

**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	_____	_____	_____

2(al 5(e)4(nB5()Das co)7(n)5(v)6(u)6(l)10(s)3(io)4(n)6(e)43(s))TETQq0.00000912 0 612 792 reWB/F1 9

Médico: _____ Tel.: _____

PLAN DE EMERGENCIA

Otras instrucciones para este estudiante: _____
