



FORMULARIO A SER RELLENADO SÓLO POR PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA - POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA

| | |
|---|-----------------------------|
| Nombre y apellidos del estudiante: | Fecha de nacimiento: |
|---|-----------------------------|

Lista de alergias:

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Tipo de epinefrina prescrita: Autoinyector | Dosis prescrita: <input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg <small>Wt <66 lbs greenWt ></small> | Vía prescrita: Intramuscular |
| Antihistamínico recetado: | Dosis prescritas: | Vía prescrita: |

Instrucciones específicas para administración del medicamento (ej.: administrar difenhidramina antes de la epinefrina):

Los síntomas pueden comenzar como: (marque todos lo que correspondan)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Picor e hinchazón de los labios, la lengua o la boca | <input type="checkbox"/> Urticaria, erupción de la piel con picor y/o hinchazón en la cara o extremidades |
| <input type="checkbox"/> Picor o sensación de opresión de la garganta, ronquera y tos seca | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar, tos repetitiva o sibilancias |
| <input type="checkbox"/> Náuseas, calambres de estómago, vómitos o diarreas | <input type="checkbox"/> Pulso debil o desmayo |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Viajes en autobús Este estudiante debe tener su **epinefrina** disponible en el autobús de ida y vuelta: Sí No

El estudiante tiene permiso para tener / autoadministrarse este medicamento: No Sí - de ser así, leer atentamente a continuación:

*Si indicó "Sí": estoy de acuerdo en que este estudiante debe tener el medicamento/procedimiento mencionado sobre su persona en el horario escolar, el trayecto de ida y vuelta a la escuela o las actividades patrocinadas por la escuela, antes y después de las actividades escolares en instalaciones escolares y cualquier actividad patrocinada por ésta. **El menor ha demostrado competencia en el automonitoreo y autoadministración del medicamento/procedimiento.** El padre/madre/tutor es consciente de que no puede responsabilizar al distrito escolar por cualquier resultado adverso de esta acción.

Nombre impreso Profesional Servicios de Salud: _____ Teléfono: _____

Firma del Profesional de Salud: _____ **Fecha:** _____

Padres/tutores, leer detenidamente, por favor: al firmar a continuación entiendo y acepto lo siguiente:

- Entiendo que los medicamentos deben estar en envase original y con etiqueta de receta más reciente emitida por farmacéutico.
- Notificaré a la escuela cuando el medicamento se suspenda o cambie la dosis
- Autorizo que el director, la(o)s enfermera(o)s escolar o los servicios de salud comparta esta información con quienes sean responsables de mi hija(o).
- Autorizo que BCSD Health Services contacte al profesional de salud autorizado y la farmacia que prescribe el medicamento en relación con esta receta.
- Soy responsable de reemplazar el medicamento antes de la fecha de caducidad.
- Autorizo que el personal asignado del BCSD administre este medicamento a mi hija(o) de acuerdo con los requisitos del distrito.
- El personal del Depto. de Transporte de BCSD debe completar anualmente una formación en línea sobre emergencias de salud. La enfermera con licencia del BCSD ofrecerá formación adicional según corresponda.
- Entiendo que mi hija(o) perderá el privilegio de automedicarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante debido al uso incorrecto del medicamento(s).

Mi estudiante tiene órdenes de nuestro proveedor de atención médica para auto-portar/auto-administrar este medicamento:
 No Sí - *si es así, leer atentamente:

*Hemos decidido, en colaboración con nuestro médico, permitir que nuestra(o) hija(o) se autoadministre y controle el medicamento mencionado mientras esté en la escuela. **Mi hija(o) ha sido entrenado por nuestro médico y ha demostrado competencia en este procedimiento.** Se debe permitir a mi hija(o) tener el medicamento en las actividades patrocinadas por la escuela, el trayecto hacia y desde la escuela o las actividades patrocinadas por la escuela, y durante las actividades antes o después de la escuela en las instalaciones escolares. Soy consciente de que el Distrito Escolar del Condado de Beaufort no puede responsabilizarse por cualquier resultado adverso de esta acción. Soy responsable de reemplazar el medicamento antes de la fecha de caducidad. Proporcionaré el medicamento en el envase original, claramente etiquetado con el nombre de mi hijo. Notificaré a la escuela inmediatamente si se suspende el medicamento o se cambia la dosis. Se autoriza que el director y/o a la enfermería de la escuela compartan esta información con las personas a cargo de mi hija(o). La primera dosis se administrará en el hogar para yo poder controlar las reacciones adversas. Autorizo que la enfermería escolar se ponga en contacto con el consultorio médico y pedir información sobre mi hija(o).

Nombre impreso de padre/madre/tutor: _____ Tel. diurno: _____

Firma de padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

**Este formulario sólo es válido si se firma a partir del 1º de julio para el próximo curso escolar. **