



SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

2022-2023 Año escolar

Estimado Padre / Tutor,

Mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela sigue siendo el objetivo del Departamento de Enfermería del Distrito Escolar de San Mateo-Foster City. Si bien los estudiantes continúan trabajando en el aprendizaje a distancia por ahora, estamos planeando con anticipación para un momento en el que volverán a recibir instrucción en persona en la escuela.

Apoyar a los estudiantes diagnosticados con trastornos convulsivos sigue siendo una prioridad y agradecemos su ayuda para ayudarnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse un momento para revisar el paquete de convulsiones adjunto.

Solicite al equipo médico de su hijo que complete y devuelva el paquete de convulsiones adjunto. Además, asegúrese de incluir las órdenes médicas más recientes de su hijo y devuelva su documentación lo antes posible.

Gracias por su ayuda y avíseme si tiene alguna pregunta.

Espero trabajar con ustedes este año.

Sinceramente,
Catherine Le

Catherine Le, RN
El Departamento de Enfermería de SM-FC
Student Services
1170 Chess Drive
Foster City, California 94404
Tel: 650-312-7295
Fax: 650-655-3394
Cle@smfc.k12.ca.us



1170 Chess Drive
Foster City, California 94404
650.312.7700 Tel
650.312.7779 Fax
www.smfcisd.net

Board of Trustees
Kenneth Chin, Noelia Corzo, Alison Proctor, Shara Watkins,
Superintendent
Diego R. Ochoa

DISTRITO ESCOLAR DE SAN MATEO Y FOSTER CITY

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Información del Estudiante/ Padres

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Dirección de la Casa: _____

Información para ser Liberada de: _____

Agencia/Persona: _____

Dirección : _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Información para ser Liberada a y Usada por:

Agencia: Distrito Escolar de San Mateo y Foster City Atención: _____

Dirección : _____

Teléfono : _____ Fax: _____

Propósito de la Información Requerida

- Liberación de información de salud a pedido del padre/ madre, tutor o representante legal del estudiante
- Plan educacional y servicios provistos al estudiante
- Otro: _____

Documentos: Marque el casillero, inicie y/ o firme para especificar que tipo de información se puede revelar.

- | | | | |
|---|-----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> RESUMEN MÉDICO | _____ (inicial) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> EXAMEN FÍSICO | | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS PSIQUIÁTRICOS | | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> PRUEBAS DE VACUNAS | | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> RESULTADOS/PRUEBAS LAB/ RAYOS X | | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> INTERCAMBIO VERBAL | | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> OTRA INFORMACIÓN DE SALUD | | _____ | _____ |
| | | Firma | Fecha |

Especifique los documentos a revelar: _____

DURACIÓN: Esta autorización debe de ser efectiva inmediatamente y deberá de permanecer en efecto por un año a la fecha de la firma a no ser que se especifique otra fecha aquí _____ (Fecha)

REVOCACIÓN: Esta autorización también está sujeta en cualquier momento a una revocación escrita por el padre, madre o tutor. La revocación escrita será efectiva cuando se recibe, excepto en la medida en que la parte reveladora u otros han actuado confiando en esta autorización.

VOLVER A REVELAR: Entiendo que el destinatario no podrá legalmente usar o revelar luego la información de salud a no ser, que se obtenga otra autorización mía o a no ser que ese uso o revelación esté específicamente requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original. El padre, madre o tutor tiene el derecho a una copia de esta autorización

Firma
Rev. 7/2022

Fecha

FORMULARIO DE PROTOCOLO E INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN

Escuela _____ maestro(a) _____ año escolar _____
Nombre del estudiante _____ fecha de nacimiento _____
Tipo de convulsión _____ duración _____ frecuencia _____
Síntomas de la convulsión _____
Fecha de la última convulsión _____ señales de advertencia/causa _____

***Por favor pídale al médico que receta el medicamento que proporcione la siguiente información:**

Medicamento _____ dosis _____ vía de administración _____
Instrucciones para la administración _____
Médico _____ dirección _____
Número de teléfono _____ fax _____
Firma del médico _____ fecha _____

Padre de familia/tutor(a) _____
Teléfono: _____ celular: _____
Contactos de Emergencia _____
Teléfono _____ celular _____
Firma del padre de familia/tutor(a) _____
Fecha _____

Clinical Stamp Here

Protocolos escolares:

1. Reposar al estudiante en el suelo, protegiendo al alumno(a) de cualquier objeto afilado. Los estudiantes en sillas de ruedas deben de permanecer en sus sillas.
2. NO coloque nada en la boca del alumno(a).
3. Si es posible, colocar de manera segura al estudiante de lado para mantener las vías respiratorias abiertas y para drenar las secreciones.
4. Anotar el tiempo. Observar y registrar como transcurre y su duración.
5. Revisar el color de la piel y monitorear la respiración a lo largo de la convulsión.
6. Llame al padre de familia/tutor(a) y a la enfermera del distrito para informarles a ellos sobre la convulsión.

SE LLAMARÁ AL 911 SI:

1. El estudiante está herido o es diabético.
2. La convulsión continúa después de cinco minutos o se presenta un conjunto de convulsiones repetitivas sin recuperar la consciencia.
3. En cualquier momento durante la convulsión, el estudiante se pone azul o tiene dificultad para respirar.
4. El personal escolar determina que el alumno(a) está en peligro.
5. El personal de la escuela llamará al padre de familia/tutor(a), a la oficina principal y a la enfermera del distrito.
6. El personal escolar seguirá al estudiante si es llevado al hospital en ambulancia.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro _____ Grado: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA): _____

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIFICACIÓN: _____ Hora: _____ Vía de Administración: _____

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE _____

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: _____

Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presenta durante la administración del medicamento.

FECHA: _____ DOCTOR: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: _____

Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: _____



AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La sección 49423 del Código Educativo de California permite que la enfermera de la escuela u otro miembro designado del personal escolar ayude a los estudiantes que necesitan tomar medicamentos durante el día escolar, siempre y cuando se otorgue la autorización apropiada.

“Medicamento” incluye medicamento recetado, medicamento sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopático / a base de hierbas. Los padres son responsables por entregar todos los medicamentos y materiales y equipo necesarios para administrar el medicamento. Ningún medicamento, incluyendo aquellos sin receta, será administrado sin una receta médica. La receta debe estar al día y el medicamento debe entregarse en su envase original o en el envase con la etiqueta de la farmacia (pida al farmacéutico que divida el medicamento en dos envases completamente etiquetados: uno para la casa y uno para la escuela). El medicamento debe haber sido recetado al estudiante que lo va a tomar y todos los envases de medicamentos deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre de medicamento y las instrucciones para su uso.

Por medio de la presente autorizo y pido que el personal escolar asignado ayude a mi niño a tomar el medicamento recetado por un médico, (incluyendo medicinas que se obtienen sin receta, suplementos de nutrición y remedios homeopáticos / a base de hierbas) según lo recetado por el proveedor de salud del niño. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad al Distrito y sus empleados y contratistas de cualquier reclamo y demanda, causas de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo a causa u originada por actos u omisiones con respecto a este medicamento y estoy de acuerdo a indemnizar a cada uno de ellos en cuanto a cualquier veredicto o reclamo hecho en contra de ellos a resultado de este acuerdo de administración de medicamentos. Yo entiendo que mi niño no puede tener o tomar medicina en la escuela a menos que se cumpla con todos los requisitos. Doy consentimiento a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de salud de mi hijo y aconsejar al personal de la escuela según se necesite en cuanto a este medicamento.

M/F	
Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta)	SEXO Fecha de Nacimiento

He leído y entiendo la autorización y liberación. Yo notificaré a la escuela inmediatamente si hay cualquier cambio en el medicamento que mi niño está tomando en la escuela. Yo entiendo que esta autorización es vigente por un máximo de un año escolar, y el Distrito requerirá una autorización nueva al principio de cada año escolar o si ocurren cambios en la receta.

Firma del Padre o Tutor

Fecha