



Carta a los padres solicitando completen el *Pedido de apoyo en la escuela para afección médica de un alumno*

**Letter to parents requesting completion of
*Request for support at school of a student's health condition***

Estimado Padre o Cuidador

Según usted nos ha informado su niño tiene una afección médica que podría requerir apoyo en la escuela. Si bien la principal función de la escuela es impartir educación, deseamos trabajar con usted para mantener a su niño sano y seguro en la escuela.

Sírvase completar en inglés el formulario adjunto *Pedido de apoyo en la escuela para afección médica de un alumno (Request for support at school of a student's health condition)* y devolvérmelo. Para completar dicho formulario debe basarse en la información provista por su médico (Quizás desee hablar con el doctor sobre la información requerida). El formulario incluye secciones donde usted puede solicitar la administración de la medicación prescrita y/o alguna otra asistencia.

Cuando yo reciba su solicitud de apoyo, necesitaré hablar al respecto con el personal correspondiente, después de lo cual me pondré nuevamente en contacto con usted.

Sírvase comunicarme en cualquier momento si hay cambios en la información referente a las necesidades de cuidado de la salud de su niño, o si podemos ayudarle.

Si necesita que un intérprete le ayude a contactar la escuela, llame al Servicio Telefónico de Intérpretes al número 131 450 y pida un intérprete de español. El intérprete llamará a la escuela y permanecerá en la línea para ayudarle en la conversación. No se le cobrará por este servicio.

Atentamente

Nombre del Director _____
Name of Principal

Firma del Director _____
Signature of Principal

Fecha _____
Date



Información general (General information)

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____
Name of child Date of birth

Matriculado en esta escuela Sí (Yes) No (No) Curso en que está matriculado actualmente _____
Class if enrolled

Escuela actual si no está matriculado _____
Current school if not enrolled

Información de contacto con padre/cuidador (Parent/carer contact information)

Padre o cuidador 1 (Parent or carer 1)

Nombre _____
Parent name

Relación con el niño, por ejemplo madre _____
Relationship to child

Dirección _____
Address

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____
Home phone Work phone

Celular _____
Mobile phone

Padre o cuidador 2 (Parent or carer 2)

Nombre _____
Parent name

Relación con el niño, por ejemplo madre _____
Relationship to child

Dirección _____
Address

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____
Home phone Work phone

Celular _____
Mobile phone

Contacto con el médico (Medical practitioner contact)

Nombre _____
Name of medical practitioner

Dirección _____
Address of medical practitioner

Teléfono _____
Phone

Problema de salud/afección médica (Health/medical condition) (por favor describa)

¿Podría esta afección llevar a una situación de emergencia? Sí (Yes) No (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Pedido de administrar medicación prescrita al alumno
Request to administer prescribed medication to the student

(Nota: Si el niño necesita tomar más de un medicamento recetado, adjunte un pedido separado para cada medicamento.)

Nombre del medicamento recetado _____
Name of prescribed medication

Nombre de la afección médica que se está tratando _____
Name of medical condition the prescription is treating

Dosis prescrita _____
Prescribed dosage

¿Qué pide usted a la escuela que haga? _____
What the school is being requested to do

¿Hay algún requisito especial de almacenaje, por ej. en el refrigerador? _____
Special storage requirements if any

Instrucciones especiales para administrar la medicación prescrita, por ej. debe tomarse junto con comida o con un vaso de agua.

Special instructions for administering the medication

De acuerdo a la información que le ha dado su médico o por su propio conocimiento, ¿sabe si hay algún efecto secundario de esta medicación? (Any side effects?) Sí (Yes) No (No)

Si la respuesta es afirmativa, dé más información _____
Information on side effects of medication, if any

Si su niño toma por sí solo la medicación en la casa, ¿pide usted que haga lo mismo en la escuela?

(Do you request that your child self administers?) Sí (Yes) No (No)

(Nota: El Director deberá aprobar una decisión de auto-administración por parte del niño.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Si su niño toma por sí solo la medicación en la casa. ¿qué nivel de apoyo le da usted?
(por favor describa) _____

Description of parental support of child's self administration, if any

Nombre de la persona que llevará la medicación a la escuela _____
Name of person who will carry the medication to school

Pedido de otro tipo de apoyo (Request for other support)

Firma del padre o cuidador _____ **Fecha** _____
Parent or carer signature Date

Aviso de privacidad (Privacy Notice)

La información solicitada en este formulario es esencial para ayudar a la escuela a planear el apoyo de las necesidades de salud de su niño. Será utilizada por el Departamento de Educación y Capacitación de NSW para hacer acuerdos con usted de apoyar las necesidades de salud de su niño. El suministro de información es voluntario, pero si usted no provee esta información, la capacidad de la escuela para apoyar las necesidades de salud de su niño podría disminuir. Esta información se guardará en forma segura. Usted puede corregir en cualquier momento la información personal provista contactando al Director.