

Servicios de Salud del Condado de Fayette  
**PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN SANITARIA PARA EL ALUMNO**  
 Favor de traer o enviar este formulario a la escuela o mandarlo por fax a 770-719-2639.

Alumno(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Año escolar: 20\_\_ - 20\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado/Equipo: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Padres/Tutores/Contacto	Relación	Número de teléfono	Correo electrónico
Proveedor de asistencia sanitaria:		Teléfono:	

**DIAGNÓSTICO MÉDICO/ENFERMEDADES CRÓNICAS DE SALUD:**

_____ _____ _____
-------------------------

**PLAN DE EMERGENCIA:**

_____ _____ _____
-------------------------

**MEDICAMENTOS DIARIOS (incluidos los medicamentos diarios y de emergencia):**

Nombre del medicamento	Dosis (cantidad)/Hora	Cuando se usa	Se administra en la escuela
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES (incluidas las actividades escolares, los deportes y las excursiones/viajes):**

_____ _____ _____
-------------------------

► **Firma del doctor** ◀ \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del doctor en letra de IMPRENTA:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

*Yo, el padre/tutor del alumno(a) en cuestión, autorizo al médico de mi hijo(a) a divulgar cualquier tipo de información, copias o archivos médicos pertinentes a la enfermedad crónica de mi hijo(a) a la enfermera de la escuela de mi hijo(a). Entiendo que desde el 14 de abril, 2003, bajo la ley de portabilidad y contabilidad de los seguros de salud (HIPPA, por sus siglas en inglés) la divulgación de cierta información es limitada. Sin embargo, autorizo a la escuela a tener acceso a la información médica necesaria para poder ayudar con las necesidades médicas de mi hijo(a) mientras permanezca inscrito en una escuela pública del condado de Fayette. Esta autorización vence el último día del año escolar.*

► **Firma de los padres o tutores** ◀ \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Implementado: Agosto 2001

Revisado: 6 de febrero, 2002; Agosto 2003; 2 de agosto 2004; 9 de septiembre 2005; 20 de febrero 2006; 13 de abril 2012; 3 de junio 2013