



Distrito Escolar de Little Chute

Servicios de Salud

Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera de la Escuela 788-7600 x2116
 Salli Steller (Secundaria/Preparatoria) 788-7600 x2102 Fax: 788-7841
 Mandi Kunst, LPN (Primaria) 788-7610 x6152 Fax: 788-7847

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
Escuela:	Grado:	Camion Escolar: Si No

Condición de Salud: Respiratoria - Cuidado de Emergencia para el Diagnóstico de:

_____ Asthma - Leve Moderada Severa
 _____ Other (describir) _____

Plan de Emergencia: Es necesaria la acción de emergencia cuando el/la estudiante presente los siguientes síntomas:

Pasos a seguir durante una emergencia respiratoria: ¡POR FAVOR NO DEJE AL ESTUDIANTE SIN SUPERVISIÓN!

1. Con calma, instruya al estudiante a tomar respiraciones profundas.
2. Administre el medicamento como se indica abajo. El/la estudiante deberá responder al tratamiento en 15 - 20 minutos.
 - _____ Tienen el medicamento en la oficina de la escuela.
 - _____ El/la estudiante tiene su inhalador con el/ella en la escuela.
 - _____ No tenemos su medicamento en la escuela..
3. Contactar a los padres si: _____
4. Buscar ayuda médica de emergencia si el/la estudiante tiene cualquiera de los siguientes síntomas:
 - a. Tos constante
 - b. No hay mejoría después de 15 - 20 minutos de que se le administró el tratamiento inicial con el medicamento y no se ha podido contactar a los padres o familiar.
 - c. Tiene dificultad para respirar y:
 - i. el pecho y el cuello se ven apretados al respirar
 - ii. esta luchando para respirar
 - iii. las fosas nasales se le ensancharon
 - iv. tiene una postura del cuerpo encorvada
 - v. la respiración se le dificulta y es rápida
 - vi. se le marcan las costillas al respirar
 - d. No puede caminar o hablar
 - e. Deja de jugar y no puede resumir la actividad
 - f. Los labios o dedos se le ponen grises o azules
 - g. El/la estudiante no tiene un inhalador a su disposición en la escuela/actividad

Medicamentos de Emergencia:

Nombre:	Dosis:	Cuando se debe utilizar:

Información de Contacto de Emergencia de los Padres:

Orden en el que será contactado:	Nombre:	Parentesco con el/la estudiante:	Telefono:
1			
2			
3			

***Nota:** Favor de actualizar a nuestro equipo de servicios de salud durante el año escolar si hay algún cambio en los contactos de emergencia y números de teléfono.

Por favor indique las cosas que pudieran iniciar una emergencia respiratoria: (ej. animales, cambios de temperatura, etc.) _____

Por favor indique cualquier medida de control ambiental, medicamentos y/o restricciones dietéticas que él/la estudiante necesita para prevenir un episodio de emergencia:

Plan de Medicamento Diario:

Nombre:	Dosis:	Cuando se debe administrar:

PARA QUE EL MÉDICO COMPLETE: Nombre del Médico: _____ Telefono: _____

Diagnosis: _____

Nombre del Medicamento: _____

Forma: _____

Dosis: _____

¿Tiene el/la estudiante conocimiento sobre su medicamento?: _____ Si _____ No

¿Ha demostrado el/la estudiante la técnica apropiada para administrarse el medicamento? _____ Si _____ No

El Medicamento se Administra Diario
_____ Si _____ No

Si respondió que si, a que hora?: _____

El medicamento se administra cuando es necesario. Indicaciones: _____

Si es necesario, ¿que tan pronto se le puede volver a administrar el medicamento?

El medicamento no se puede volver a administrar más de: _____

Efectos secundarios: _____

Firma del Médico: _____

Fecha: _____

Para que el padre complete: ¿esta autorizado(a) su hijo(a) para tener consigo y administrarse a sí mismo(a) su inhalador?
Si _____ No _____

Consentimiento para administrar medicamento: Por la presente, doy permiso al personal escolar capacitado designado para que le dé medicamentos a mi hijo(a) durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar en asuntos escolares oficiales, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico como se muestran en este formulario. Por la presente, también doy mi permiso a la enfermera de la escuela y / o al personal de la escuela para que se comuniquen con el médico de mi hijo(a) si es necesario. Por la presente, doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de clase sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos del medicamento. Además, acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y a sus empleados al administrar el medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela cuando se termine ésta prescripción o cuando sea necesario algún cambio en las órdenes anteriores. Si se permite la autoadministración, o si no hay un miembro del personal autorizado disponible, solicito que mi hijo(a) pueda automedicarse según lo autorice mi médico y yo. Entiendo que, como padre / tutor, soy responsable de asegurar que mi hijo(a) tenga a su disposición medicamentos de rescate de respaldo después del horario escolar y que él/ella los transporten hacia / desde y durante eventos patrocinados por la escuela.

La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y / o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Al firmar, usted acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo(a) y que el plan de salud es correcto y / o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para corregir el plan.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Rev 05/2020, white

Iniciales del/la Director(a): _____