

## **Formulario de plan de atención médica individual**

Foto del niño

**El plan debe renovarse anualmente o cuando la condición del niño cambie**

*Marque todo lo que corresponda.....*

**El plan fue creado por:**

- Padre
- Doctor o practicante con licencia
- Consultor de atención médica del programa
- Niño de edad escolar mayor (9+ años de edad)
- Otro: \_\_\_\_\_

**El plan es mantenido por:**

- Director
- Subgerente
- Educador de niños
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:	Fecha:
¿Algún cambio en el plan de atención médica del niño? <b>SÍ</b> (indique los cambios a continuación) <b>NO</b> (se requieren firmas actualizadas del médico / padres)	
Nombre de la condición crónica de atención médica:	
Descripción de la condición crónica de atención médica:	
Síntomas:	
Tratamiento médico necesario durante el programa:	
Posibles efectos secundarios del tratamiento:	
Posibles consecuencias si el tratamiento no se administra:	
Nombre de los educadores que recibieron capacitación sobre la condición médica:	
Persona que capacitó al educador (Practicante de atención médica del niño, padre del niño, Consultor de atención médica del programa):	

Nombre del profesional de la salud con licencia (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Autorización de un profesional de atención médica con licencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento de los padres / tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO para niños mayores (mayores de 9 años)**

With written parental consent and authorization of a licensed health care practitioner, this Individual Health Care Plan Con el consentimiento por escrito de los padres y la autorización de un profesional de la salud con licencia, este Plan de Atención Médica Individual permite a los niños de edad escolar mayores llevar su propio autoinyector de inhalador y / o epinefrina y usarlo según sea necesario sin la supervisión directa de un educador.

El educador conoce los contenidos y requisitos del Plan de atención médica individual del niño que especifica cómo el inhalador o el autoinyector de epinefrina se mantendrán seguros del acceso de otros niños en el programa. Siempre que un Plan de atención médica individual prevea que un niño lleve su propio medicamento, el titular de la licencia debe mantener en el lugar un suministro de respaldo del medicamento para su uso según sea necesario.

Edad del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Recibió medicamentos de respaldo? SÍ

NO Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del administrador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_