

Form 3-46sp

**Community Action Team**  
**CHILD & FAMILY DEVELOPMENT PROGRAMS**

Plan de Atención Individual  
(Para el asma, completar plan de asma forma 3-48)

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DOB del niño: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO**

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Proveedor médica primaria \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Especialista (si aplica) \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

El padre/tutor será notificado inmediatamente de cualquier sospecha de reacción alérgica, o si el niño entró en contacto con el alérgeno, incluso si no ocurrió una reacción.

**INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL NIÑO**

Diagnóstico, signos y síntomas:

Describe cualquier modificación que sea necesaria para que el niño asista a la escuela:

Alergias:

**MEDICAMENTO(S) – Recetados y de venta libre**

Medicamentos que se administrarán durante la escuela o en caso de emergencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha de caducidad

**PLAN DE RESPUESTA DE EMERGENCIA**

1. Describa los síntomas que provocarían la administración de medicamentos de emergencia:

---



---



---

2. Enumere los pasos y procedimientos a seguir durante una emergencia relacionada con la condición médica especial del niño:

---



---



---

**ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL**

Enumere el entranamiento requerida para el personal antes de que el niño asista:

---



---

FIRMAS		FECHA
Padres/Tutores:		
Personal de Head Start:		
Proveedor de salud:		