



# SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

2022-2023 Año escolar

Estimado Padre / Tutor,

Mantener a los estudiantes seguros y saludables en la escuela sigue siendo el objetivo del Departamento de Enfermería del Distrito Escolar de San Mateo-Foster City. Si bien los estudiantes continúan trabajando en el aprendizaje a distancia por ahora, estamos planeando con anticipación para un momento en el que volverán a recibir instrucción en persona en la escuela.

Apoyar a los estudiantes diagnosticados con trastornos convulsivos sigue siendo una prioridad y agradecemos su ayuda para ayudarnos en ese esfuerzo. Gracias por tomarse un momento para revisar el paquete de convulsiones adjunto.

Solicite al equipo médico de su hijo que complete y devuelva el paquete de convulsiones adjunto. Además, asegúrese de incluir las órdenes médicas más recientes de su hijo y devuelva su documentación lo antes posible.

Gracias por su ayuda y avíseme si tiene alguna pregunta.

Espero trabajar con ustedes este año.

Sinceramente,  
*Catherine Le*

Catherine Le, RN  
El Departamento de Enfermería de SM-FC  
**Student Services**  
1170 Chess Drive  
Foster City, California 94404  
Tel: 650-312-7295  
Fax: 650-655-3394  
[Cle@smfc.k12.ca.us](mailto:Cle@smfc.k12.ca.us)



1170 Chess Drive  
Foster City, California 94404  
650.312.7700 Tel  
650.312.7779 Fax  
[www.smfcisd.net](http://www.smfcisd.net)

Board of Trustees  
**Kenneth Chin, Noelia Corzo, Alison Proctor, Shara Watkins,**  
Superintendent  
Diego R. Ochoa

# DISTRITO ESCOLAR DE SAN MATEO Y FOSTER CITY

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Información del Estudiante/ Padres

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_

Información para ser Liberada de: \_\_\_\_\_

Agencia/Persona: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Información para ser Liberada a y Usada por:

Agencia: Distrito Escolar de San Mateo y Foster City      Atención: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Propósito de la Información Requerida

- Liberación de información de salud a pedido del padre/ madre, tutor o representante legal del estudiante
- Plan educacional y servicios provistos al estudiante
- Otro: \_\_\_\_\_

Documentos: Marque el casillero, inicie y/ o firme para especificar que tipo de información se puede revelar.

- |   |                 |       |       |
|---|-----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> <b>RESUMEN MÉDICO</b>                  | _____ (inicial) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>EXAMEN FÍSICO</b>                   |                 | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> <b>DOCUMENTOS PSIQUIATRICOS</b>        |                 | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> <b>PRUEBAS DE VACUNAS</b>              |                 | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> <b>RESULTADOS/PRUEBAS LAB/ RAYOS X</b> |                 | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> <b>INTERCAMBIO VERBAL</b>              |                 | Firma | Fecha |
| <input type="checkbox"/> <b>OTRA INFORMACIÓN DE SALUD</b>       |                 | Firma | Fecha |

Especifique los documentos a revelar: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN:** Esta autorización debe de ser efectiva inmediatamente y deberá de permanecer en efecto por un año a la fecha de la firma a no ser que se especifique otra fecha aquí \_\_\_\_\_ (Fecha)

**REVOCACIÓN:** Esta autorización también está sujeta en cualquier momento a una revocación escrita por el padre, madre o tutor. La revocación escrita será efectiva cuando se recibe, excepto en la medida en que la parte reveladora u otros han actuado confiando en esta autorización.

**VOLVER A REVELAR:** Entiendo que el destinatario no podrá legalmente usar o revelar luego la información de salud a no ser, que se obtenga otra autorización mía o a no ser que ese uso o revelación esté específicamente requerido o permitido por la ley.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original. El padre, madre o tutor tiene el derecho a una copia de esta autorización

\_\_\_\_\_  
Firma  
Rev. 7/2022

\_\_\_\_\_  
Fecha

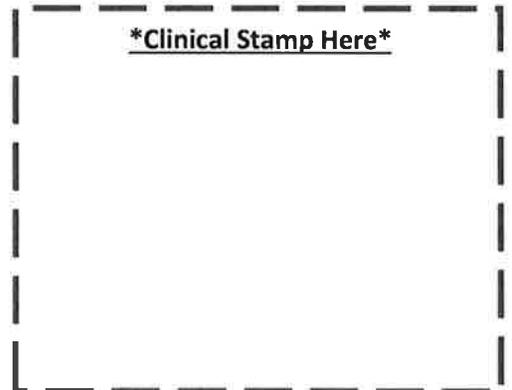
FORMULARIO DE PROTOCOLO E INFORMACIÓN DE CONVULSIÓN

Escuela \_\_\_\_\_ maestro(a) \_\_\_\_\_ año escolar \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Tipo de convulsión \_\_\_\_\_ duración \_\_\_\_\_ frecuencia \_\_\_\_\_  
Síntomas de la convulsión \_\_\_\_\_  
Fecha de la última convulsión \_\_\_\_\_ señales de advertencia/causa \_\_\_\_\_

**\*Por favor pídale al médico que receta el medicamento que proporcione la siguiente información:**

Medicamento \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ vía de administración \_\_\_\_\_  
Instrucciones para la administración \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_ dirección \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
Firma del médico \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Padre de familia/tutor(a) \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_  
Contactos de Emergencia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia/tutor(a) \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_



Protocolos escolares:

1. Reposar al estudiante en el suelo, protegiendo al alumno(a) de cualquier objeto afilado. Los estudiantes en sillas de ruedas deben de permanecer en sus sillas.
2. NO coloque nada en la boca del alumno(a).
3. Si es posible, colocar de manera segura al estudiante de lado para mantener las vías respiratorias abiertas y para drenar las secreciones.
4. Anotar el tiempo. Observar y registrar como transcurre y su duración.
5. Revisar el color de la piel y monitorear la respiración a lo largo de la convulsión.
6. Llame al padre de familia/tutor(a) y a la enfermera del distrito para informarles a ellos sobre la convulsión.

SE LLAMARÁ AL 911 SI:

1. El estudiante está herido o es diabético.
2. La convulsión continúa después de cinco minutos o se presenta un conjunto de convulsiones repetitivas sin recuperar la consciencia.
3. En cualquier momento durante la convulsión, el estudiante se pone azul o tiene dificultad para respirar.
4. El personal escolar determina que el alumno(a) está en peligro.
5. El personal de la escuela llamará al padre de familia/tutor(a), a la oficina principal y a la enfermera del distrito.
6. El personal escolar seguirá al estudiante si es llevado al hospital en ambulancia.



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Maestro \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

**DEBE SER COMLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD CERTIFICADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA RECETAR MEDICAMENTOS.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PARA EL CUAL SE RECETA EL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOSIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Vía de Administración: \_\_\_\_\_

SI LA DOSIFICACIÓN COMO SE REQUIERA (PRN), LOS SÍNTOMAS AQUE LO HAGAN NECESARIO Y LA FRECUENCIA PERMISIBLE \_\_\_\_\_

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: \_\_\_\_\_

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: \_\_\_\_\_

**Es necesario que él o ella reciba el medicamento recetado anotado arriba durante horas escolares. El medicamento podrá ser administrado por empleados entrenados, no médicos de la escuela, bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. La enfermera de la escuela puede no estar presenta durante la administración del medicamento.**

FECHA: \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

SELLO DEL MÉDICO/CLÍNICA: \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela para que administre medicamentos a mi niño durante el día escolar según lo ha recetado el médico del niño.**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, SE ME PUEDE LOCALIZAR EN EL SIGUIENTE TELÉFONO: \_\_\_\_\_**



