



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**  
**ASMA**

Año escolar:

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

0770620686

\*\*\*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 autorizo al proveedor de atención de salud a completar y firmar este formulario para verificar esta información con el personal de JCPS respecto a esta información. Además reconozco que los medicamentos y tratamientos probablemente serán administrados por personal de JCPS capacitado pero sin licencia. Reconozco y acepto cuando autorizo a mi hijo a asistir a excursiones patrocinadas por la escuela que estos medicamentos y/o servicios de salud también puedan ser proporcionados 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 17**

12) ¿Tiene este niño ASMA?  SÍ  NO Otros diagnósticos: \_\_\_\_\_

13) ¿Qué puede provocar asma a este niño?

Polen  Polvo  Animales  Ejercicio  Alimentos  Enfermedad  Otra: \_\_\_\_\_

14) Los SÍNTOMAS del asma pueden incluir:

Tos  Sibilancias  Dificultad para respirar

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

15) Medicamentos contra el asma EN LA ESCUELA:  SÍ  NO

16) ¿Está este estudiante entrenado y capacitado para llevar su propio inhalador y usarlo por sí solo?  SÍ  NO

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)
<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud		
<input type="text"/>		