DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

AUTORIZACIÓN PARENTAL ESCOLAR PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN PARA CUIDADO DE TUBO DE GASTROSTOMÍA

Año Escolar: _____-_____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____Fecha de Nacimiento_____

Escuela _____ Grado _____ Profesor _____ Año Escolar _____

¿Alergias o reacciones conocidas? □ Si □ No En caso afirmativo, liste: _____

AUTORIZACIÓN PARA PRESCRIPCIÓN

(A completar por un proveedor de seguro médico autorizado)

FECHA DE COMIENZO: _____ FECHA DE FIN: _____

Tipo de Fórmula	Motivo para tomarla	Vía: Enteral	Cantidad por toma: _____ ml.	Frecuencia/Hora(s)

RESIDUO y ENJUAGUE:

¿Comprobar residuo antes de **toma?** Si □ No □ Notificar a quien prescriba si el residuo es mayor que _____ ml? Si □ No □	¿Enjuagar **antes** de fórmula? Si □ _____ ml. No □ ¿Enjuagar **después** de fórmula? Si □ _____ ml. No □	¿Enjuagar **antes** de administrar medicamento? Si □ _____ ml. No □ ¿Enjuagar **después** de tomar medicamento? Si □ _____ ml. No □

ALMACENAMIENTO: ¿Fórmula requiere refrigeración tras abrir? Si □ No □ ¿Jeringa/tubo se almacena refrigerada? Si □ No □

¿Se permite y recomienda el auto-tratamiento a este estudiante? *Si □ No □

*En caso afirmativo, afirmo por la presente que este estudiante ha sido informado de cómo auto-administrarse la fórmula correctamente.

En caso afirmativo, se recomienda que el estudiante mantenga el equipamiento, suministros y/o fórmula en su persona? *Si □ No □

TIPO DE TUBO:

Botón-mic, Foley, Otro:	Tamaño de Lumen:_____ Fr.	Longitud: _____cm.	Tamaño de globo: _____ ml.

¿Se considera la stoma del estudiante madura (Al menos 6-8 semanas post-op)? Si □ No □ *Fecha a considerar stoma madura: _____

- Si el botón o tubo de gastrostomía se desengancha tras esta fecha*, el enfermero escolar, quien ha recibido instrucción especializada aprobada por la Junta de Enfermería de Alabama, reinsertará el tubo/botón de gastrostomía o un catéter Foley de tamaño apropiado, lo sujetará con venda y contactará a los padres. El enfermero **NO** inflará el tubo/botón o el globo Foley y **NO** proveerá una toma enteral tras la reinserción.
- Si el botón o tubo de gastrostomía se desengancha antes de esta fecha*, el enfermero escolar llamará a los padres y a quien prescriba inmediatamente. Los padres o guardianes serán responsables de recoger al estudiante. El enfermero **NO** intentará reinsertar el botón. Si hay sangrado en el área de la stoma, dificultad en respirar u ocurre cualquier cambio en su estado se llamará al 911 inmediatamente.

Orden de tratamiento (Cuidado in-situ, Cambio de Vestimenta) : _____

(Añada una hoja adicional o use la parte posterior de este formulario si es necesario)

_____

Nombre de Proveedor de Seguro Médico Autorizado

_____ _____ _____ _____

Firma del Proveedor **Fecha** **Teléfono** **Fax**

AUTORIZACIÓN PARENTAL

Autorizo al Enfermero Escolar, el enfermero registrado (RN) o practicante autorizado (LPN) a hablar con el proveedor o con el farmacéutico en caso de surgir preguntas sobre el procedimiento. Entiendo que serán necesarias autorizaciones parentales/del proveedor adicionales si cambia el procedimiento. También autorizo al Enfermero Escolar a hablar con el proveedor de seguro médico autorizado en caso de surgir preguntas sobre el procedimiento.

El equipamiento y/o suministros para los procedimientos deben registrarse con el enfermero escolar, el director o con quien éste haya designado. La fórmula debe estar en su envase original, sellado y sin abrir, así como debidamente etiquetado con el nombre del estudiante.

_____ _____ _____ _____

Firma de los Padres **Fecha** **Teléfono** **Celular**

AUTORIZACIÓN PARA AUTO TRATAMIENTO

(A completar **solo** si el estudiante está autorizado a su auto-tratamiento por un proveedor de seguro médico autorizado.)

Autorizo y recomiendo el auto-tratamiento por parte de mi hijo/a para el procedimiento arriba mencionado. *También afirmo que él/ella ha sido informado por su médico principal sobre el método correcto de auto-tratamiento para el procedimiento prescrito. Indemnizaré y eximiré a la escuela, los agentes de la escuela, y la junta de educación ante cualquier reclamación de daños que pudiera surgir en relación al auto-tratamiento por parte de mi hijo/a del procedimiento(s) prescrito(s).*

_____ _____ _____ _____

Firma de los Padres **Fecha** **Teléfono** **Celular**