividades relacionadas con la escuela

Yo, el padre/la madre/guardián del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción sea usado para guiar el cuidado de mi hijo/a en caso de una emergencia de atención médica. Yo estoy de acuerdo a:

- Proveer los materiales y equipo necesario.
- Notificar 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 y completar nuevos consentimientos para cambios en las órdenes del proveedor de salud del estudiante.
- Autorizar a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de cabecera o especialista de mi hijo/a acerca de la condición de salud de mi hijo/a según sea necesario.
- Personal de la escuela directamente interactuando con mi hijo/a puede ser informado sobre su plan de cuidado de salud.
- Someter nuevos formularios anualmente si la condición de salud todavía existe o informar a la escuela que la condición ya no existe.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____

Información del médico

Imprima el nombre del proveedor _____

Nombre de la clínica _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Dirección _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____