

Migraine/Chronic Headache Action Plan

Student Name: _____ **DOB:** _____ **ID Number:** _____

Parent/Guardian (*Padre/Tutor*) _____ Phone (*Teléfono*) _____

Emergency Contact (*Contacto de Emergencia*) _____ Phone (*Teléfono*) _____

Parent/Guardian Consent to Administer Medications/Autorización de los padres/tutores para la administración de medicamentos

I, the parent/guardian of the named student, request that this action plan be used to guide care for my child and consent to the administration of medications as prescribed by the physician. I agree to: (*Yo, el padre/tutor del estudiante nombrado, pido que este plan de acción sea utilizado para guiar el cuidado de mi hijo y doy mi autorización para la administración de medicamentos según lo recetado por el médico. Estoy de acuerdo con:*)

1. Provide necessary supplies, equipment, and medications. (*Proporcionar los materiales, el equipo y los medicamentos necesarios.*)
2. Notify the school nurse of any changes in the student 's health status and complete a new consent form if any changes in the orders are made from the physician. (*Informar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante y completaré un nuevo formulario de consentimiento si hay cambios en las órdenes del médico.*)
3. Authorize the school nurse to communicate verbally and in writing with the student 's health care provider about this condition and corresponding orders/action plans. (*Autorizar a la enfermera de la escuela para que se comunique verbalmente y por escrito con el proveedor de atención médica del estudiante sobre esta condición y las órdenes o planes de acción correspondientes.*)
4. School staff interacting directly with my child may be informed about his/her condition and corresponding medical needs while at school. (*El personal de la escuela que interactúa directamente con mi hijo puede ser informado sobre su condición y sus necesidades médicas correspondientes mientras está en la escuela.*)

Parent/Guardian Signature (*Firma del Padre/Tutor*)

Date (*Fecha*)

To Be Completed by Physician

Diagnosis: _____

Significant medical history: _____

Preventative Medications taken at home, if any: _____

Notify Parent/Guardian: (*select*) **At onset** **No relief in one hour** **Other** _____

Treatment

Clinic Care: **Rest in clinic approximately** _____ **minutes.** **Provide** _____ **oz. water or** _____
(provided by parent/guardian)

Medication <i>(provided by parent/guardian)</i>	Dose	Instructions

Additional instructions if no improvement or worsening: _____

Physician Name (printed): _____ Phone number: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

This plan is valid for one year from Physician's signature date unless changes are made