



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: