

FORMA DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE BERWICK

Complete este formulario en tinte azul/negro y devuélvalo inmediatamente a la escuela donde su hijo/a estudia. Este papel estará guardado en el record para usar en el evento de un accidente/enfermedad para contactar a las personas. Si cambia su dirección o número de teléfono – POR FAVOR contacte la Oficina de la Enfermera y de Contabilidad de Niños al: 570-759-6400 ext. 3521.

GRADO \_\_\_\_\_ EL MAESTRO DE CLASE \_\_\_\_\_ # DE AUTOBÚS \_\_\_\_\_

Nombre del/de la Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Estudiante vive con: Madre Padre Otro \_\_\_\_\_

Primer Aviso

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación al/a la Estudiante \_\_\_\_\_

Habla: Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Horas que Trabaja (Ej. 8:00-4:30) \_\_\_\_\_

¿Puede llamar a su trabajo? Sí NO

Segundo Aviso

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación al/a la Estudiante \_\_\_\_\_

Habla: Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Horas que Trabaja (Ej. 8:00-4:30) \_\_\_\_\_

¿Puede llamar a su trabajo? Sí NO

Su doctor \_\_\_\_\_ Número de teléfono de su doctor \_\_\_\_\_

¿Puede llamar la enfermera escolar al médico de familia? \_\_\_ Sí \_\_\_ NO

¿Tiene su hijo/a seguro médico? \_\_\_ Sí \_\_\_ NO Si se dice que si, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Hay otros niños en la escuela? Si hay, escriban sus nombres, escuelas, y grados.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre otras personas que consideren ser responsables por su hijo/a y si no podemos contactarnos con usted. Dele **ATENCIÓN SERIA** a esta selección, como alguien que recogería/cuidaría a su hijo/a en su ausencia.

PRIMER AVISO ALTERNATIVA

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Relación al/a la Estudiante \_\_\_\_\_

(Pariente, Vecino, Amigo)

Habla: Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

SEGUNDO AVISO ALTERNATIVO

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Relación al/a la Estudiante \_\_\_\_\_

(Pariente, Vecino, Amigo)

Habla: Inglés Español Otro \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE la High School:** ¿Da permiso a su hijo/a caminar o conducir a casa si la enfermera le llama? Sí NO

\*\*\*\*\*

**POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO**

Iniciales del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **AUTHORIZACION PARA UNA EVALUACIÓN FÍSICA/DENTAL ASIGNADO POR MANDATO**

La Ley de la Salud de Escuela de Pennsylvania requiere una evaluación física completa de todos los estudiantes *sobre entrada inicial en escuela y sobre la entrada a los grados sexto y undécimo* y una evaluación dental completa de todos los estudiantes *sobre entrada inicial en escuela y sobre la entrada a los grados tercero y séptimo*. Los estudiantes de otros grados pueden también necesitar una evaluación física/dental si no fue completada anteriormente. Le recomendamos a hacer que esta evaluación requerida sea hecha por su médico/dentista de familia porque tiene un mayor conocimiento del historial médico/dental de su niño/a.

#### **Evaluación Física (K, 6, 11):**

- Haré que la evaluación física sea dada por mi médico de familia y devolveré el informe del médico privado completado a la enfermera de la escuela antes del 5 de enero.
- Yo prefiero tener la evaluación física dada por el médico de la escuela.

#### **Evaluación Dental (K, 3, 7):**

- Haré que la evaluación dental sea dada por mi dentista de familia y devolveré el informe del dentista privado completado a la enfermera de la escuela antes del 1 de noviembre.
- Yo prefiero tener la evaluación dental dada por el dentista de la escuela.

**\*Yo entiendo que, si un consentimiento firmado no se devuelve por la fecha listada, estoy dando el consentimiento pasivo para que el medico/dentista de la escuela termine las evaluaciones.**

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN MÉDICA DEL/DE LA ESTUDIANTE:** (Por favor marca todo lo que aplique a su hijo/a)

- ADHD indique la medicación actual: \_\_\_\_\_
- ASMA indique la medicación actual: \_\_\_\_\_
- DIABETES
- PROBLEMAS CARDIACOS indique restricciones: \_\_\_\_\_
- DOLORES DE CABEZA indique tratamiento: \_\_\_\_\_
- CONVULSIONES indique la medicación actual: \_\_\_\_\_
- OTRO: \_\_\_\_\_

#### **ALERGIAS:**

- COMIDA indique a qué \_\_\_\_\_
- TINTE ROJO
- PIQUETE DE ABEJA
- OTRO indique qué: \_\_\_\_\_

#### **Marca los síntomas de la reacción alérgica:**

colmena  erupción  nariz que moquea  ojos que pican  sibilancias  hinchazón facial  anafilaxia

**Medicamento para tratar la reacción alérgica: (Ej. Benadryl/ Epi Pen)** \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL YODURO DE POTASIO (KI)**

**NOMBRE DE LA MEDICACIÓN SIN PRESCRIPCIÓN:** Yoduro de Potasio

**RAZÓN DE LA ADMINISTRACIÓN:** Protección de la tiroides en caso de lanzamiento del yodo radiactivo

**HORA DE SER DADO EN LA ESCUELA:** Cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.

*Nota: En caso de necesidad, por favor consulte con su médico de familia para asegurar que su niño/a no tiene una reacción alérgica al yodo.*

#### **POR FAVOR, CÍRCULE SU PREFERENCIA Y FIRME ABAJO:**

- SÍ** Yo quisiera que le dieran a mi niño/a el yoduro de potasio, cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública, en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.
- NO** Yo no quisiera que le dieran a mi niño/a el yoduro de potasio, cuando dado instrucciones por los responsables de sanidad pública, en caso de emergencia radiactiva durante horas de escuela.

**NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

## Yoduro de potasio (KI)

En un esfuerzo continuo de ayudar a los residentes de Pennsylvania a estar listos para enfrentar emergencias, el Departamento de Salud está nuevamente ofreciendo pastillas de 'yoduro de potasio' —sin costo alguno— a los individuos que residen, trabajan o van a la escuela dentro de un radio de 10 millas de una de las cinco plantas nucleares en el estado. Estas plantas están estrechamente reguladas, aseguradas y bien mantenidas. En el improbable caso de una emisión de radiación, el estado está listo para responder rápidamente.

La evacuación (salida) es siempre el mejor modo de protegernos a nosotros mismos y a nuestros seres queridos durante una emisión de radiación de gran magnitud. **Las pastillas de KI son solamente otra capa de protección y no reemplazan a la evacuación.** En Pennsylvania, la decisión de evacuar está basada en la idea de cómo mejor proteger a aquellos que son los más sensibles a los efectos negativos del yodo radioactivo: nuestros niños. Usted puede obtener las pastillas durante las horas laborables en las oficinas de distrito del estado y en las oficinas de salud de los condados. Para encontrar la oficina situada en su área, ingrese al sitio web [www.health.pa.gov](http://www.health.pa.gov) o llame al **1-877-PA-HEALTH (1-877-724-3258)**.

### ¿Qué es yoduro de potasio?

El yoduro de potasio es una sal, similar a la sal de mesa. Su símbolo químico es *KI*. Es habitual el añadirlo a la sal de mesa para que sea 'yodada'. El *KI* está disponible en forma de pastilla, sin necesidad de receta.

### ¿Cómo funciona el KI?

El tomar el *KI* le ayudará a proteger su glándula tiroides, ubicada en la parte anterior de su cuello, contra los efectos nocivos del yodo radioactivo que pudieran ser emitidos durante una emergencia debido a una emisión de radiación.

**El KI SÓLO protegerá la tiroides.** La tiroides es la parte del cuerpo que rápidamente absorbe el potencialmente dañino yodo radioactivo. El *KI* **no** le protegerá contra todos los elementos radioactivos y sólo funciona contra el yodo radioactivo si es que es tomado en el momento de o inmediatamente después de una emisión de radiación. La evacuación es la mejor forma de protegerse asimismo y a sus seres queridos en el caso de una emisión en su área.

### ¿Cómo sabré cuándo tomar el KI?

Los funcionarios estatales de salud pública y el gobernador le anunciarán cuándo tomar el *KI*. Si ocurriera un accidente dentro de una planta nuclear, las sirenas de alarma sonarán por unos tres a cinco minutos. Un mensaje del «Sistema de Alerta de Emergencia» además se emitirá por radio o TV. El escuchar estos mensajes es crítico porque éstos le informarán sobre la situación, lo que usted debe hacer y si debiera usted tomar el *KI*.

**No tome el KI a no ser que los funcionarios estatales de salud pública o el gobernador se lo indiquen.** No todas las emisiones radioactivas contienen yodo radioactivo. Cuando los oficiales de salud pública o el gobernador le indiquen que tome el *KI*, esta será la dosis:

- **ADULTOS**, deberán tomar **DOS** pastillas de 65 mg
- **NIÑOS**, deberán tomar **UNA** pastilla de 65 mg

El tomar más tabletas o pastillas que las recomendadas en un período de 24 horas no aumentará la efectividad del *KI* y podría incrementar el riesgo de sufrir efectos secundarios.

**Usted no debe tomar el KI durante una prueba del 'Sistema de Alerta de Emergencia' o una prueba de las sirenas de las plantas nucleares.**

### **¿Quién puede tomar el KI?**

Todo aquel que no es alérgico al yodo puede tomarlo. No causa daño a las mujeres embarazadas ni a las que están amamantando, ni a los que están tomando medicina para la tiroides, ni a niños e infantes, a no ser que sean alérgicos al KI. Si no está seguro si puede tomar el KI, consulte con un médico.

### **¿Cuáles son los efectos secundarios del KI?**

Los efectos secundarios son improbables por tratarse de una dosis baja y porque tomará el KI por corto tiempo. Los efectos secundarios posibles son: sarpullido; sabor metálico en la boca; encías o dientes adoloridos; malestar estomacal; inflamación de las glándulas salivares; sensación de ardor en la boca o garganta; síntomas de resfriado; y diarrea.

### **¿Qué debo hacer si siento efectos secundarios?**

Aunque los efectos secundarios son remotos, si los tiene y éstos son severos o si tiene una reacción alérgica, deje de tomar el *yoduro de potasio* y llame a su médico o al **1877-PA-HEALTH**.

### **¿Es el KI seguro?**

Sí, el KI es seguro. Sin embargo, reacciones adversas son posibles en personas con problemas con la tiroides o los que son alérgicos al yodo. Aquellos que estén considerando el usar el KI o usarlo en sus seres queridos debieran seguir las indicaciones contenidas en las pastillas. Si tiene más preguntas sobre el KI, llame a su médico o al **1-877-PA-HEALTH**.

### **¿Cómo le doy el KI a mi infante?**

Moler una pastilla de KI y mezclarla con el alimento o bebida, así deberán los infantes ingerir el medicamento en un caso de emergencia.

### **¿Podrán mis niños recibir el KI si están en la escuela?**

El Departamento de Salud ha desarrollado un plan de distribución para las escuelas que deseen las pastillas de KI. Este plan consiste de información sobre cómo las escuelas pueden repartir el KI durante una evacuación. Son los distritos escolares los que deciden si quieren las pastillas o no. Las pastillas o píldoras no serán dadas a los estudiantes sin el consentimiento de sus padres.

### **¿Puedo recibir el KI si no vivo pero trabajo dentro de las 10 millas radiales?**

Sí. Los centros de trabajo o empresas ubicadas dentro de las 10 millas radiales pueden recibir al menos una dosis de KI por cada empleado. Las firmas interesadas deben contactar al Departamento de Salud.

### **¿Cómo guardo las píldoras o pastillas?**

Las pastillas pueden ser almacenadas en un lugar seco con una temperatura controlada de entre 59° y 86°F. Asegúrese de guardarlas en un sitio de fácil acceso y fácil de recordar.

### **¿Cómo me deshago de mis pastillas expiradas?**

Las pastillas expiradas de KI pueden ser tiradas al basurero común. Saque las pastillas de su caja y mézclelas con cosas como granos usados de café o deshechos de sus mascotas para no atraer la atención de sus niños o mascotas. No deben ser tiradas al inodoro, fregadero o lavabo. Para obtener más información sobre cómo deshacerse de estos medicamentos ingrese al sitio

web [www.fda.gov](http://www.fda.gov)

### **¿Qué pasa si no puedo encontrar mi KI?**

El KI estará continuamente al alcance de los residentes a través de las oficinas del Departamento de Salud o centros estatales de salud. Llame al **1-877-PA-HEALTH** o ingrese al sitio web del departamento para ubicar la oficina más cercana a usted.

### **Si no puedo evacuar debido a una condición preexistente, ¿cómo me encontrarán para ayudarme?**

La agencia de administración de emergencias de su condado mantiene un registro de personas que por razones médicas no podrían evacuar. Si usted tiene en mente a un familiar que pudiera necesitar asistencia, póngase en contacto con la oficina del condado para asegurarse de que tienen su dirección.

### **¿Dónde puedo encontrar mi plan de evacuación?**

Un plan de evacuación para los que viven en un radio de 10 millas de una planta nuclear en Pennsylvania lo puede encontrar en su guía telefónica, ya sea al frente de ésta o en las páginas azules, o podría serle enviado a usted por la planta nuclear. Lea esas páginas cuidadosamente para saber adónde ir en caso de una emergencia. Si tiene interrogantes sobre su plan de evacuación, póngase en contacto con la agencia de administración de emergencias de su condado, su número de teléfono se encuentra en las páginas azules.

### **¿Son seguras las plantas nucleares de Pennsylvania?**

Sí, los cinco sitios donde se encuentran las plantas nucleares en Pennsylvania son seguros. El Gobierno Federal y los funcionarios estatales y locales de Pennsylvania llevan a cabo regularmente las inspecciones de las plantas. Además, los funcionarios continuamente trabajan con las plantas para asegurarse de que los planes para proteger la salud pública y seguridad en un caso de emergencia estén vigentes.

### **¿Dónde puedo encontrar más información?**

Para obtener más información sobre el KI ingrese al sitio web del Departamento de Salud en [www.health.pa.gov](http://www.health.pa.gov) o llame al 1-877-PA-HEALTH (1-877-724-3258).

