

**READMISIÓN ESCOLAR DEL ESTUDIANTE  
CON PRECAUCIONES/RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES TEMPORALES**

**MÉDICO O PROVEEDOR ACREDITADO DE SERVICIOS DE SALUD**

**1. Información del estudiante**

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Número de identificación
Nombre de la escuela	Grado	Maestro/Salón

**2. Información del médico o del proveedor acreditado de servicios de salud**

El estudiante aquí mencionado está bajo mi cuidado. Es necesario que él/ella regrese a la escuela con precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a una lesión o enfermedad.

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fractura de hueso(s) | <input type="checkbox"/> Torcedura de articulación | <input type="checkbox"/> Torcedura muscular | <input type="checkbox"/> Cirugía    |
| <input type="checkbox"/> Ataque epiléptico    | <input type="checkbox"/> Insolación                | <input type="checkbox"/> Contusión cerebral | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Precauciones/recomendaciones/restricciones debido a una lesión o enfermedad \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

**a. Autorización para asistir a la escuela:**

- El estudiante tiene mi autorización para asistir a la escuela como se indica a continuación:
- |  |                                      |  |  |   |   |
|--|--------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enyesado        | <input type="checkbox"/> Muletas     | <input type="checkbox"/> Honda de brazo  | <input type="checkbox"/> Férula/faja                     | <input type="checkbox"/> Vendaje deportivo elástico | <input type="checkbox"/> Scooter para rodilla |
| <input type="checkbox"/> Andadera médica | <input type="checkbox"/> Bota médica | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Otro (describa por favor) _____ |   |   |

**b. Autorización para participar en el receso, Educación Física y/o atletismo extracurricular con:**

- |  |                                      |  |  |   |   |
|--|--------------------------------------|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enyesado        | <input type="checkbox"/> Muletas     | <input type="checkbox"/> Honda de brazo  | <input type="checkbox"/> Férula/faja                     | <input type="checkbox"/> Vendaje deportivo elástico | <input type="checkbox"/> Scooter para rodilla |
| <input type="checkbox"/> Andadera médica | <input type="checkbox"/> Bota médica | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Otro (describa por favor) _____ |   |   |
- El estudiante puede participar en actividades de recreo, bajo las precauciones descritas.
- El estudiante **no puede** participar en actividades de recreo.
- El estudiante puede participar en actividades físicas de la clase de Educación Física, bajo las precauciones descritas.
- El estudiante **no puede** participar en actividades físicas en la clase de Educación Física.
- El estudiante puede participar en actividades físicas de atletismo extracurricular, bajo las precauciones descritas.
- El estudiante **no puede** participar en actividades físicas de atletismo extracurricular.

Instrucciones especiales adicionales \_\_\_\_\_

Sello con el nombre y dirección del médico:

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono de su oficina

**PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL**

**3. Información de padre/madre/tutor legal**

Por favor consulte las Recomendaciones y Referencias legales al reverso de este formulario las cuales rigen el reingreso a la escuela con precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a una lesión o enfermedad.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que una enfermera escolar (o persona designada) se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo y asesore al personal escolar según sea necesario con respecto a la salud de mi hijo. Acepto, y por la presente absuelvo a la Agencia Educativa Local y a sus empleados de toda responsabilidad por cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido a, o que surja de, actos u omisiones con respecto a esta readmisión escolar con precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a una lesión, enfermedad o cirugía. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas del distrito relacionadas con la readmisión escolar con precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a una lesión, enfermedad o cirugía. Yo accedo a cumplir con el reglamento de la Agencia Educativa Local referente a la readmisión escolar con precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a una lesión, enfermedad o cirugía Agencia Educativa Local

Notificaré inmediatamente a la escuela si existe algún cambio en las precauciones/recomendaciones/restricciones temporales debido a la lesión o enfermedad de mi hijo.

Firma de padre/madre/tutor legal	Fecha	Teléfono de hogar/móvil	Teléfono del trabajo
----------------------------------	-------	-------------------------	----------------------

\_\_\_\_\_  
Nombre de padre/madre/tutor legal (letra de molde)

**4.**

Legal References: California Education Code section 49475

Original – Agencia Educativa Local

Copy – Parent or Legal Guardian

Copy – Physician or Licensed Health Care Provider

SFA 5110 Redactado 6/15/2021 \_\_\_\_\_

## **RECOMENDACIONES Y REQUISITOS PARA LA READMISIÓN ESCOLAR CON PRECAUCIONES/RECOMENDACIONES/RESTRICCIONES TEMPORALES**

### **1. Reingreso escolar después de haber sufrido lesión general o enfermedad**

- a. “Una lesión general o enfermedad incluye todas las lesiones o enfermedades en general, excepto una contusión cerebral o la sospecha de una contusión o un paro cardíaco súbito o la sospecha de un paro cardíaco súbito debido a la insolación sufrida durante una actividad atlética. (revisar la sección 2 a continuación, “Precauciones especiales para el manejo de las contusiones cerebrales, paros cardíacos súbitos e insolaciones sufridas por los atletas).
- b. Proveedor certificado de cuidados médicos (recorrido hacia arriba)
  - 1) Doctor Médico (MD) o Doctor de Osteopatía (DO)
  - 2) Enfermera practicante
  - 3) Asistente Médico
  - 4) Para los atletas que participan en los deportes de la Federación Inter-escolar de California (CIF), la CIF limita la evaluación de contusión cerebral o paro cardíaco súbito a un Doctor Médico (MD) o un Doctor de Osteopatía (DO). (Reglamento CIF 503)
- c. Estudiantes lesionados fuera de la escuela.
  - 1) Los estudiantes que lleguen a la escuela con enyesado, muletas, honda de brazo, férula/faja, vendaje deportivo elástico, scooter para rodilla, andadera médica, bota médica, silla de ruedas y no presenten documentación de un proveedor de cuidados médicos deben permanecer en la oficina de salud escolar hasta que se obtenga aclaración de su proveedor de cuidados médicos, después de haber obtenido la autorización de los padres/tutores legales.
  - 2) Los estudiantes que lleguen a la escuela con vendaje elástico deportivo y no presenten documentación de un proveedor de cuidados médicos, podrían no ser admitidos a participar en los recesos, las clases de Educación Física y/o el atletismo extracurricular a discreción de la enfermera certificada o el administrador escolar, o hasta que se obtenga aclaración de los padres/tutores legales y/o el proveedor de cuidados médicos.
- d. Un estudiante que sufra lesiones significativas o enfermedad, o se sospecha que haya sufrido una lesión significativa o enfermedad durante una actividad escolar (incluyendo entre otros a los recreos, la educación física, el atletismo, danza, banda marchante), debe ser excluido(a) inmediatamente de cualquier actividad por el resto del día, y no se le permitirá regresar a las actividades hasta que haya sido evaluado(a) por un proveedor acreditado de cuidados médicos.
  - 1) Fractura de hueso(s)
  - 2) Torcedura severa de las articulaciones
  - 3) Torcedura muscular
  - 4) Ataque epiléptico
  - 5) Agotamiento por el calor y/o infarto por el calor
  - 6) Lesiones a la cabeza/contusión (revisar el Manejo de contusiones cerebrales en atletas a continuación)
  - 7) Desmayos o quedar inconsciente (revisar Paro cardíaco súbito a continuación)
- e. No se permitirá que el estudiante regrese a la escuela y/o a las actividades hasta que se reciba una autorización por escrito de un proveedor acreditado de salud el cual contenga precauciones, recomendaciones y/o restricciones.
  - 1) Una nota escrita por el proveedor acreditado de cuidados médicos, o
  - 2) El Formulario de Readmisión Escolar del estudiante con precauciones/Recomendaciones/Restricciones temporales. (SFA 5110).

### **2. Precauciones especiales para el manejo de las contusiones cerebrales, paros cardíacos súbitos e insolaciones sufridas por los atletas.**

- a. Definición
  - 1) Contusión, lesiones a la cabeza o sospecha de contusión a la cabeza sufrida durante una actividad de atletismo.
  - 2) Paro cardíaco súbito, desmayo, o desfallecimiento durante o inmediatamente después de una actividad de atletismo.
  - 3) Insolación (requerido solamente por el atletismo CIF; pero recomendado para otros eventos de atletismo) durante o inmediatamente después de una actividad de atletismo.
- b. Cuando se sospecha que un atleta ha sufrido una de las lesiones o enfermedades mencionadas anteriormente durante una actividad atlética deberá ser excluido inmediatamente de la actividad por el resto del día, y no se le permitirá regresar a dicha actividad hasta que sea evaluado por un proveedor acreditado de atención médica, el cual actúe dentro del área de su práctica médica. No se permitirá que el atleta regrese a la actividad hasta que reciba autorización por escrito para regresar a dicha actividad de parte de ese proveedor de atención médica acreditado.
  - 1) La autorización por escrito para los atletas CIF se limita solo a Doctores Médicos (MD) o Doctores de Osteopatía (DO).
- c. Referencias: *Código de Educación de California*, sección 49475, sección 33479.5, Reglamento CIF 503.K.
- d. Para más información referente a las contusiones cerebrales y el paro cardíaco, consultar Las Mejores Prácticas de VCSSFA.
  - 1) <http://www.vcssfa.org/Risk-Management>