Volusia County Schools

DeLand (386) 734-7190 | Daytona Beach (386) 255-6475 | New Smyrna Beach (386) 427-5223 | Osteen (407) 860-3322

PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Motivo del plan: _____ Alergias: _____

Esta autorización es válida para este año escolar, a no ser que se indique una fecha anterior: _____

POSIBLES SITUACIONES DE URGENCIA:

SI OBSERVA ESTO:	HAGA ESTO:

Si se observa alguna de las situaciones anteriores:
1. Un adulto deberá quedarse con el estudiante.
2. Comunique lo siguiente a la enfermera: nombre del estudiante, dónde se encuentra el estudiante, el problema.
3. La enfermera examinará al estudiante y evaluará la situación antes de decidir lo que se debe hacer.
4. Si el tratamiento no funciona, se hará una llamada al 911.
5. Si la enfermera de la escuela no está disponible, se deberá notificar a las siguientes personas para que tomen una decisión:

Información de emergencia:

Domicilio del estudiante: _____Teléfono: _____
Madre: _____ Tel. del trabajo: _____ Tel. de casa: _____
Padre: _____ Tel. del trabajo: _____ Tel. de casa: _____
Otro contacto: _____ Tel. del trabajo: _____ Tel. de casa: _____
Hospital preferido: _____Teléfono:_____
Sala de urgencias del hospital local: _____Teléfono:_____
Médico de medicina general: _____Teléfono:_____
Especialistas: _____ Teléfono: _____
_____Teléfono:_____

AUTORIZACIÓN:

☐ Sí ☐ No Autorizo al médico y al personal del distrito escolar a que intercambien información pertinente sobre la condición y el progreso de este niño.

_____ _____
Padre/madre/tutor Fecha Firma del médico Fecha

_____ _____
Administrador Fecha Firma del supervisor de enfermería Fecha

El plan de atención de urgencia deberá modificarse de acuerdo a las necesidades concretas del estudiante.

El plan de atención de urgencia se le envío a la oficina de transporte el día: