SERVICIOS DE SALUD

APORTACIONES DE LOS PADRES/TUTOR – MANEJO DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Año escolar 20___ -20___

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de padres/tutores: _____
Números de contacto: _____
(Número(s) de teléfono de contacto de los padres/tutores durante el horario escolar)

Nombre del médico: _____ Numero de contacto: _____

Mi hijo tiene una traqueostomía debido a _____

La traqueotomía se encuentra colocada desde los _____ años de edad.

Tipo/tamaño de traqueotomía: _____

Marque los elementos a continuación que se aplican a su hijo y proporcione la información necesaria y las órdenes médicas (HEAF051 – Órdenes médicas para el cuidado de la traqueotomía).

____ El niño necesita ayuda con el cuidado diario de su traqueotomía.

____ El niño es capaz de manejar la mayoría de los aspectos del cuidado diario de su traqueotomía, pero necesitará ayuda con lo siguiente: _____

____ El niño es capaz de gestionar el cuidado diario de su traqueotomía de forma independiente.

La atención de rutina que será necesaria para la traqueotomía durante el horario escolar incluye:

Marque todo lo que corresponda y proporcione información y órdenes médicas (HEA-F051 – Órdenes médicas para cuidados de traqueotomía).

____ Oxigeno _____
____Humidificación _____
____ Indicaciones para la succión _____
____ Succionando _____
____ Cuidado de la piel/estoma _____
____ Otras instrucciones/comentarios
_____

Instrucciones para posibles situaciones de emergencia que pueden ocurrir con la traqueotomía.
Coloque una estrella (*) si ocurrió durante el último año.
___ Tapón de mucosidad _____
___ Traqueostomía desalojada (parcialmente fuera)
_____
___ Decanulación accidental (traqueotomía fuera)
_____
___ Otro _____

****Se requiere que los padres proporcionen todo el equipo necesario al enfermero/a de la escuela antes de que el procedimiento se realice. ****

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha