

**PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE CONDICIONES MÉDICAS AÑO ESCOLAR
2024-2025 CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE GREENFIELD CENTRAL**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONTACTOS EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre

Parentesco

Teléfono

1. _____

2. _____

**EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE
COMPLETAR ESTA PARTE**

Este estudiante tiene la siguiente afección médica que puede requerir una respuesta rápida por parte del personal de la escuela:

Debido a esta afección, el estudiante puede exhibir o experimentar los siguientes

síntomas: _____

Si el estudiante sufre alguno de los síntomas antes enumerados, siga las instrucciones que figuran a continuación (los medicamentos requieren que se complete el formulario 5330F1):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Esta afección médica pone en peligro la vida si:

Llame al 911 de inmediato si el estudiante experimenta alguno de los síntomas potencialmente mortales antes enumerados y notifique a los padres.

Comentarios/instrucciones especiales:

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del

proveedor de atención médica: _____ Número de teléfono: _____

****ESTE FORMULARIO TIENE 2 CARAS, SE DEBEN LLENAR AMBAS PARA QUE EL PLAN
PUEDA IMPLEMENTARSE.****

EL PADRE/MADRE/TUTOR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Además de las instrucciones anteriores del proveedor de atención médica (Health Care Provider, HCP), deseo comunicar la siguiente información al personal escolar en relación con mi estudiante:

Como padre/madre/tutor de un estudiante con una afección médica, entiendo que debo informar sobre esta a los conductores de autobuses, entrenadores, patrocinadores extracurriculares, tutores, etc.

Estoy de acuerdo y deseo implementar este plan de atención de emergencia para mi estudiante. Mi estudiante entiende la importancia de informar los síntomas de inmediato al asistente médico de la escuela.

Por el presente doy permiso para el intercambio de información médica entre enfermeros escolares, asistentes médicos, director escolar y proveedor de atención médica ante mencionado. También doy permiso para que el personal de la clínica comparta esta información médica con el personal escolar, según sea necesario, para ayudar a proteger la seguridad y el bienestar de mi estudiante.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

EL PERSONAL ESCOLAR DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Fecha en que el personal de la clínica recibió el Plan de Atención de Emergencia (Emergency Care Plan, ECP): _____

ECP revisado por el personal de la clínica y alerta médica de PowerSchool actualizada si es necesario:

Fecha Firma

ECP revisado por el enfermero de la corporación:

Fecha Firma

Notas del personal de la clínica sobre este plan (si es necesario):