

**DISTITO ESCOLAR RE-3 DEL CONDADO MORGAN**  
**Plan Acción de Cuidado de Salud—Básico**



**Información del Estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
ID#: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_  
Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Descripción de la enfermedad o condición: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Medicamentos/dosis/hora: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Restricciones**

Restricciones físicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inquietudes/Acciones/Comentarios**

Inquietudes/acciones urgentes/Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor devuelva este formulario a:**

Oficina de Salud de la Escuela: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que la información contenida en este Plan de Acción de Salud (HCAP, por sus siglas en inglés) sea compartida, de ser necesario, con los adultos que estarán trabajando con mi hijo(a) en la escuela. Este plan HCAP permanecerá en efecto por un año o hasta que haya un cambio en la condición de salud o en las órdenes del médico. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la Enfermera Escolar cuando exista un cambio en el estado de salud o cuidados del estudiante.

Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor de Servicios de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Al firmar este Plan de Cuidados, y como el padre/tutor del estudiante arriba citado, doy permiso para que el proveedor de servicios de salud de mi hijo/a comparta información con la Enfermera Escolar sobre la administración de este medicamento.*