



Servicios Estudiantiles

Plan de Acción para el Cuidado de la Salud - Migrañas

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: _____

Diagnóstico: Migrañas/Dolores de cabeza

Historial breve de salud (incluir la edad cuando se iniciaron las migrañas, aura o síntomas de la fase inicial en la evolución de dichas migrañas, si ocurre náusea o vómito, cambios visuales, etc.): _____

Medicaciones/Dosis/Frecuencia: _____

La medicación se debe tomar al manifestarse los primeros síntomas.

Intervenciones:

1. Dejar que el estudiante descanse, preferiblemente en un cuarto tranquilo y oscuro, durante 20 minutos después de haber tomado la medicación, si se requiere.
2. Si la medicación no se toma tan pronto se necesite, y los síntomas persisten, notificar a los padres de familia.

Restricciones/Precauciones: _____

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 en el cuidado del estudiante.

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