

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:

Describa 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:		