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
Otras afecciones de salud

Por favor escriba claramente.

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA
7229270953

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

1) Nº de ID del estudiante | 2) Apellido del estudiante | 3) Nombre del estudiante | 4) Fecha de nacimiento

5) Escuela | 6) Grado

Nombre del padre/madre/tutor e información de contacto

7) Nombre | 8) Número de teléfono ( ) - | 9) Dirección postal, Ciudad, Estado, código Zip

10) Persona de contacto para emergencias | ( ) -

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

X

PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD SOLAMENTE: Complete los puntos 12 a 17

12) Diagnóstico del estudiante:

- ☐ ADHD Código ICD10: _____
- ☐ Autismo Código ICD10: _____
- ☐ Trastorno hemorrágico/de la coagulación Código ICD10: _____
- ☐ CP Código ICD10: _____
- ☐ Dolores de cabeza Código ICD10: _____
- ☐ Afecciones cardiacas Código ICD10: _____
- ☐ Trastorno psiquiátrico Código ICD10: _____
- ☐ Trastorno neurológico Código ICD10: _____
- ☐ Anormalidades del sistema urinario Código ICD10: _____
- ☐ Otra _____ Código ICD10: _____

13) Precauciones/restricciones en la escuela:

14) ¿Se necesita succión en la escuela? ☐ SÍ, por favor complete la información siguiente ☐ No

Tipo _____ Instrucciones: _____

¿Frecuencia? _____

15) ¿Se necesita cateterismo en la escuela? ☐ SÍ, por favor complete la información siguiente ☐ No

Tipo _____

¿Frecuencia? _____

16) Comentarios adicionales del proveedor de atención de salud:

17) 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)

X

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.