

CUESTIONARIO PARA PADRES DE ESTUDIANTES CON CONVULSIONES

Por favor completar todas las preguntas. Esta información es muy importante para la enfermera de la escuela y el personal escolar para poder determinar las necesidades especiales de su hijo(a) y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y con apoyo. Si tienen preguntas acerca de como llenar este formulario, pueden comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

INFORMACIÓN DE CONTACTOS::

Nombre del Estudiante	Año Escolar	Fecha de Nacimiento	
Escuela	Grado	Salón de Clases	
Padre/Guardián	Teléfono	Trabajo	Celular
Dirección Electrónica Email del Padre/Guardián			
Otro Contacto de Emergencia	Teléfono	Trabajo	Celular
Neurólogo del Estudiante	Teléfono	Dirección	
Médico que Trata al Estudiante	Teléfono	Dirección	
Historia Médica o Condiciones Significantes			

INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CONVULSIONES::

1. ¿Cuándo fué su hijo(a) diagnosticado con convulsiones o epilepsia? _____
2. Clase(s) de convulsión(es) _____

Clase de Convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

3. ¿Qué podría provocar una convulsión a su hijo(a)? _____
4. ¿Hay algunas señales de aviso y/o cambios de comportamiento antes de que ocurra una convulsión? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____
5. ¿Cuándo tuvo su hijo(a) su última convulsión? _____
6. ¿Há habido algún cambio reciente en el patrón de convulsiones de su hijo(a) SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____
7. ¿Cómo reacciona su hijo(a) después que una convulsión ha terminado? _____
8. ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo(a) _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y ALIVIO:

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su hijo(a) tiene una convulsión en la escuela?
10. ¿Necesitará su hijo(a) salir del salón de clases después de una convulsión? SI NO
Si contestan SI, qué procedimiento recomendaría usted para que su hijo(a) regrese a su salón de clases:

Primeros Auxilios Básicos para Convulsiones:

- ✓ Tener calma y llevar control del tiempo
 - ✓ Mantener al estudiante libre de todo peligro
 - ✓ No restringirlo(a)
 - ✓ No poner nada en la boca
 - ✓ Quedarse con el estudiante hasta que se encuentre completamente consciente
 - ✓ Anotar la convulsión en el diario
- Para convulsiones "tonic-clonic (grand mal)":
- ✓ Proteger la cabeza
 - ✓ Mantener el conducto respiratorio abierto / observar la respiración
 - ✓ Poner al estudiante de un lado

CONVULSIONES DE EMERGENCIA:**Una convulsión es generalmente considerada una emergencia cuando:**

11. Por favor describir que constituye una emergencia para su hijo(a). (La respuesta puede necesitar consulta con el médico que trata a su hijo(a) y la enfermera de la escuela.)

- Un ataque convulsivo (tonic-clonic) dura más de 5 minutos
- El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar conocimiento
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante tiene una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultad para respirar
- El estudiante tiene una convulsión en el agua

12. ¿Há sido su hijo(a) hospitalizado por convulsiones continuas? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar:

MEDICINAS PARA LAS CONVULSIONES E INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO:

13. ¿Qué medicina(s) toma su hijo(a)?

Medicina	Fecha en que Comenzó	Dosis	Frecuencia y Hora del Día en que Toma	Efectos Secundarios Posibles

14. ¿Qué medicinas de emergencia / auxilio han sido recetadas para su hijo(a)?

Medicina	Dosis	Instrucciones para Suministro (horario* y método**)	Que Hacer Después de Siministrarla

* Después de la 2da y 3ra Convulsión, para un grupo de convulsiones, etc. ** Oralmente, debajo de la lengua, por el recto, etc.

15. ¿Qué medicina(s) su hijo(a) necesitará tomar durante las horas escolares? _____

16. ¿Debe alguna de estas medicinas ser suministrada en una forma especial? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____

17. ¿Se debe observar alguna reacción particular? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____

18. ¿Qué se debe hacer si su hijo(a) pierde una dosis _____

19. ¿Debería la escuela tener medicina de reserva disponible para dar a su hijo(a) en reemplazo de la dosis perdida? SI NO

20. ¿Quieren que se los llame antes de suministrar la medicina de reserva en reemplazo de una dosis perdida? SI NO

21. ¿Tiene su hijo(a) un "Vagus Nerve Stimulator"? SI NO
Si contestan SI, describan las instrucciones para el uso apropiado del imán.

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES:

22. Marcar todo lo que aplica y describir cualquier consideración o precaución que se debe tomar:

- Salud general _____
- Educación física (gimnasio/deportes) _____
- Funcionamiento físico _____
- Recreo _____
- Aprendizaje _____
- Viajes de excursión _____
- Comportamiento _____
- Transporte en autobus _____
- Disposición / como enfrenta la situación _____
- Otro _____

TEMAS DE COMUNICACIÓN GENERAL:

23. ¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con ustedes acerca de las convulsiones de su hijo(a)? _____

24. ¿Se puede compartir esta información con los maestros de las clases y otro personal escolar apropiado? SI NO

Firma del Padre / Guardián _____ **Fecha** _____

CUESTIONARIO PARA PADRES DE ESTUDIANTES CON CONVULSIONES

Por favor completar todas las preguntas. Esta información es muy importante para la enfermera de la escuela y el personal escolar para poder determinar las necesidades especiales de su hijo(a) y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y con apoyo. Si tienen preguntas acerca de como llenar este formulario, pueden comunicarse con la enfermera de la escuela de su hijo(a).

INFORMACIÓN DE CONTACTOS::

Nombre del Estudiante	Año Escolar	Fecha de Nacimiento	
Escuela	Grado	Salón de Clases	
Padre/Guardián	Teléfono	Trabajo	Celular
Dirección Electrónica Email del Padre/Guardián			
Otro Contacto de Emergencia	Teléfono	Trabajo	Celular
Neurólogo del Estudiante	Teléfono	Dirección	
Médico que Trata al Estudiante	Teléfono	Dirección	
Historia Médica o Condiciones Significantes			

INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CONVULSIONES::

1. ¿Cuándo fué su hijo(a) diagnosticado con convulsiones o epilepsia? _____
2. Clase(s) de convulsión(es) _____

Clase de Convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción

3. ¿Qué podría provocar una convulsión a su hijo(a)? _____
4. ¿Hay algunas señales de aviso y/o cambios de comportamiento antes de que ocurra una convulsión? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____
5. ¿Cuándo tuvo su hijo(a) su última convulsión? _____
6. ¿Há habido algún cambio reciente en el patrón de convulsiones de su hijo(a) SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____
7. ¿Cómo reacciona su hijo(a) después que una convulsión ha terminado? _____
8. ¿Cómo afectan otras enfermedades el control de las convulsiones de su hijo(a) _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y ALIVIO:

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su hijo(a) tiene una convulsión en la escuela?
10. ¿Necesitará su hijo(a) salir del salón de clases después de una convulsión? SI NO
Si contestan SI, qué procedimiento recomendaría usted para que su hijo(a) regrese a su salón de clases:

Primeros Auxilios Básicos para Convulsiones:

- ✓ Tener calma y llevar control del tiempo
 - ✓ Mantener al estudiante libre de todo peligro
 - ✓ No restringirlo(a)
 - ✓ No poner nada en la boca
 - ✓ Quedarse con el estudiante hasta que se encuentre completamente consciente
 - ✓ Anotar la convulsión en el diario
- Para convulsiones "tonic-clonic (grand mal)":
- ✓ Proteger la cabeza
 - ✓ Mantener el conducto respiratorio abierto / observar la respiración
 - ✓ Poner al estudiante de un lado

CONVULSIONES DE EMERGENCIA:**Una convulsión es generalmente considerada una emergencia cuando:**

11. Por favor describir que constituye una emergencia para su hijo(a). (La respuesta puede necesitar consulta con el médico que trata a su hijo(a) y la enfermera de la escuela.)

- Un ataque convulsivo (tonic-clonic) dura más de 5 minutos
- El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar conocimiento
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante tiene una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultad para respirar
- El estudiante tiene una convulsión en el agua

12. ¿Há sido su hijo(a) hospitalizado por convulsiones continuas? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar:

MEDICINAS PARA LAS CONVULSIONES E INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO:

13. ¿Qué medicina(s) toma su hijo(a)?

Medicina	Fecha en que Comenzó	Dosis	Frecuencia y Hora del Día en que Toma	Efectos Secundarios Posibles

14. ¿Qué medicinas de emergencia / auxilio han sido recetadas para su hijo(a)?

Medicina	Dosis	Instrucciones para Suministro (horario* y método**)	Que Hacer Después de Siministrarla

* Después de la 2da y 3ra Convulsión, para un grupo de convulsiones, etc. ** Oralmente, debajo de la lengua, por el recto, etc.

15. ¿Qué medicina(s) su hijo(a) necesitará tomar durante las horas escolares? _____

16. ¿Debe alguna de estas medicinas ser suministrada en una forma especial? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____

17. ¿Se debe observar alguna reacción particular? SI NO
Si contestan SI, por favor explicar _____

18. ¿Qué se debe hacer si su hijo(a) pierde una dosis _____

19. ¿Debería la escuela tener medicina de reserva disponible para dar a su hijo(a) en reemplazo de la dosis perdida? SI NO

20. ¿Quieren que se los llame antes de suministrar la medicina de reserva en reemplazo de una dosis perdida? SI NO

21. ¿Tiene su hijo(a) un "Vagus Nerve Stimulator"? SI NO
Si contestan SI, describan las instrucciones para el uso apropiado del imán.

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES:

22. Marcar todo lo que aplica y describir cualquier consideración o precaución que se debe tomar:

- Salud general _____
- Funcionamiento físico _____
- Aprendizaje _____
- Comportamiento _____
- Disposición / como enfrenta la situación _____
- Educación física (gimnasio/deportes) _____
- Recreo _____
- Viajes de excursión _____
- Transporte en autobus _____
- Otro _____

TEMAS DE COMUNICACIÓN GENERAL:

23. ¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con ustedes acerca de las convulsiones de su hijo(a)? _____

24. ¿Se puede compartir esta información con los maestros de las clases y otro personal escolar apropiado? SI NO

Firma del Padre / Guardián _____ Fecha _____

KLEIN ISD - PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES

Fecha de vigencia _____

ESTE ESTUDIANTE ESTA EN TRATAMIENTO PARA UN DESORDEN DE CONVULSIONES. LA INFORMACIÓN QUE SIGUE A CONTINUACIÓN PODRÁ AYUDAR SI UNA CONVULSIÓN OCURRE DURANTE HORAS ESCOLARES.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID# _____
 Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____ Celular _____
 Otros Números de Emergencia: _____
 Médico que lo(a) Trata: _____ Teléfono: _____
 Historia Médica Importante/Diagnóstico: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LAS CONVULSIONES

Clase de Convulsión	Promedio de Duración	Descripción

Promedio de Frecuencia : _____
 Provocadores de la Convulsión ó Señales de Aviso: _____
 Reacción del Estudiante a la Convulsión: _____

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: CUIDADO Y ALIVIO:

¿Necesita el estudiante salir del salón de clases después de una convulsión? SI NO
 Si contestan SI, describir el proceso para que el estudiante regrese a su salón de clases. _____

¿Se debe llamar al 911 si la convulsión dura menos de 5 minutos? SI NO

- Primeros Auxilios Básicos para Convulsiones:**
- ✓ Tener calma y llevar control del tiempo
 - ✓ Mantener al estudiante libre de todo peligro
 - ✓ No restringirlo(a)
 - ✓ No poner nada en la boca
 - ✓ Quedarse con el estudiante hasta que se encuentre completamente consciente
 - ✓ Anotar la convulsión en el diario
- Para convulsiones “tonic-clonic (grand mal)”:**
- ✓ Proteger la cabeza
 - ✓ Mantener el conducto respiratorio abierto / observar la respiración
 - ✓ Poner al estudiante de un lado

REACCIÓN A UNA EMERGENCIA:

Una “convulsión de emergencia” para este estudiante está definida así: _____

Procedimiento de Emergencia en una Convulsión: *(Marcar todo lo que aplica y clarificar abajo)*

Comunicarse con la enfermera de la escuela en _____
 Llamar al 911 para trasportar al _____
 Notificar a los padres o contacto de emergencia _____
 Notificar al médico _____
 Suministrar las medicinas de emergencia como se indica abajo _____
 Otro _____

- Una convulsión es considerada una emergencia y se debe llamar al 911 cuando:
- ✓ Un ataque convulsivo (tonic-clonic) dura más de 5 minutos
 - ✓ El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar conocimiento
 - ✓ El estudiante tiene una convulsión por primera vez
 - ✓ El estudiante está herido o tiene diabetes
 - ✓ El estudiante tiene una convulsión en el agua
 - ✓ El estudiante tiene dificultad para respirar

PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DURANTE HORAS ESCOLARES:

Medicina Diaria	Dosis y Hora del Día en que se Suministra	Efectos Secundarios Comunes e Instrucciones Especiales

Medicina de Emergencia/Auxilio _____

¿Tiene el estudiante un “Vagus Nerve Stimulator (VNS)”? SI NO
 Si contestan SI, describir el uso del imán _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES DE SEGURIDAD:

(relacionadas con actividades escolares, deportes, viajes, etc.)

Firma del Médico: _____ Fecha: _____
 Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Klein Independent School District

Central Office
7200 Spring-Cypress Road
Klein, Texas 77379-3299
832.249.4000

Instructional Center
4411 Louetta Road
Spring, Texas 77388-4414
832.249.5000

Procedure for Administration of Diazepam Rectal Gel (Diastat)

PURPOSE:

To assure the safe and timely administration of Diazepam Rectal Gel (Diastat) if it should become necessary during the time the child is at school. Diazepam Rectal Gel (Diastat) is an emergency intervention drug used in controlling or stopping status epilepticus or other seizures. This medication is given as ordered by the physician and can be administered only by the registered professional school nurse or the school nurse's delegate.

EQUIPMENT:

Completed Klein ISD Diazepam Rectal Gel (Diastat) orders signed by the physician.
Written parental permission.
Properly labeled pharmaceutical container with unexpired medication.
Copy of procedure with diagrams.

PROCEDURE:

1. Keep calm – let seizure run its course.
2. **DO NOT** attempt to restrain student or force object between teeth.
3. Ease child to floor if possible and remove objects which may cause injury.
4. Turn on side to prevent aspirating saliva.
5. Loosen tight clothing and place something soft and flat under head.
6. Time seizure and observe seizure pattern.
7. Have student's care plan and emergency care plan in place.
8. Administer Diazepam Rectal Gel (Diastat) according to attached order.
9. Call 911 unless otherwise directed by physician.
10. **Call 911 for the initial dose of Diazepam Rectal Gel (Diastat.)**
11. Call parent or guardian to take child home from school after administration of Diazepam Rectal Gel (Diastat) if physician has indicated that it is not necessary to call 911. The child should be closely observed for breathing, color, and other possible side effects of treatment for 4 hours.
12. Allow child to rest and observe closely until emergency personnel or parent/guardian arrives to take child home. **Do not leave child unattended.**
13. Document Diazepam Rectal Gel (Diastat) on medication log both front and reverse and complete comprehensive nurse's note in computer.

Klein Independent School District

Central Office
7200 Spring-Cypress Road
Klein, Texas 77379-3299
832.249.4000

Instructional Center
4411 Louetta Road
Spring, Texas 77388-4414
832.249.5000

DIAZEPAM RECTAL GEL (DIASTAT) ORDERS

Student's Name: _____
Last First

DOB: _____ Grade: _____ ID#: _____

School Year: _____

Procedure for Administration of Diazepam Rectal Gel (Diastat):

1. Diazepam Rectal Gel (Diastat) Dosage: _____
2. Indications for treatment (be very specific) including length of time seizure should last before treatment begins: _____

3. Side effects expected after the administration of medication: _____

4. Action to be taken if child has bowel movement or expels medication: _____

5. Should medication be given if child has fever, respiratory infection or cold: _____
6. Protocol is to call 911 after administering Diazepam Rectal Gel (Diastat) unless specifically ordered otherwise (and always after initial dose of this drug). Please explain in detail any circumstances where it is not necessary to call 911:

7. **Please note: if prolonged seizure occurs at any time when a school nurse (RN) is not available, 911 will be called.**

Printed name of physician: _____

Physician's signature: _____

Physician's phone number: _____ Fax: _____

Date: _____

I request that Diazepam Rectal Gel (Diastat) be administered to my child according to the signed protocol from my physician.
I hereby give my permission for the school nurse to consult with the prescribing physician regarding the above orders.

Parent's Signature _____ Date: _____

Emergency phone numbers: _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AVISO DE TRASPASO/CONSENTIMIENTO PARA ADQUIRIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha/Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nosotros estamos pidiéndole su autorización para que el Distrito de Klein (o su agente) hable con las personas especificadas en relación con el estudiante arriba mencionado y el traspaso o petición de los documentos especificados conteniendo información confidencial en relación con el estudiante arriba mencionado.

<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA TRASPASAR INFORMACION A: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ <input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA PEDIR INFORMACION DE: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	<p align="center">DOCUMENTOS PEDIDOS</p> <input type="checkbox"/> Todos los registros educacionales <input type="checkbox"/> Transcripciones & Vacunas <input type="checkbox"/> Valoraciones Académicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Psicológicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Comprensivas <input type="checkbox"/> Valoraciones de Conversacion/Lenguaje <input type="checkbox"/> Valoraciones Vocacionales <input type="checkbox"/> Valoraciones de OT/PT <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Reportes de ARD/IEP <input type="checkbox"/> Plan Individual de Transición <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____
---	--

PROPÓSITO DEL TRASPASO:

Planeamiento Educacional
 Traslado del Estudiante dentro o afuera del Distrito
 Otro: _____

Si usted desea tener más información o si usted tiene algunas preguntas, por favor póngase en contacto con la persona indicada debajo:

_____ Teléfono: _____

Si No Yo he sido completamente informado(a) y entiendo la petición de la escuela para el traspaso de los registros del estudiante descritos arriba. Esta información será traspasada después de recibir mi petición escrita.

Si No Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. De otro modo, este traspaso es valido por un año desde la fecha en que se firme.

Regulaciones federales requieren que los padres y los estudiantes adultos sean proveídos con una explicación completa de todos los procedimientos de seguridad en su idioma nativo u otro medio de comunicacion, cada vez que el distrito proponga o niegue la iniciacion o cambio de identificacion, evaluacion, o colocacion educacional del niño/niña o la provision de una educacion pública, gratis, apropiada.

_____ Fecha: _____
 Firma de los Padres, Guardianes, Padres Adoptivos, o Estudiante Adulto

_____ Fecha: _____
 Firma del Intérprete, si fué usado

Por favor devuélvalo a: _____ Fecha Correo/Enviado: _____

**KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACION O PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS**

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

En un esfuerzo de promover la buena salud de los estudiantes y mantener un buen rendimiento escolar, es necesario que se suministre medicinas durante horas escolares.

Solicitud del Médico para suministrar medicina(s) durante horas escolares:

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	DOSIS EN LA ESCUELA	HORA DE TOMARLA

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Comentarios: (Razón para tomar la medicina, efectos secundarios posibles, etc.)

*No se suministran o ponen inyecciones excepto aquellas que son necesarias en una situación de emergencia o aquellas que son necesarias para que el estudiante pueda permanecer en la escuela (i.e. insulina, epinefrina).

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

El personal de Klein no está permitido a suministrar o dar ninguna clase de medicinas, incluyendo aspirina, preparaciones similares, o cualquier otra droga, a no ser que el padre solicite por escrito que existe la necesidad de esa medicina. Las medicinas sin receta médica que son necesarias por más de dos semanas también deben tener la solicitud escrita de un médico. Cuando se suministran o dan medicinas recetadas, el distrito escolar prefiere tener una declaración escrita de un médico o dentista licenciado para practicar en los Estados Unidos. Sin embargo, la información escrita en la etiqueta del recipiente con la medicina, si es precisa y clara para la enfermera de la escuela, puede substituir la declaración anterior. La medicina debe ser surtida por un farmacéutico licenciado para practicar en los Estados Unidos. Todas las medicinas deben estar en su recipiente original y son guardadas en un gabinete cerrado con llave en la oficina de la enfermera o de la persona designada por el director y son suministradas por el personal de la enfermería o un empleado de la escuela. Si las circunstancias son dudosas, el empleado de la escuela tiene el derecho de negar la solicitud del padre. Los empleados de la escuela no pueden dar vitaminas, alimentos especiales para la salud (health foods) o preparaciones de hierbas. No se suministrará ninguna medicina recetada o sin receta de países extranjeros.

PERMISO O AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Con la presente, yo autorizo al personal de la escuela a suministrar o dar medicina sin receta médica a mi hijo(a) durante horas escolares o medicina recetada de acuerdo a las instrucciones del médico. Yo comprendo que toda medicina sin receta médica que se le va a dar a mi hijo(a) por más de dos semanas necesita la autorización de un médico. También, yo tengo conocimiento que no se cambiará la dosis de la medicina sin una orden del médico que recetó la medicina.

Yo (doy / no doy) mi autorización al personal de la escuela, con mi solicitud verbal, para suministrar o dar dosis de medicina en adición a las dosis especificadas en este formulario, si es necesario que mi hijo(a) reciba la dosis diaria recetada por su médico y especificada en este formulario. Si hago tal solicitud, me comprometo a proveer la medicina adicional a la escuela después para permitir que la escuela continúe dando la dosis ordenada para suministrarse en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____