



Entregue el formulario completado a:
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

PLAN DE SALUD ESCOLAR

Sonda gástrica (G-Tube)

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

1743613151

Por favor escriba claramente.

PARTE A Padre/madre/tutor: Complete los puntos 1 a 11

1) N° de ID del estudiante	2) Apellido del estudiante	3) Nombre del estudiante	4) Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Escuela	6) Grado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

7) Nombre	8) Número de teléfono	9) Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>

10) Persona de contacto para emergencias
<input type="text"/> () -

11) **Nota al padre/madre/tutor:** Al firmar este formulario usted libera a la Junta de educación del Condado de Jefferson (Jefferson County Board of Education) y sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de este plan de acción. Este formulario no exime de responsabilidad a la escuela o a sus empleados por su propia negligencia. Además, por la presente doy mi permiso para que el proveedor de atención de salud complete y firme este formulario para intercambiar información con el personal de JCPS respecto a esta afección de salud. Reconozco y acepto que cuando autorizo a mi hijo a asistir a una excursión organizada por la escuela, estos medicamentos y/o servicios de salud también podrán ser provistos por un voluntario con licencia.

Padres tengan en cuenta: La escuela debe tener un formulario de autorización de receta en el expediente para que se puedan dar medicamentos en la escuela

Firma del PADRE/MADRE/TUTOR

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA

<input checked="" type="text"/>	() -	<input type="text"/>
---------------------------------	-------	----------------------

PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD SOLAMENTE: Complete los puntos 12 a 24

12) ALERGIA/SENSIBILIDAD AL LÁTEX: SÍ NO

13) Diagnóstico del estudiante:

14) Tipo de sonda de alimentación

Sonda NG Sonda NJ Sonda G Sonda J Sonda GJ Otra: _____

15) ¿Tiene permitido el niño ingerir algún alimento/bebida por la boca? SÍ NO

16) Nombre de la fórmula: _____ Volumen a administrar: _____ ml

**La fórmula de alimentación debe enviarse a la escuela en un envase etiquetado con la lista de ingredientes

17) Bomba que se debe usar: SÍ NO

18) Gravedad: SÍ NO

19) Hora(s) de alimentación: _____

20) Volumen adicional de agua: _____ ml Horas de agua: _____

21) ¿Puede administrarse agua adicional para excursiones escolares en exteriores durante el tiempo caluroso?

SÍ Cantidad: _____ ml NO

22) Si la sonda de alimentación se suelta, ¿puede volver a colocarla una enfermera cualificada? SÍ NO

23) Comentarios adicionales del proveedor de atención de salud:

24) Información del proveedor de atención de salud

El formulario debe ser firmado por un proveedor de atención de salud y el padre/madre/tutor

Firma del proveedor de atención de salud

Fecha

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)

<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud