



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**  
**ALERGIAS NO ALIMENTARIAS**

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

7906315012

\*\*\*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="text"/>	( ) -	<input type="text"/>

**PARTE B COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD SOLAMENTE: Complete los puntos 12 a 16**

12) Enumere las alergias.

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Insectos que pican: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

13) Los síntomas de reacción alérgica pueden incluir:  
 Picazón/hinchazón de los labios, boca, lengua o garganta, ronchas/sarpullido, náuseas/vómitos/retortijones, falta de aire, sibilancias, tos, mareos, pérdida de conciencia

Por favor indique cualquier otro síntoma específico para este niño: \_\_\_\_\_

14) Medicamentos en la escuela:

EpiPen Jr.     EpiPen     Auvi-Q

\* EpiPen/Twinject/Auvi-Q debe administrarse al inicio de una reacción alérgica y/o exposición al desencadenante de la alergia.

15) ¿Puede el estudiante llevar su propio dispositivo EpiPen/Auvi-Q y usarlo por sí solo?

Sí     No

16) 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 impresa del proveedor de atención de salud		
<input type="text"/>		