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 RESPIRATORIO

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA
5367315987

Por favor escriba claramente.

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 X | NÚMERO DE TELÉFONO ( ) - | FECHA

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

12) DIAGNÓSTICO: _____ ***ALERGIA/SENSIBILIDAD AL LÁTEX: ☐ SÍ ☐ NO

13) SUCCIÓN/REEMPLAZO DE TRAQUEOTOMÍA

Tipo y tamaño del tubo de traqueotomía: _____

Frecuencia de succión (marque una y rellene):

☐ Cada _____ horas

☐ Según sea necesario en función de los siguientes signos y síntomas

☐ Ahogo ☐ Tos continua ☐ Gorgoteo ☐ A solicitud del estudiante

☐ Otros (Especificar): _____

Instrucciones de succión: (Padre/madre/tutor deben suministrar solución salina y catéteres)

☐ Profundidad a la que insertar el catéter:

☐ Según sea necesario en función de los siguientes signos y síntomas

☐ Otros (Especificar): _____

En el caso de que el tubo de traqueotomía se salga durante la jornada escolar, ¿puede personal capacitado de la escuela volver a colocarlo? ☐ SÍ ☐ NO

14) VENTILADOR

Compañía del equipo/número de teléfono: _____

Tipo de ventilador: _____

Ajustes del ventilador: _____

¿Necesita el estudiante un ventilador en la escuela? ☐ SÍ ☐ NO

El estudiante necesita un ventilador: ☐ Continuamente ☐ Solo durante la siesta/al dormir ☐ Otra: _____

Instrucciones específicas para el ventilador (es decir, signos y síntomas a los que esta atentos al hacer la siesta/dormir, etc.): _____

_____

Comentarios adicionales del proveedor de atención de salud: _____

15) SUPLEMENTO DE OXÍGENO

Proveedor de oxígeno/número de teléfono: _____

Litros por minuto: _____

☐ Cánula nasal ☐ Mascara ☐ Collarín de traqueotomía

Horarios de uso:

☐ Continuo ☐ Al dormir/siestas ☐ Angustia respiratoria

☐ Otros (Especificar): _____

16) OXÍMETRO DE PULSO

Solo se recomienda el uso de un oxímetro de pulso si el niño recibe rutinariamente monitoreo de saturación de oxigeno en su casa. (El padre/madre/tutor debe proporcionar el equipo necesario para usar en la escuela).

La saturación de oxigeno de NIVEL NORMAL del estudiante es _____%

Por favor indique cuando se debería comprobar la saturación de oxigeno del estudiante con un oxímetro de pulso. (Marque todas las que correspondan. Si el PRN da pautas ESPECÍFICAS):

☐ Antes/después de los tratamientos respiratorios

☐ Signos de angustia respiratoria

☐ Otros (Especificar); _____

☐ Si la sat. es inferior a _____% iniciar oxigeno a _____ litros/minuto

☐ Si la saturación está entre _____% y _____% llamar al padre/madre.

☐ Si la sat. es inferior a _____% llamar a los servicios médicos de emergencia (911)

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 X | Fecha

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)

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