

San Mateo Union High School District

MEDICAL EMERGENCY INSTRUCTIONS / HEALTH CARE PLAN

Student: _____ DOB: _____ School Year: _____

PARENT/GUARDIAN INSTRUCTIONS: As parent/guardian of the above named student, in the event of any emergency, request and instruct the school to **immediately**, as appropriate to the situation:

- Notify Parent/Guardian _____
Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell/Pager (_____) _____
- Notify Parent/Guardian _____
Phones: Home (_____) _____ Work (_____) _____ Cell/Pager (_____) _____
- Notify doctor _____ Phone (_____) _____
- Transport to hospital (specify) _____

Other instructions:

(I) (We) the parent(s) or guardian(s) of the above-named student, hereby indemnify and hold harmless from any demands, actions, suits, or any liability of any nature or kind, any and all personnel, employees, and agents of said district who may act pursuant to the instruction of the child's physician.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

DATE

PHYSICIAN INSTRUCTIONS: The above named student is currently under my care for (medical condition):

Signs/symptoms indicating a medical emergency are:

Actions to be taken:

SIGNATURE OF PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER

DATE

**NAME & ADDRESS STAMP:
REQUIRED**

Phone (_____) _____ Fax (_____) _____ E-mail: _____

San Mateo Union High School District



Instrucciones A Seguir Ante Una Emergencia Médica/Plan De Salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

INSTRUCCIONES DEL PADRE/MADRE/TUTOR: Como padre/madre/tutor del estudiante mencionado arriba, en el caso de ocurrir una emergencia, pido y ordeno a la escuela que **inmediatamente**, y según lo requiera la situación:

- Dé aviso al padre/madre/tutor _____
 Números de teléfono: Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____
 Celular/buscapersonas (pager) (_____) _____
- Dé aviso al padre/madre/tutor _____
 Números de teléfono: Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____
 Celular/buscapersonas (pager) (_____) _____
- Dé aviso al médico _____ Teléfono (_____) _____
- Lleve a mi hijo(a) al hospital (especificar a cuál) _____
 Otras instrucciones: _____

Yo/nosotros, como padre/madre/padres o tutor(es) legal(es) del estudiante mencionado arriba, por el presente dejo (dejamos) indemne y a libero (liberamos) a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidad de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del médico de mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

PHYSICIAN INSTRUCTIONS: The above named student is currently under my care for (medical condition):

[El estudiante mencionado arriba actualmente está bajo mi cuidado a causa de (mencione la enfermedad/trastorno médico)]:

Signs/symptoms indicating a medical emergency are: (Los signos/síntomas que indican una emergencia médica son):

Actions to be taken: (Acciones/procedimientos que deben seguirse ante esa situación):

SIGNATURE OF PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER

DATE

**NAME & ADDRESS STAMP:
REQUIRED**

Phone (_____) _____ Fax (_____) _____ E-mail: _____

San Mateo Union High School District
Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, la medicina que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.

Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicinas o que las tome por sí solo.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Primer nombre

Nombre del médico/profesional médico _____ Domicilio _____ Teléfono _____
 ()

En cuanto a las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:

Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicinas en la escuela: Sí _____ No _____

Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a): Sí _____ No _____

Entiendo que las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por el presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

 Fecha Firma del padre/de la madre/del tutor legal Teléfono de la casa Teléfono de emergencia

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:

Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s): _____

Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s): _____

Form / Presentación: _____ **Dose & route / Dosis y vía de administración:** _____

If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s): _____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique: _____

How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?: _____

List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s): _____

Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication: Yes (Sí) _____ No (No) _____
 Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a):

If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel: Yes _____ No _____ N/A _____
 Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

Date: _____ **Signature of Authorized Health Care Provider:** _____

**Health Care Provider
 Address Stamp (required):**

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: _____
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

San Mateo Union High School District
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401
Domicilio/ciudad y estado/código postal

Sara Devaney, Health Services Manager
Persona de contacto en el distrito escolar

650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a: Información completa sobre la salud del estudiante o
 información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

RESTRICCIONES: Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

SUS DERECHOS: Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

APROBACIÓN:

Nombre (escriba, por favor)

Firma

Fecha

Parentesco con el paciente/estudiante

Código de área y número de teléfono