

SE DEBE MANTENER EN REGISTRO PERMANENTE. NO DESTRUYA.



Plan de Salud para migrañas y/o los dolores de cabeza

Nombre del Estudiante: _____ FDN: _____

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela lo más pronto posible. Si su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela, debemos tener un formulario de autorización de medicamentos completo. Si su hijo(a) tiene una dieta especial, por favor consulte al encargado (a) de la cafetería de su escuela. Es su responsabilidad informar al personal de la escuela sobre las necesidades médicas de su hijo(a). Este plan de atención se mantendrá en el archivo de su estudiante. Si es necesario hacer cambios a este plan de atención, por favor notifique a su Enfermera Escolar.

Enfermera Escolar _____

Teléfono _____

Abajo en continuación en círculos se encuentran los DESENCADENANTES que contribuyen al inicio de un dolor de una migraña y/o cabeza en mi hijo:

- Falta de una comida
 - Cambios de clima
 - Esfuerzo excesivo
 - Falta de sueño
 - Estrés
 - Varios olores
 - Exceso de sueño
 - Enfermedad física
 - Ruidos fuertes/continuos
- Ciertos alimentos/bebidas (específicos para este estudiante): _____
- Otro _____

Abajo en continuación en círculos están los síntomas indicando la necesidad INMEDIATA para excusar a mi niño de actividades en la clase:

- Migraña y/o Dolor de cabeza en un lado de la cabeza
- Sensibilidad a la luz, ruido, y/o los olores
- Aura y/o síntomas pre - migraña: _____
- Otro: _____
- Nausea con o sin vómitos
- Entumecimiento y/o hormiguelo
- Los trastornos visuales

INTERVENCIÓN POR EL PERSONAL ESCOLAR:

El tratamiento debe comenzar con el primer síntoma. Para que el medicamento sea efectivo ¡NO ESPERE! Al retrasar el tratamiento durante cinco minutos puede resultar en ningún alivio de los síntomas.

1. Permitir que el estudiante descanse tranquilamente en el salón de clases o en el salón de salud según sea necesario.
2. Administrar medicamentos, si se los recetaron.
3. Si la migraña y/o dolor de cabeza no se alivia en una hora, comuníquese con el padre y/o guardián.
4. Notifique a la enfermera escolar y al padre si el estudiante sufre más de una migraña y/o dolor de cabeza por semana.
5. Otra información relacionada _____

Firma del padre y/o guardián _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Otro) _____

Los maestros son responsables de establecer unos medios de notificar a todos los demás que puedan asumir responsabilidad de este estudiante (asistentes de maestros, maestros substitutos, maestros de especialidad), de que este plan existe.