



### Protocolo de condición crónica

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado padre / tutor de:

\_\_\_\_\_  
Usted ha indicado que su estudiante tiene un diagnóstico crónico de:

\_\_\_\_\_  
Por favor complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo/a con el personal escolar apropiado. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial.

Los síntomas de su estudiante de este diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Se ha necesitado hospitalización en el último año para esta condición de salud? ☐ No ☐ Sí

Fecha de la última hospitalización:

\_\_\_\_\_

Proveedor médico:

\_\_\_\_\_

Medicamentos para este diagnóstico:

\_\_\_\_\_

Plan de tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se necesita atención de enfermería en la escuela? ☐ No ☐ Sí Describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_