

PLAN DE SALUD/EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUDO

IEP de SELPA del Condado de Ventura

Nombre del Estudiante _____ F.D.N. _____ Fecha de la Reunión de IEP _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Domicilio _____ correo electrónico _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Domicilio _____ correo electrónico _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Proveedores de atención médica: Nombre/teléfono _____ Nombre/teléfono _____

Nombre/teléfono _____ Nombre/teléfono _____

Plan Preparado por _____, RN Teléfono celular _____ Teléfono de Trabajo _____

Tipo de Plan: Plan de Emergencia Plan de Salud

Fecha escrita _____ Fechas de Revisión _____

ESTUDIANTE – EMERGENCIA ESPECÍFICAS: _____

Medicamentos:	
Alergias:	
Historia:	

SI VES ESTO	HAS ESTO
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

SI OCURRE UNA EMERGENCIA: Llama al 9-1-1 para emergencias en peligro de vida. Permanece con el estudiante o designa a otro adulto para hacerlo. Proporciona cuidado continuo al estudiante. Llama al director y/o enfermera de la escuela.

Los siguientes miembros del personal están capacitados para hacer frente a una emergencia, y para iniciar los trámites necesarios: _____
