

Promoviendo un óptimo nivel de funcionamiento

Fecha _____

Estudiante	Escuela	Grado	Maestro/equipo
1. Medicamento	Nombre _____	dosis _____	frecuencia _____
	Nombre _____	dosis _____	frecuencia _____
2.	¿Ultimo mes y año en que se sabe hubo actividad de convulsión? _____.		
3.	Número de convulsiones que su niño tuvo en el año pasado _____.		
4.	Duración de una convulsión típica _____.		
5.	Partes del cuerpo afectadas; por favor describa:		
6.	¿Alguna vez su niño ha requerido que se le transporte al hospital u hospitalización relacionada con una convulsión? _____.		

Los niños a nivel de primaria tienen acceso a equipo en el patio de recreo. La natación y el uso de maquinaria de fuerza es parte del programa de estudio al nivel de secundaria (podrían haber mas de 40 estudiantes en la piscina con un instructor). Por favor discuta estas y otras actividades potencialmente peligrosas con su médico.

Solvencia para participar en:

Uso del equipo del patio de recreo sí/no no corresponde

Natación sí/no no corresponde

Operación de maquinaria sí/no no corresponde

Otras modificaciones o procedimientos de emergencia a ser implementados durante las horas de clase; por favor especifique:

Firma del médico

Nombre en letra de molde

telefónico

Fecha

Yo autorizo a las autoridades de los Servicios de Salud a que se comuniquen con el médico de mi niño en los referente a su condición de salud en lo correspondiente a la escuela: Sí ____ No ____

Firma del padre/madre

Fecha

Esta información podría ser compartida con el personal de la escuela que trabaja con el estudiante y con el personal del 911, si ellos son llamados.

