

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

AUTORIZACIÓN PARENTAL ESCOLAR PARA PRESCRIPCIÓN DE
CATETERIZACIÓN INTERMITENTE LIMPIA

Año Escolar: _____ -

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado _____ Profesor _____

 Alergias a medicamentos --- si hay alergias, liste: _____ Peso: _____ librasAUTORIZACIÓN PARA PRESCRIPCIÓN

(A completar por un proveedor de seguro médico autorizado.)

FECHA DE COMIENZO: _____

FECHA DE FIN: _____

<u>Tamaño de Catéter</u> _____ Fr.	<u>Frecuencia/Hora(s)</u>	<u>¿Resultado de Medida e Historial?</u> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<u>Ubicación del Procedimiento:</u> <input type="checkbox"/> Baño de oficina del Enfermero <input type="checkbox"/> Baño de Clase <input type="checkbox"/> Otro: (Describe)
---------------------------------------	---------------------------	---	---

Almacenamiento: El catéter será desechado después de cada uso, a no ser que haya instrucciones diferentes.

¿El **Auto-tratamiento** está permitido y recomendado para este estudiante? Si No

- En caso negativo, el procedimiento será realizado: Por el Enfermero Escolar Con asistencia del Enfermero Escolar
 Supervisado por el Enfermero Escolar

- En caso afirmativo, ¿se recomienda que el estudiante mantenga equipamiento y suministros en su persona? Si No

Afirmo por la presente que este estudiante ha sido informado de la técnica correcta para auto-realizar el procedimiento de cateterización intermitente limpia. _____

(Iniciales)

Contradicciones Potenciales/Reacciones Adversas _____

Nombre de Proveedor de Seguro Médico Autorizado _____

Firma de Proveedor de Seguro Médico Autorizado _____

Fecha _____

Teléfono _____

Fax _____

AUTORIZACIÓN PARENTAL

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 licenciado en caso de surgir preguntas sobre el procedimiento.

El equipamiento y/o suministros para los procedimientos deben registrarse con el enfermero escolar o con quien éste haya designado.

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 _____