



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) 485-3387

**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"/>	<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="checkbox"/>	( ) -	<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="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud	<input type="text"/>	