



UNION SCHOOL DISTRICT

(707) 765-4321 (707)765-4343 Fax

845 Crinella Drive, Petaluma, CA 94954-4450

Servicios de Salud

Estimado Padre o Tutor,

¡Bienvenido al Distrito Escolar Old Adobe Union!

Para preparar a su hijo para ingresar a la escuela por primera vez, hay varias evaluaciones de salud que deben completarse y presentarse en el momento de la inscripción. El paquete de inscripción para TK y Kindergarten incluye los siguientes formularios de salud que deben completarse:

- Registro de vacunación
- Formulario de Historial de Salud del Estudiante
- Informe de Examen de Salud para Ingreso a la Escuela o Exención
- Formulario de Evaluación de salud Bucal

Prueba de vacunas **completadas** deben proporcionarse antes del primer día de clases mostrando que **todos los requisitos han sido cumplidos**. Para ayudarlo a determinar si las vacunas de su hijo están completas, consulte la guía adjunta del Departamento de Salud Pública de California. Los estudiantes de TK están sujetos a los mismos requisitos de vacunación que los estudiantes de kindergarten. Tanto los estudiantes de TK como de kindergarten deben proporcionar documentación de vacunas completas o proporcionar una exención médica válida antes de la admisión el primer día de clases. Las escuelas de California deben verificar los registros de vacunación de todas las admisiones de nuevos estudiantes y determinar si el niño puede ser admitido.

También se incluye en este paquete información sobre dónde acudir para obtener exámenes de salud y vacunas para niños sin costo alguno.

Si su hijo necesita medicamentos en la escuela, complete un formulario de Autorización para administrar medicamentos para CADA medicamento, incluidos los medicamentos de venta libre. La autorización debe estar completa y firmada por un médico y un padre/tutor. Asegúrese de traer el medicamento el primer día de clases, que no esté vencido y que esté en su envase original con la etiqueta de la farmacia aplicada.

Gracias por brindarnos lo que necesitamos para mantener a su hijo sano y feliz en la escuela. No dude en comunicarse con la enfermera de la escuela al 707-975-2418 si tiene alguna pregunta o inquietud.

Laura Childress
Enfermera de la Escuela del Distrito

DISTRITO ESCOLAR OLD ADOBE UNIÓN
HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ALUMNO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
AÑO ESCOLAR _____ GRADO _____
ESCUELA _____ MAESTRO _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

- TRASTORNO DE CONVULSIONES** Lista de medicamentos: _____
Proporcionar medicamentos de Emergencia, Plan de Acción de Emergencia para Convulsiones, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos
- DIABETES** *Proporcionar órdenes del médico, suministros médicos, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos*
- ASMA** *Proporcione el inhalador en la caja original con la etiqueta de la farmacia y Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos*
- ALERGIA - ESTACIONAL**
- ALERGIA - ALIMENTOS** Lista de alimentos: _____
- ¿MEDICACIÓN RECETADA?** SÍ NO
Benadryl SÍ NO EpiPen SÍ NO Otro: _____
Proporcionar Medicamentos de Emergencia, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos, y Formulario F.A.R.E.
- ALERGIA - PICACIÓN DE ABEJA** ¿MEDICACIÓN RECETADA? SÍ NO
Benadryl SÍ NO EpiPen SÍ NO Otro: _____
Proporcionar Medicamentos de Emergencia, Formulario de Autorización del Distrito para Administrar Medicamentos.
- ALERGIA - DROGA** Lista de medicamentos: _____
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**
Lista de medicamentos: _____
- DETERIORO DE LA VISIÓN** GAFAS RECETADAS SI NO
PRUEBA DE DEFICIENCIA DE VISIÓN DE COLOR FALLIDA SÍ NO
- DISCAPACIDAD AUDITIVA** LADO IZQUIERDO LADO DERECHO AMBOS
AUDÍFONOS RECETADOS SI NO
- OTROS** _____
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES**

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ TELÉFONO # _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

NOTA: El formulario de Historial de salud debe entregarse en el momento de la inscripción, pero otros formularios enumerados anteriormente y los medicamentos deben entregarse en la oficina de la escuela el viernes antes de que comiencen las clases.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y envíelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año _____
DOMICILIO—Número y Calle _____	Ciudad _____	Zona Postal _____	Escuela _____

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD**EXAMEN DE SALUD**

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mes/día/año)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluación de Rasgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

	VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
		Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)						
DTaP/DT/DTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [los ternos]) O (tétano y difteria solamente)						
MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros prescolares solamente)						
HEPATITIS B						
VARICELA (Viruela locas)						
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)						
OTRA						

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)**RESULTADOS Y RECOMENDACIONES**

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernan las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

- Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián

Fecha

***de ser indicado**

Firma del examinador de salud

Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño/niña tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PH 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño/niña.

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Formulario de evaluación de la salud bucal

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) exige que su hijo se haga un chequeo dental antes del 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional de la salud dental matriculado de California que trabaje dentro de su área de especialización debe realizar el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo tuvo un chequeo dental en los 12 meses anteriores al comienzo del año escolar, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede conseguir un chequeo dental para su hijo, complete la Sección 3.

Sección 1. Información del menor (debe ser completada por el padre, la madre o el tutor)

Primer nombre del menor:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del menor:
Domicilio:			Dpto.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo del menor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/madre/tutor:	Raza/origen étnico del menor: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio nativo americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

Sección 2. Información de salud dental: debe ser completada por un profesional de la salud dental matriculado de California

[Oral Health Data (To be completed by a California licensed dental professional)]

NOTA IMPORTANTE: Considere cada casilla por separado. Marque cada casilla.

[IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.]

Fecha de la evaluación: <i>[Assessment Date:]</i>	Incidencia de caries <i>[Caries Experience]</i> (Caries visibles y/o empastes presentes) <i>(Visible decay and/or fillings present)</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Caries visibles presentes: <i>[Visible Decay Present:]</i> <input type="checkbox"/> Sí <i>[Yes]</i> <input type="checkbox"/> No <i>[No]</i>	Urgencia de tratamiento: <i>[Treatment Urgency:]</i> <input type="checkbox"/> Ningún problema obvio <i>[No obvious problem found]</i> <input type="checkbox"/> Se recomienda atención dental temprana (caries sin dolor o infección o el niño se beneficiará del sellador dental o de una evaluación adicional) <i>[Early dental care recommended (Caries without pain or infection or child would benefit from sealants or further evaluation)]</i> <input type="checkbox"/> Se necesita atención urgente (dolor, infección, inflamación o lesiones del tejido blando) <i>[Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)]</i>
--	---	--	---

Firma del profesional de salud dental matriculado
[Licensed Dental Professional Signature]

Número de matrícula de CA
CA License Number

Fecha
Date]

Sección 3. Exención del requisito de evaluación de salud dental

Debe ser completado por el padre, la madre o el tutor que solicita que su hijo/a sea eximido de este requisito.

Solicito que mi hijo sea eximido de este chequeo dental porque: (marque la casilla que describa el motivo)

No puedo encontrar un consultorio dental que acepte el plan de seguro dental de mi hijo.

El plan de seguro dental de mi hijo es:

Medi-Cal/Denti-Cal Healthy Families Healthy Kids Otro _____ Ninguno

No puedo pagar el chequeo dental de mi hijo.

No quiero que a mi hijo se le haga un chequeo dental.

Opcional: otras razones por las cuales mi hijo no pudo obtener un chequeo dental: _____

Si pide ser eximido de este requisito: ► _____
Firma del padre, madre o tutor *Fecha*

La ley establece que las escuelas mantengan la privacidad de la información médica de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe que se realice como resultado de esta ley. Esta información sólo puede ser utilizada para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la escuela.

Regrese este formulario a la escuela antes del 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.
El original de este formulario será guardado en el registro escolar del menor.

DISTRITO ESCOLAR UNIDO OLD ADOBE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Año escolar _____ Grado/Maestro _____

El Código de Educación de California 49423 establece que cualquier alumno que deba tomar, durante un día escolar regular, medicamentos que le hayan sido recetados por un médico, puede ser asistido por la enfermera de la escuela o el personal escolar designado si el distrito escolar ha recibido lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico que detalla el método, la cantidad y el horario en que se debe tomar el medicamento, objetivo del medicamento, firmada por el médico.
2. Una declaración escrita del padre o tutor del estudiante indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en el asunto establecido en la declaración del médico, firmada por el padre o tutor.

Para ser completado por un proveedor autorizado para medicamentos recetados y sin receta:

Medicación: _____ Razón de la medicación: _____

Vía: _____ Dosis: _____

Hora: Según sea necesario cada _____ hrs Antes del desayuno Antes del almuerzo Antes de acostarse
 programado a las _____ en punto Después del desayuno Después del almuerzo Después de acostarse

Por favor marque si corresponde:

A. Inhalador Mantenerse en la oficina El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse

B. EpiPen Mantenerse en la oficina El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse

C. Suministros para diabéticos Mantenerse en la oficina El estudiante puede llevar consigo y autoadministrarse

Posibles efectos secundarios: _____ ESTAMPILLA del médico: _____

Número de licencia del médico: _____

Nombre Impreso del médico _____

Número de teléfono del médico _____ Vencimiento del pedido: _____

Firma del médico _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta:

- Todos los medicamentos deben entregarse en el envase original y debidamente etiquetados por el farmacéutico.
- La enfermera escolar y el proveedor que prescribe pueden comunicarse para aclarar asuntos relacionados con este medicamento.
- **Se requieren nuevos pedidos anualmente y para cualquier cambio en el régimen de medicación.**

Para ser completado por el padre o tutor:

Por la presente doy permiso para que el personal escolar designado administre el medicamento anterior a mi hijo. Autorizo a mi hijo a autoadministrarse el medicamento descrito arriba en A, B o C y libero de responsabilidad civil si estudiante sufre una reacción adversa.

Nombre del padre en letra de molde _____ Teléfono: _____

Firma de los padres _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA ESCUELA NO ESCRIBA EN EL CUADRO DE ABAJO

Fecha en que la oficina de la escuela recibió el formulario _____ Fecha en que se recibió el medicamento _____

Vencimiento del medicamento _____

Para SUSTANCIAS CONTROLADAS, cuente la cantidad de píldoras en presencia del padre/tutor Cantidad de píldoras recibidas _____

Nombre del empleado, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor, recuento variable _____ Firma _____ Fecha _____



FARE
Food Allergy Research & Education

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

COLOCAR FOTO AQUÍ

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ lb Asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) No

NOTA: No use antihistamínicos o inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si es PROBABLE que haya habido contacto con el alérgeno, ante la presencia de CUALQUIER síntoma.
- Si está marcado, administre epinefrina de inmediato si hubo INDUDABLEMENTE contacto con el alérgeno, incluso si no hay síntomas aparentes.

PARA CUALQUIERA LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES
Falta de aire, sibilancias, tos recurrente



CORAZÓN
Piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos



GARGANTA
Garganta tensa o ronca, problemas para respirar o tragar



BOCA
Hinchazón significativa de la lengua o los labios



PIEL
Urticaria extendida en todo el cuerpo, enrojecimiento generalizado



INTESTINO
Vómitos recurrentes, diarrea grave



OTROS
Sensación de que algo malo está a punto de suceder, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.

1. **ADMINISTRE EPINEFRINA DE INMEDIATO.**
2. **Llame al 911.** Informe al operador de emergencias que la persona está sufriendo una reacción anafiláctica y podría necesitar epinefrina cuando llegue el servicio de emergencias.
 - Considere la administración de medicamentos adicionales después de la epinefrina:
 - » Antihistamínico.
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancias.
 - Acueste a la persona en posición horizontal, levántele las piernas y manténgala abrigada. Si respira con dificultad o comienza a vomitar, permítale sentarse o recostarse de lado.
 - Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, se pueden administrar más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
 - Avise a los contactos de emergencia.
 - Traslade al paciente a la sala de emergencias, incluso si se resuelven los síntomas. El paciente debe permanecer en la sala de emergencias al menos 4 horas, ya que los síntomas podrían volver a aparecer.

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ
Picazón o goteo nasal, estornudos



BOCA
Picazón en la boca



PIEL
Un poco de urticaria, picazón leve



INTESTINO
Náuseas leves o molestias

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA LOS SÍNTOMAS LEVES EN UNA SOLA ÁREA DEL CUERPO, SIGA ESTAS INDICACIONES:

1. Se podrían administrar antihistamínicos si un proveedor de atención médica los receta.
2. Quédese con la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe de cerca los cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca o versión genérica de la epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM (intramuscular) 0.15 mg IM
 0.3 mg IM 2 mg IN (intranasal)

Marca o versión genérica del antihistamínico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, inhalador broncodilatador si hay sibilancias): _____

- El paciente puede llevar consigo el medicamento
- El paciente puede autoadministrarse el medicamento



PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A LOS ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

CÓMO USAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire el Auvi-Q de la funda exterior. Quite la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro del Auvi-Q contra la parte media de la cara externa del muslo.
3. Presione firmemente hasta escuchar un clic y un sonido de silbido, y manténgalo en el lugar durante 2 segundos.
4. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPIPEN®, AUTOINYECTOR EPIPEN JR® (EPINEFRINA) Y EPINEFRINA INYECTABLE (GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), AUTOINYECTOR USP, AUTOINYECTOR VIATRIS, VIATRIS

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transportador transparente.
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire el seguro azul tirando hacia arriba.
3. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO UTILIZAR EPINEFRINA INYECTABLE IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), AUTOINYECTOR USP, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Retire el autoinyector de epinefrina de su funda protectora transportadora.
2. Retire los dos capuchones azules: ahora verá una punta roja. Sujete el autoinyector en el puño con la punta roja hacia abajo.
3. Coloque la punta roja contra la parte media de la cara externa del muslo en un ángulo de 90 grados, perpendicular al muslo. Manténgalo presionado firmemente contra el muslo por aproximadamente 10 segundos.
4. Retírelo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR TEVA® GENÉRICO DE EPIPEN® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Retire rápidamente la tapa amarilla o verde del autoinyector girándola en la dirección de la "flecha de giro".
2. Sujete el autoinyector en el puño con la punta naranja (extremo de la aguja) hacia abajo. Con la otra mano, retire la tapa azul de seguridad.
3. Coloque la punta naranja contra la parte media de la cara externa del muslo en ángulo recto con el muslo.
4. Gire y presione firmemente el autoinyector en la parte media de la cara externa del muslo hasta que haga clic. Manténgalo firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
5. Retire y masajee el área de inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y solicite ayuda médica de emergencia inmediatamente.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES:

1. No coloque el pulgar, los dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni lo inyecte en ninguna parte del cuerpo que no sea la parte media de la cara externa del muslo. En caso de inyección accidental, acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si se administra a un niño pequeño, sujételo firmemente la pierna antes y durante la inyección para evitar lesiones.
3. La epinefrina se puede inyectar a través de la ropa si es necesario.
4. Llame al 911 inmediatamente después de la inyección.

CÓMO USAR NEFFY® (ESPRAY NASAL DE EPINEFRINA)

1. Retire el dispositivo neffy del envase. Abra el envase para quitar el dispositivo de spray nasal neffy.
2. Sostenga el dispositivo como se muestra. Sostenga el dispositivo con el pulgar en la parte inferior del émbolo y un dedo a cada lado de la boquilla. No tire ni presione el émbolo. No lo pruebe ni lo prepare (no pulverice previamente). Cada dispositivo tiene solo 1 spray.
3. Introduzca la boquilla en una fosa nasal hasta que los dedos toquen la nariz. Mantenga la boquilla recta en la nariz apuntando hacia la frente. No apunte (incline) la boquilla hacia el tabique nasal (pared entre sus 2 fosas nasales) o la pared externa de la nariz.
4. Presione firmemente el émbolo hacia arriba hasta que encaje y pulverice el líquido en la fosa nasal. No inhale durante o después de la administración de la dosis. Si gotea líquido por la nariz, es posible que tenga que administrar una segunda dosis de neffy después de comprobar los síntomas.
5. Si los síntomas no mejoran o empeoran dentro de los 5 minutos de la dosis inicial, administre una segunda dosis en la misma fosa nasal con un nuevo dispositivo neffy.



Atienda a la persona antes de comunicarse con los contactos de emergencia. Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA — LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE/PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

VACUNAS REQUERIDAS PARA EL INGRESO A LA ESCUELA



Por favor traiga el comprobante de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

- Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después
Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después
- Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después
- Hepatitis B—3 dosis**
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**
Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después
- Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

- Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**
Para estudiantes de 7^a a 12^a grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7^a grado.

Los alumnos que ingresan al 7^o grado necesitan:

- Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**
- Varicela —2 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe). Los preadolescentes y adolescentes también necesitan las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y la vacunas contra la enfermedad meningocócica. Obtenga más detalles sobre las vacunas que necesita su hijo según su edad (<https://bit.ly/VacunaporEdad>) y dónde puede vacunar a su hijo (<https://bit.ly/wheretogoCA>). Seleccione "español" bajo "select language" en el menú de arriba para leer la información en español.

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen)

- Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- Notificar a la persona en caso de emergencia
- Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____
- Llamar al 911 para transporte a: _____
- Otras Notas: _____

Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- PERMANEZCA** calmado, empiece a tomar el tiempo de la crisis epiléptica
- Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- Anote que pasa _____
- Otras notas _____

Cuándo llamar al 911

- Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo llamar primero a su médico

- Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión

Cuando un medicamento de rescate sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: Estimulación del nervio vago (VNS) Neuroestimulación Sensible (RNS)
 Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: Dieta Cetogénica Dieta de Bajo Índice Glucémico Dieta Atkins (baja en carbohidratos)
 Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____

Epilepsy.com

©2020 Epilepsy Foundation of America, Inc.
 Revised 01/2020 (E05RP/PAD16)

