

Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio  
**PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA/FÍSICA INFANTIL**  
**PARA CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL Y HOGARES TIPO A**  
 Esta forma puede usarse para niños con los estados de salud que se definen en las Reglas 5101: 2-12-38 y 5101: 2-13-38.

<b>Nombre del niño</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<b>Condiciones especiales de salud</b>	
<b>Síntomas a observar y acciones de emergencia que deben tomarse si ocurren los siguientes síntomas</b>	
<b>Actividades/Alimentos/Condiciones ambientales que deben evitarse</b>	
<b>Procedimientos médicos que deben seguirse y beneficio esperado por el tratamiento</b>	

¿Se requiere algún medicamento?  No  Sí (Si "Sí" llene la Solicitud para Administrar Medicamento JFS 01217)  
 Si "Sí", ¿cuáles medicamentos?

**Instrucciones de capacitación (El instructor debe ser un padre/tutor o profesional certificado)**

Firma del instructor	<b>Fecha</b>
----------------------	--------------

**Firma de los miembros del personal que han sido capacitados y personal a quienes se les ha informado del estado de salud.** *(Siempre debe haber un miembro capacitado del personal presente cuando el niño esté presente.)*

Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado

**(Sólo se permitirá que miembros capacitados del personal realicen los procedimientos médicos de la lista anterior.)**

El personal adicional puede firmar en el reverso de esta forma, pero debe indicar "capacitado" y/o "informado"

**Servicios adicionales (educativos/terapéuticos) que el niño está recibiendo**

¿Quién proporciona los servicios anteriores?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos contactarlo?  No  Sí  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Podemos contactarlo?  No  Sí

**Doy mi permiso para que el personal mencionado arriba realice los procedimientos que forman parte del Plan de Atención Médica/Física de mi niño**

<b>Firma del Padre/Madre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del Administrador</b>	<b>Fecha</b>