



**COLLEGE PLACE PUBLIC
SCHOOLS**

1755 S. College Avenue
College Place, WA 99324

509.525.4827
Fax 509.525.3741
Cpps.org

Health
Services

Life Threatening Conditions

Washington State law, RCW 28A.210.320, requires students with life-threatening conditions to have a completed packet of information, as described below in the third paragraph, on file **prior to attending school**.

Under the law, a "life-threatening condition" means a health condition that will put the child in danger of death during the school day if a medication or treatment plan and a nursing care plan are not in place. **Life-threatening conditions** include:

____ Asthma

____ Exercise Induced ____ Mild ____ Moderate ____ Severe

Within the past year has your child been:

____ Nebulized ____ Hospitalized ____ Given oral steroids

If any of the above have been checked this is considered a life-threatening condition.

____ Diabetes

____ Heart Condition (considered serious by physician; physical activity limited)

____ Allergic Reactions that result in anaphylactic shock

____ Bee Sting

____ Peanut

____ Other _____

____ Hemophilia or other serious blood disorder

____ Other-list any other condition not listed above that falls into the life-threatening category _____

If you have checked one of the above conditions, please contact your child's school for an emergency response packet that you and your physician will complete and return. This Packet should include a physician's authorization to administer prescribed medication, a treatment plan, an emergency care plan, and any supplies/equipment necessary to carry out treatment and emergency plans. This information will enable us to develop a nursing care plan, which will be kept on file at school.

If a medication or treatment order and supplies/equipment are not provided, **the principal of the school is required to exclude the child** until such order has been provided. This requirement applies to student who are new to the district, and students who are already enrolled. Our exclusion procedures are in accordance with the rules (WACS) of the State Board of Education.

If your child develops a life-threatening condition during the year, it is vital to your child's safety that you immediately notify your child's school principal or nurse. The necessary forms will be provided and a time will be arranged for you to meet with your child's school nurse.

I certify that I have read the above information.

____ **My child does not have a life-threatening condition.**

____ **My child has a life-threatening condition (as noted above).**

Child's Name _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____



**COLLEGE PLACE PUBLIC
SCHOOLS**

1755 S. College Avenue
College Place, WA 99324

509.525.4827
Fax 509.525.3741
Cpps.org

Health
Services

Condiciones de Alto Riesgo para la Vida

La ley del Estado de Washington, RCW 28A.210.320, indica que cada niño(a) con Condiciones de Alto Riesgo para la Vida debe completar un paquete de información, que se describe en el tercer párrafo, para ser colocada en su archivo antes de asistir a la escuela.

Bajo esta ley, una "condición de alto riesgo para la vida", significa una condición de salud que coloque al niño(a) en peligro de muerte durante un día escolar, si una medicina o tratamiento o el cuidado de una enfermera no están disponibles. Una Condición de Alto Riesgo para la Vida, incluye:

_____ Asma

_____ Inducido por ejercicio _____ Leve _____ Moderada _____ Severa

Dentro del ultimo año tiene su niño sido

_____ Nebulizaciones _____ Hospitalización _____ Esteroides orales

Si algún de arriba a sido marcado, esto es considerado como una condición de vida amenazador.

_____ Diabetes

_____ Condición Cardíaca (considerada como seria por un médico; actividad física limitada)

_____ Reacciones Alérgicas que provocan un ataque anafiláctico

_____ Piquete de abejas

_____ Cacahuates

_____ Otro _____

_____ Hemofilia u otro desorden serio de la sangre

_____ Otro (liste toda condición no mencionada anteriormente y que caiga en la categoría de una condición de riesgo para la vida del niño) _____

Si usted ha marcado una de las condiciones anteriores, por favor haga contacto con la escuela de su hijo(a) para recibir un paquete de emergencia para que usted y el médico de su hijo(a) lo llenen y lo regresen posteriormente. Este paquete deberá incluir la autorización del médico para administrar la medicina recetada, plan de tratamiento, plan de emergencia y los equipos y materiales necesarios para efectuar el tratamiento así como el plan de emergencias para ello. Esta información nos será facilitada para desarrollar un plan con la enfermera, y será mantenido en el archivo de la escuela.

Si una medicina, orden de tratamiento o algún equipo o material no está provisto, al **Director de las escuela se le requiere restringir la asistencia del niño(a)** hasta que tal orden sea posible atender. Esta solicitud aplica a los estudiantes que son de reciente ingreso en el Distrito, y los estudiantes que actualmente se encuentran inscritos. Nuestros procedimientos de exclusión están de acuerdo con las reglas (WACS) de la Mesa Directiva Estatal para la Educación.

Si su niño(a) desarrolla una condición de alto riesgo para su vida durante el año escolar, es vital para su seguridad que usted lo notifique de manera inmediata al Director(a) de la o enfermera de la escuela a la que asiste. Las formas necesarias serán provistas y se establecerá una cita con la enfermera escolar.

Certifico que he leído la información anterior.

_____ Mi hijo(a) no presenta una condición de alto riesgo para su vida.

_____ Mi hijo(a) presenta una condición de alto riesgo para su vida.

Nombre de estudiante _____

Firma Padres/Tutores _____

Fecha _____