



Entregue el formulario completado a: **JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL**  
 Jefferson County Public Schools,  
 Health Services Department, LAM Building  
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218  
 Telephone # (502) 485-3387  
 Fax # (502) 485-3387

### 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

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 TRAQUEOTOMIA**  
 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  Mascarilla  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 oxígeno en su casa. (El padre/madre/tutor debe proporcionar el equipo necesario para usar en la escuela).  
 La saturación de oxígeno de NIVEL NORMAL del estudiante es \_\_\_\_\_ %  
**Por favor indique cuando se debería comprobar la saturación de oxígeno 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 oxígeno 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

Fecha

Nombre en letra imprenta del proveedor de atención de salud

Sello del consultorio médico (necesario para el procesamiento)