

Departamento de Salud del Condado de Mecklenburg
Programa de Salud Escolar
PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

Nombre: _____ Alergias: _____

Escuela: _____ Año: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Maestro principal del estudiante: _____ Salón: _____ N° de ID del estudiante _____

Padre de familia/Tutor: _____ Tel. (Casa) _____

Dirección: _____ Tel. (Trabajo) _____

Padre de familia/Tutor: _____ Tel. (Casa) _____

Dirección: _____ Tel. (Trabajo) _____

Tel. de Contacto de Emergencia # 1 _____

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Tel. de Contacto de Emergencia # 2 _____

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Médico que está tratando al estudiante por células falciformes: _____ Tel.: _____

Otro Médico: _____ Tel.: _____

PLAN DE EMERGENCIA

(Llene las líneas en blanco, tache y ponga sus iniciales en los pasos a seguir que no sean necesarios para éste estudiante)

1. Primeras señales de aviso de crisis:

- Dolor en la articulación, hinchazón o calor en la articulación
- Fatiga
- Fiebre (más de 101°)
- Dolor de cabeza
- Comienzo de palidez (base de la uña y tejido alrededor de los ojos)
- Otro: _____

2. Pasos a seguir si las primeras señales de aviso ocurre:

- Permita que descanse
- Ofrezca líquidos
- Comuníquese con los padres de familia/tutor
- Otro: _____

3. Es necesario responder de forma urgente cuando el estudiante tiene síntomas tal como:

- Dolor muy fuerte generalizado
- Dolor de cabeza muy fuerte
- Debilidad de un lado, habla con palabras arrastradas
- Comportamiento anormal
- Dificultad despertando, decaimiento
- Tos fuerte repentina
- Dolor de pecho
- Hinchazón abdominal, dolor abdominal
- Otro: _____

4. Pasos a seguir durante una crisis de células falciformes:

- Comuníquese con los padres de familia/tutor o el consultorio del médico
- Ofrezca líquidos, si está alerta
- Llame al 911 y llévelo al Hospital _____

- Otro: _____

Plan Diario para Control:

1. ¿Usa su hijo/a un brazalete de “Medic Alert” (Alerta Medica)? Sí _____ No _____
(Esto se recomienda mucho)
2. ¿Qué medicina está tomando su hijo/a actualmente?
Nombre: _____ Cantidad: _____ Hora del Día: _____
Nombre: _____ Cantidad: _____ Hora del Día: _____
3. ¿Toma algún medicamento para el dolor? Sí _____ No _____
Nombre: _____ Cantidad: _____ Hora del Día: _____
4. ¿Hay algunas actividades en la que su hijo/a NO PUEDE participar? _____

5. ¿Hay actividades que provocan una crisis de dolor? Explique brevemente. _____

6. ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado alguna vez por crisis? Si ha sido, ¿cuando? _____

*** POR FAVOR TOME ENCUESTA: Si tiene que tomar medicamentos durante horas de clases, el padres de familia y el médico tienen que llenar un formulario de autorización de medicamentos y éste debe de ser archivado en la escuela.**

Firma del padre de familia/tutor: _____ Fecha: _____
Parent/Guardian Signature *Date*

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____
School Nurse Signature *Date*

Esta información será compartida con el personal apropiado de la escuela a no ser que usted indique lo contrario.