

Plan de Acción Médica

Nota: Complete este formulario si su estudiante tiene una afección médica documentada que requiere instrucciones especiales o necesidades de seguridad para la escuela.

Nombre del estudiante:		Nacimiento:	
Nombre de los padre:		Fecha de inicio:	
¿Su hijo(a) tiene un IEP o plan 504 actual?		☐ No ☐ IEP ☐ Plan 504	
Condiciones médicas:	☐ Alergias (Tipo de lista) ☐ Migrañas	☐ Asma ☐ Trastorno convulsivo ☐ Diabetes	☐ Otras condiciones:
¿El médico tratante del estudiante considera que la condición médica es potencialmente mortal para su estudiante?			☐ No ☐ Sí
Para alergias: ¿Su estudiante alguna vez ha experimentado anafilaxia?			☐ No ☐ Sí - Fecha:

Medicamentos

Medicamento	Dosificación	Administrado

Plan de gestión actual:

¿El médico ha restringido alguna actividad para el estudiante?	
¿Qué exhibe o experimenta el estudiante al inicio de una reacción o episodio?	
¿La condición actual del estudiante requiere algún equipo especial en la escuela?	
Para estudiantes con equipo médico: ¿Su hijo(a) controla su condición con un teléfono celular?	☐ No ☐ Sí * Explique el propósito del teléfono y lo que monitorea.
Otra información:	

Habilidades del estudiante / ¿Puede el estudiante:

		Comentarios/Notas
Evite los alérgenos o desencadenantes	☐ Sí ☐ No	
Identificar signos / síntomas de reacción o enfermedad	☐ Sí ☐ No	

Alertar a otros sobre una posible reacción o un próximo episodio	☐ Sí ☐ No	
¿Puede el estudiante darse un capricho a sí mismo? <i>* Debe proporcionar documentación de un médico que confirme que el estudiante puede autotratarse</i>	☐ Sí ☐ No	
Equipos de monitoreo de lectura y / o control	☐ Sí ☐ No	
¿De qué otra manera puede su hijo(a) controlar sus síntomas?		

Instrucciones o adaptaciones escolares:

¿Su hijo(a) participa en algún deporte, club, actividad o programa extracurricular escolar que pueda necesitar tener acceso al plan de acción médica? Por favor, enumere:

Excursiones:

- ¿Su hijo(a) requiere un almuerzo específico de la cafetería si el almuerzo se come en la excursión? ☐ Sí ☐ No
- Si su hijo(a) toma una dosis de medicamento por la mañana y una dosis de medicamento por la tarde, ¿necesita ambas dosis en los días de excursión? ☐ Sí ☐ No
- ¿Hay algún tipo de excursión a la que su estudiante no deba asistir debido a su condición médica?
 - Por favor, describa:

- Otras necesidades / inquietudes de la excursión:

Alergias:

- ¿Su hijo(a) necesita sentarse en una mesa separada en la cafetería? ☐ Sí ☐ No
 - ¿Cuándo causa el alérgeno una reacción a su hijo(a)? Cuando mi hijo(a):
 - ☐ ingiere los alimentos ☐ entra en contacto ☐ físico, respira/inhala partículas de alérgenos
 - ☐ al comer otros alimentos o tocar objetos que han estado en contacto con el alérgeno
 - ¿Su hijo(a) necesita sentarse en un lugar particular del salón de clases debido a la alergia? ☐ Sí ☐ No
 - ¿Está bien que su hijo(a) use materiales o tecnología compartidos en el aula? ☐ Sí ☐ No
 - ¿Prefieres traer bocadillos o alimentos específicos para las fiestas de tu hijo(a)? ☐ Sí ☐ No*
- * Si no, ¿qué bocadillos o alimentos deben evitarse en clase o fiestas de clase?

**Debido a que su hijo(a) tiene una afección médica, puede ser elegible para un plan 504. Un plan 504 es un plan para estudiantes que tienen discapacidades mentales o físicas que limita sustancialmente una o las funciones más importantes de la vida. Un plan 504 especifica la naturaleza del impedimento del estudiante, las principales funciones de la vida afectadas por el impedimento, las posibles adaptaciones necesarias para que un estudiante acceda al plan de estudios y la(s) persona(s) responsable(s) de implementar las adaptaciones. Las principales funciones de la vida incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, agacharse, realizar tareas manuales, hablar, ver, respirar, oír, aprender, comer, leer, dormir, concentrarse, caminar, pensar, pararse, comunicarse, levantar objetos, trabajar. Si está interesado en hablar con alguien sobre un plan 504 para su hijo(a), alerte a la enfermera de la escuela o comuníquese con el especialista en apoyo estudiantil de la escuela de su hijo(a).*

☐ Me gustaría solicitar una reunión para discutir la consideración de un plan de adaptación 504 para mi hijo(a).

Fecha: _____

Firma de los padre/guardian