Farmington Municipal Schools Health Services
Migraine Action Plan – Spanish Version

Padre/guardián: complete la información en esta sección superior y firme la autorización en la parte inferior de la página.

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**	**Edad**	**Grado**	**Alergias a medicamentos**

Nombre del prescriptor	**Teléfono del prescriptor**
Nombre del padres/guardiánes	**Teléfono de padres/guardiánes**
Contacto de emergencia	**Teléfono de contacto de emergencia**
Describe el aura (si la hay):	

Prescriptor: Complete la información de zona y la autorización a continuación.

Zona Verde: Previene más dolores de cabeza.

Haga o tome esto todos los días para ayudar a prevenir SUS dolores de cabeza:

Pueden pasar de 4 a 6 semanas para ver un gran cambio, ¡así que sigue adelante!

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Dormir lo suficiente; mantener un horario regular
- ☐ Come comida saludable; no te saltes las comidas
- ☐ Beba suficiente agua; evitar la cafeina
- ☐ Haz ejercicio regularmente
- ☐ Aprenda formas de relajarse; manejar el estrés

Zona Amarilla: No Espere. Actúa rápido para tratar tus dolores de cabeza.

Vaya a la oficina de salud de la escuela de inmediato. Tome este medicamento de alivio rápido tan pronto como comience su dolor de cabeza:

Informe a su proveedor si necesita tomar su medicamento de alivio rápido 3 o más días a la semana o si este plan no está funcionando.

- ☐ _____, dosis: _____, cada _____ minutos / horas PRN para el nivel de dolor: _____ (círculo)
- ☐ _____, dosis: _____, cada _____ minutos / horas PRN para el nivel de dolor: _____ (círculo)
- ☐ Beber _____ oz. agua o bebida deportiva: _____
- ☐ Descanse en un lugar oscuro y tranquilo durante _____ minutos / horas
- ☐ Actividad física modificada para el día: _____

Zona Roja: Es hora de obtener más ayuda.

- Comuníquese con el consultorio de su médico si su dolor de cabeza es mucho peor o dura más de lo normal.
- Vaya a la sala de emergencias o llame al 911 si su hijo pierde el conocimiento o tiene síntomas nuevos y muy diferentes, como pérdida de la visión, incapacidad para mover un lado de la cara o el cuerpo, dificultad para caminar o hablar, confusión o incapacidad para responder.

AUTORIZACIÓN

Consentimiento de los padres/guardián: He recibido, revisado y entiendo la información anterior. Apruebo este plan. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren medicamentos y se comuniquen con quien receta, si es necesario. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y cualquier otro artículo necesario para el cuidado de mi estudiante. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesita saber sobre la condición de mi hijo.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Quiero recibir una notificación cada vez que se administre a mi estudiante un medicamento en este formulario ☐ Sí ☐ No

Confirmo que el estudiante es capaz de llevar y administrar adecuadamente los medicamentos mencionados anteriormente ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, consulte a la enfermera de la escuela para obtener documentación adicional.

Firma del prescriptor: _____

Fecha: _____

- ☐ Administración de medicamentos por personal capacitado.
- ☐ El estudiante puede autoadministrarse bajo supervisión directa
- ☐ El estudiante puede llevar consigo medicamentos.

Firma del enfermero de la escuela: _____ **Fecha:** _____

Revised: 05/2025