

**Departamento de Salud del Condado de Mecklenburg
Programa de Salud Escolar**

PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA DE UNA CONVULSIÓN

Nombre: _____

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

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

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

Dirección: _____ Tel. (Trabajo) _____

Padre de familia/Guardián: _____ 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 _____

Médico: _____ Tel.: _____

PLAN DE EMERGENCIA

Otras instrucciones para este estudiante: _____
