



SE DEBE MANTENER EN REGISTRO PERMANENTE. NO DESTRUYA.

Plan de atención médica escolar

Nombre del Estudiante: _____ FDN: _____

Entendemos que su hijo tiene _____
Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela. Si su hijo (a) necesita medicamentos en la escuela, debemos tener un formulario de autorización de medicamentos completo. Es su responsabilidad de informar al personal del programa después de la escuela con respecto a las necesidades médicas de su hijo (a). Este Plan de Atención se mantendrá en el archivo de su estudiante. Si se necesario hacer algun cambio en este Plan de Atención, por favor notifique a su Enfermera Escolar.

Enfermera Escolar _____

Teléfono _____

Describa el estado de salud de su hijo (a) y/o cualquier síntoma relacionado:

Medicamentos actuales:

¿Existen instrucciones especiales o restricciones relacionadas con esta condición?

Nombre del proveedor de atención médica _____

Teléfono: _____

¿Su hijo ha sido atendido por el proveedor de atención médica para esta condición en los últimos 12 meses?

Sí ___ No ___ ¿Hospitalizado? Sí No ___

Cualquier otra información que pueda ser útil para la escuela:

Si en alguna fecha futura alguna de esta información cambia, por favor notifique a la escuela. Por favor, firme a continuación, indicando su consentimiento para que yo me comunique con el proveedor de atención médica de su hijo.

Firma del Padre y/o Tutor _____ Fecha _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

Fecha en que se completo y firmo _____

Los maestros son responsables de establecer unos medios de notificar a todos los demás que puedan asumir responsabilidad para este estudiante (asistentes de maestros, maestros substitutos, maestros de especialidad), de que este plan existe.

SHCP R 11/10 Reviewed 7/19.Eng. Revised 6/21

PEC APP 11/10; Rev 6/21