



DISTRITO ESCOLAR DE SAN MATEO – FOSTER CITY

Año escolar: 2024 – 2025

Querido padre/guardián,

El mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela continúa siendo el objetivo del departamento de enfermería del distrito escolar de San Mateo - Foster City. Nosotros apreciamos su ayuda al asistirnos en ese esfuerzo y estamos esperando ver a su estudiante en la escuela en agosto.

El apoyar a los estudiantes diagnosticados con desórdenes de convulsión continúa siendo una prioridad y apreciamos su ayuda en asistirnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse el tiempo para revisar el paquete de convulsión adjunto.

Favor de hacer que el equipo médico de su hijo complete y regrese el paquete de convulsión adjunto. También, asegúrese de incluir las órdenes más recientes del doctor de su hijo y regresar su papeleo tan pronto como le sea posible o para el 9 de agosto del 2024.

Gracias por su apoyo y favor de dejarme saber si tiene cualquier pregunta.

Espero trabajar con usted este año.

Sinceramente,

Servicios estudiantiles
Departamento de enfermería de SM – FC
1170 Chess Drive
Foster City, California 94404
Tel: 650 – 312 – 7250
Fax: 650 – 655 – 3394

1170 Chess Drive
Foster City, California 94404
650.312.7700 Tel
650.655.3394 Fax
www.smfcsd.net

Consejo de administración
Alison Proctor, LaTisa M. Brooks, Maggie Trinh, Gene Kim

Superintendente
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 PSIQUIATRICOS	Firma	Fecha
<input type="checkbox"/> PRUEBAS DE VACUNAS	Firma	Fecha
<input type="checkbox"/> RESULTADOS/PRUEBAS LAB/ RAYOS X	Firma	Fecha
<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 Fecha



DISTRITO ESCOLAR DE SAN MATEO – FOSTER CITY
1170 Chess Drive | Foster City, CA 94404
TELEFONO (650) 312 - 7700 FAX (650) 655 – 3387

FORMULARIO DE PROTOCOLO E INFORMACIÓN SOBRE LA CONVULSIÓN

Escuela _____ Maestro _____ Año escolar _____
Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Tipo de convulsión _____ Longitud _____ Frecuencia _____
Síntomas de la convulsión _____
Última convulsión _____ Señales de advertencia/Desencadenantes _____
Padre/Guardián _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Contactos de emergencia _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Firma del padre/guardián _____

****Favor de hacer que el médico que prescribe llene la información de abajo:***

Medicamento _____ Dosis _____ Ruta _____
Instrucciones de administración _____
Médico _____ Domicilio _____
Número telefónico _____ Fax _____
Firma del médico _____ Fecha _____

Fecha _____

Protocolos escolares:

1. Recostar al estudiante en el suelo. Proteger al estudiante de cualquier objeto afilado. Los estudiantes en sillas de rueda deben permanecer en sus sillas.
2. NO coloque nada dentro de la boca del estudiante.
3. De ser posible, colocar al estudiante de manera segura sobre su costado para mantener abiertas las vías respiratorias y para drenar secreciones.
4. Anotar el tiempo. Observar y registrar cómo se ve la convulsión y cuánto tiempo tarda.
5. Revisar el color de la piel y monitorear sus respiraciones a lo largo de la convulsión.
6. Llamar al padre/guardián y a las enfermeras del distrito para informarles sobre la convulsión.

****Estampa clinica aqui****

SE LLAMARÁ AL 911 SI:

1. El estudiante está herido, o es diabético
2. La convulsión continúa después de cinco minutos o un conjunto de convulsiones repetidas sin recobrar la consciencia
3. En cualquier momento durante la convulsión, el estudiante se pone azul o tiene dificultad para respirar
4. El personal escolar evalúa que el estudiante está en peligro
5. El personal escolar llamará al padre/guardián, la oficina principal y a la enfermera del distrito
6. El personal escolar seguirá al estudiante si es llevado por la 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 presente 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: una 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.

Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta) M/F _____
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