

| | | |
|------------------------------------|------------------|------------------|
| Estudiante: | Grado: | |
| Fecha de nacimiento/edad: | Años: | |
| Padre o Tutor #1: | Relación: | Teléfono: |
| Padre o Tutor #2: | Relación: | Teléfono: |
| Contacto de Emergencias #1: | Relación: | Teléfono: |
| Contacto de Emergencias #2: | Relación: | Teléfono: |
| Médico: | Teléfono: | |

Diagnóstico o Enfermedad:

| |
|--|
| |
|--|

Medicamentos que se Toman para la Enfermedad:

| Nombre | Vía | Dosis | Frecuencia |
|--------|-----|-------|------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

¿Se debe administrar alguno de los medicamentos anteriores en la escuela? Sí No

La enfermera de la escuela o un profesional no sanitario puede administrar el tratamiento indicado para la escuela, según lo recetado por el médico. Los procedimientos de enfermería o de atención de salud especial que deban realizarse durante el horario escolar se llevarán a cabo una vez se reciba este formulario completado junto con cualquier equipo especial que se necesite..

Procedimiento Específico:

| |
|--|
| |
|--|

Método de Administración:

| |
|--|
| |
|--|

Precauciones y Reacciones Adversas:

| |
|--|
| |
|--|

Destino del Estudiante Después del Procedimiento (Descanso, Aula, Hogar, etc.)

| |
|--|
| |
|--|

Síntomas que Exigen una Respuesta de Emergencia(9-1-1, Después Padres y Médico):

| |
|--|
| |
|--|

Síntomas que Exigen la Notificación a los Padres:

| |
|--|
| |
|--|

Permisos/Aprobación:

- Autorizo a la enfermera de la escuela para que se comuniquen con el médico con el fin de que se revele información sobre la enfermedad de mi hijo, al personal escolar correspondiente. Entiendo que esta información se proporcionará en caso de una emergencia..
- El (Los) suscrito (suscritos) padre (s) o tutor (es) del niño anteriormente mencionado, da (damos) la aprobación para que los procedimientos ya mencionados le sean administrados a mi (nuestro) hijo por el personal de EMSISD.

| | |
|--|---------------|
| Firma del Médico: | Fecha: |
| Firma del Padre o Tutor: | Fecha: |
| Firma de la Enfermera Regostrada: | Fecha: |