

**HIGHLAND SCHOOL DISTRICT
RENOVACIÓN DE PLAN DE CUIDADO DE EMERGENCIA**

Fecha: _____ Ciclo Escolar: _____ Escuela/Grado: _____

Nombre Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información sobre cuidado de emergencia de: Asma () Diabetes () Ataques ()
Alergia grave a: _____ Otra _____

Estimado padre de familia/ tutor:

La ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.320) y la Política de Distrito 3415 requieren que las escuelas deben tener un plan de cuidado de emergencia para cada niño que tenga una condición que ponga en peligro su vida. Esto permite a las escuelas estar preparados para ayudar al niño si hubiera alguna emergencia debido a su condición médica. Si un estudiante tiene asma, o una alergia severa que requiere medicamento de emergencia, como un inhalador o EpiPen, un plan de cuidado de emergencia debe ser realizado. Otros ejemplos de condiciones que ponen en peligro la vida que requieren un plan de cuidado de emergencia son la diabetes, ataques o condiciones del corazón.

La información de un plan de cuidado de emergencia debe estar cumplido antes que su estudiante podría iniciar clases en el otoño. El formato *Permission to Administer Medication at School- Permiso para Administrar Medicamento en la Escuela* debe ser firmado por su proveedor de cuidado de la salud y la medicina debe estar en su lugar el primer día de escuela. Si no están cumplidos los formularios, su niño/a podrá ser excluido de la escuela hasta que el plan de cuidado de emergencia, medicamento, y autorización de medicamento están listos. Recomendamos a los estudiantes que llevan inhaladores y/o epi-pens que se tengan una extra en la oficina. Además, los estudiantes que participan en deportes necesitan ya sea llevar sus epi-pens o inhaladores o proveer uno adicional a su coach para que él/ella lo tenga.

Si es posible, terminará los formularios de autorización de medicamentos tan pronto como sea posible y entréguelos antes que el ciclo escolar concluya. Sin embargo, no aceptamos medicamento hasta la semana antes que empieza la escuela.

Si su niño/a ya no necesita el medicamento de emergencia, usted y su proveedor necesitan llenar el formato de autorización para discontinuar el uso de medicamento (Authorization to Discontinue Medication) incluido en este paquete. Favor de entregar a la enfermera de la escuela lo más pronto posible.

Por favor contacte a la enfermera de su escuela si tuviera alguna pregunta. Gracias.

Firma de padre de familia

Fecha

**Scott Podruzny RN
Highland School District
509-678-8904 spodruzny@highland.wednet.edu**

**Trisha Roy LPN
Highland School District
509-678-8704, troy@highland.wednet.edu**

Revised June 2022

INSTRUCCIONES DE FORMATOS

Permiso para discontinuar medicamento o tratamiento en la escuela: Cumplè este formulario sòlo si *no necesita medicamento o tratamiento* su estudiante. La sección primera es para los padres, la sección segunda es para el doctor.

Permiso para administrar medicamento en la escuela -Permission to Administer Medication at school: Este formulario es necesario para que su niño/a puede tener medicamento en la escuela, incluyendo inhaladores para el asma. Necesita llenar y firmar la parte superior, y después llevar el formulario a su proveedor de cuidado de la salud. Ellos podrán llenar la parte de abajo, firmar y enviar por FAX a la escuela.

Acuerdo de auto-administración de medicamento para asma y anafilaxias - Agreement for Self-Administration of Asthma and Anaphylaxis Medication: Este acuerdo es solamente necesario si su niño debe cargar su medicamento de emergencia *con él/ella*. Por favor platique con el proveedor de salud sobre la habilidad de su niño para cargar medicamento y si se autorizara a que su niño lleve el medicamento con él/ella, lea este formato con su estudiante y firme la línea de padre de familia/ tutor.

Información para la escuela sobre asma/alergias/ataques/cardíaco: Por favor llene el formulario y entregue a la enfermera de la escuela.

Autorización de intercambio de información médica (página de anterior) - Authorization for exchange of Medical Information: Este formulario permite intercambiar información médica con el proveedor de cuidado de la salud si fuera necesario. Bajo la sección 1, por favor provea el nombre y dirección de su MD (mèdico).

Consentimiento de padres para compartir información sobre la salud con el personal del Distrito Escolar (página detrás) - Parental Consent to Share Health Information with School District Staff: Este formulario nos permite dar información sobre la condición de salud de su niño al personal de la escuela cuando lo deban de saber. Por favor firme sobre la línea que corresponde.

Formularios finales: actualice los formularios finales con la información actual cada año al menos una semana antes del comienzo de clases.

Highland School District Fax numbers:

Highland School District office	678-4177
Highschool / Junior High	678-4140
Tieton Intermediate	678-2771
Marcus Whitman	678-5494