**Escuelas Públicas de New Bedford**

**Formulario de Información de Emergencia Médica**

**Programas Después de la Escuela**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividad: |  | Adulto Encargado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Estudiante: |  | Fecha de Nacimiento: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección: |  | Teléfono del Hogar: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Celular del Padre/Madre/Guardián: |  | Teléfono del Trabajo: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Contacto de Emergencia (Nombre): |  | Teléfono en Caso de Emergencia: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Doy permiso a |  | de participar en una actividad extraescolar.  |
|  | Nombre del Estudiante |

Actividad, lugar, fecha y hora:

|  |
| --- |
|  |

**Información Médica**

Mi niño(a) sufre de las siguientes condiciones médicas: Ponga un círculo alrededor de lo que aplica:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asma | Diabetes | Ataques | Condiciones del Corazón | Otro(a) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alergia a |  | Mi niño(a) ***necesita*** o ***no necesita*** una Epi-Pen (jeringuilla inyectable). |

*Ponga un círculo alrededor de uno.*

Por favor describa todas las enfermedades que presentemente tiene su niño(a) y el tratamiento que está recibiendo y/o los medicamentos que está tomando. Por favor describa la enfermedad y haga una lista de los medicamentos:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Instrucciones específicas del padre/madre/guardián sobre el niño(a): |  |

|  |
| --- |
|  |

Comprendo que la enfermera escolar **no estará presente** durante los programas extraescolares antes y después de las horas normales. Por consiguiente, es mía la responsabilidad de informarle al adulto encargado del programa si hay cualquier cambio en la salud de mi niño(a).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Assinatura do Pai/Mãe/Encarregado: |  | Data: |  |

**Plan de Acción**

**Reacción allergica**: (ejemplos de algunos síntomas incluyen) dificultad para respirar, corto de aire, jadeando, dificultad para tragar, urticaria, picazón, inflamación de cualquier parte del cuerpo.

**Plan de Acción: Lamar al 911 y asistir al niño al usar el Epi-Pen si la prescripción está disponible**

**Asma:** el estudiante tiene dificultad para respirar, jadeando y corto de aire.

**Plan de Acción**: si el estudiante tiene un inhalador, dejarlo usar. Si los síntomas no mejoran en cinco (5) minutos **llamar al 911. Si no hay inhalador disponible, llamar al 911 inmediatamente.**

**Diabetes:** reacción de una baja de azúcar - hambre, sudoración, palidez, tembladera, dolor de cabeza.

**Plan de Acción**: permitir al estudiante tomar un jugo o una bebida gaseosa, o comer una tableta de glucosa o un bocadillo de su bolsa de bocadillos de emergencia. Si los síntomas no cambian en cinco (5) minutos - **llamar al 911** y hacer que el niño repita todo lo anterior.

**Convulsiones**: alteración de la consciencia, rigidez muscular involuntaria, movimientos espasmódicos, babeo/babeespumoso por la boca, cese temporal de l arespiración, pérdida de control de la vejiga.

**Plan de Acción**: proteger al estudiante de una caída, **llamar al 911**. Nunca introducir nada en la boca del estudiante.