



Servicios Estudiantiles

# Plan de Acción para el Cuidado de la Salud – Básico

Por favor regresar el formulario a: \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_