Plan de salud individual (IHP) – CONFIDENCIAL

Problema de salud: _____

Información del estudiante:

(Por favor, escriba)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Profesor/a: _____

Historial médico:

Diagnóstico: _____

Alergias: _____

Enumere las precauciones relacionadas con el problema de salud de su hijo/a:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Intervenciones médicas que usted (el padre/madre/tutor) cree que serían necesarias en la escuela:
Aparte de recibir medicamentos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

He revisado y estoy de acuerdo con este plan de atención. Entiendo que es mi responsabilidad mantener esta información actualizada.

Notifique a la enfermera escolar y proporcione un formulario actualizado al menos una vez al año.

Firma padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma enfermera escolar: _____ **Fecha:** _____

Revisado por la enfermera registrada del distrito: _____ **Fecha:** _____

_____ **Medicación en la escuela** _____ **Equipo requerido en la escuela**