

Escuelas Públicas de Owatonna Plan de Atención Cardíaca

Entendemos que su hijo tiene una condición cardíaca identificado como _____ lo cual puede requerir cuidado u medicamento de emergencia. Con el fin de planificar el cuidado de su hijo, necesitamos la siguiente información. Por favor, hable con su médico y con el niño para que todos entiendan y estén de acuerdo sobre lo que ocurrirá en caso de una emergencia. **Si al criterio del personal de la escuela, existe una emergencia médica, se llamará al 911.**

Información Estudiantil

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Grado: _____ Maestro/a principal / numero salón: _____

Describir Estado (por ejemplo, los síntomas de la aparición): _____

Información de Emergencia

Nombre de Padre/Tutor (s'): _____
Madre: Teléfono (casa): _____ (cell) _____
Padre: Teléfono (casa): _____ (cell) _____
Nombre de su Medico: _____ Teléfono: _____

En caso de una emergencia, póngase en contacto con:

1. _____ Teléfono: _____
2. _____ Teléfono: _____
3. _____ Teléfono: _____

Plan de Emergencia

Enumere los pasos a seguir en caso de una emergencia; las medidas pueden incluir como; administración de medicamentos prescritos, llamar al 911, u llamar a los padres.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Tenga en cuenta, que si el medicamento se debe dar, debe ir acompañado de una orden de los médicos y el consentimiento de los padres - ver la forma adjunta "Solicitud de Autorización de Medicamentos".

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Examinado por la Oficina de Salud: _____ Fecha: _____