



Servicios Estudiantiles

Plan de Acción para el Cuidado de la Salud – Básico

Por favor regresar el formulario a: _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Escuela</div> <div style="text-align: right;">Fax</div>
--

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

de identificación: _____ Grado: _____ Padre/Tutor legal: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: (madre) _____ (padre) _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Profesional del cuidado de la salud: _____ Teléfono: _____

Médico especialista: _____ Teléfono: _____

Descripción de la enfermedad o problema de salud: _____

Medicaciones/Dosis/Hora: _____

Restricciones físicas: _____

Preocupaciones/Medida(s) urgente(s): _____

Comentarios: _____

Doy mi permiso para que la información que este Plan de Acción para el Cuidado de la Salud (*HCAP*, por sus siglas en inglés) contiene se dé a conocer a los adultos de la escuela que trabajen con mi hijo/a, los cuales necesitan estar informados acerca de esta condición. Este *HCAP* estará vigente durante un año o hasta que cambie el estado de salud o las órdenes del profesional del cuidado de la salud. Es responsabilidad del padre o tutor legal notificar a la enfermera escolar cuando haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermera escolar	Fecha	Padre de familia/Tutor legal	Fecha	Profesional del cuidado de la salud	Fecha