



Westerville City Schools

936 Eastwind Drive, Westerville, OH 43081
Main Office (614)797-5700, Fax (614)797-5701

Estimado padre, madre o tutor:

Según la información médica que obra en nuestro poder, su hijo/a tiene un historial de padecer alergias graves. Si su hijo/a necesita recibir medicación para tratar sus alergias mientras se encuentre en la escuela, facilite lo siguiente:

1. Plan de acción en caso de alergia (puede sustituirse por el formulario del prestador de servicios médicos, si este incluye toda la información): Deben prepararlo y firmarlo el prestador de servicios médicos Y el padre, la madre o el tutor.

2. Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante: El prestador de servicios médicos y el padre o la madre deben llenarlo y firmarlo si se desea que el estudiante lleve consigo el autoinyector de epinefrina durante el horario escolar. Importante: Si optan por que su hijo/a lo lleve consigo, deben facilitar un autoinyector de epinefrina adicional para que se conserve en la clínica.

3. Solicitud para administrar durante el horario escolar medicación recetada a un estudiante: Todos los medicamentos de venta sin receta que se conserven en la clínica deberán contar una orden firmada por el prestador de servicios médicos. Si, además de la epinefrina, su hijo/a necesita recibir algún otro medicamento, como un antihistamínico (p. ej., Benadryl o Zyrtec), pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

4. Formulario de adaptación de la dieta del comedor: Si su hijo/a va a necesitar una dieta especial, como la sustitución de algún alimento del comedor, pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor. Si desea obtener una copia de la Guía de recursos de las Escuelas de la Ciudad de Westerville para ayudar a los niños con alergias potencialmente mortales, hágaselo saber a la enfermera de la escuela. También está disponible en la página web del distrito escolar, en la sección *Health Services* (Servicios de salud).

Comuníquese con la clínica de salud escolar si tiene alguna pregunta o duda.
Atentamente,

Enfermeras escolares del Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

Plan de acción de las Escuelas de la Ciudad de Westerville en caso de alergia

Peso: _____ lbs. Asma: Sí (riesgo mayor de sufrir una reacción intensa) No

EN CASO DE QUE SE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

PULMONES: falta de aire, sibilancia, tos reiterada

CORAZÓN: piel pálida o azulada, desmayos, pulso débil, mareos

INTESTINOS: vómitos reiterados, diarrea intensa

GARGANTA: opresión o ronquera en la garganta, dificultad para respirar o tragar

OTROS: sensación de que va a ocurrir algo malo, ansiedad, desorientación

BOCA: COMBINACIÓN de síntomas de distintas partes del cuerpo.

2. Llame al 911. Explique al operador de emergencias que la persona está sufriendo anafilaxia y que podría necesitar epinefrina cuando llegue el personal de emergencias.

- Considere la posibilidad de administrar otros medicamentos después de la epinefrina:

- » Inhalador (broncodilatador) en caso de sibilancia

- Acueste a la persona, levántele las piernas y manténgala caliente. Si le cuesta respirar o vomita, ayúdela a sentarse o ponerse de costado.

- Si los síntomas no mejoran o reaparecen, pueden administrarse más dosis de epinefrina una vez transcurridos al menos cinco minutos desde la última dosis.

- Avise a los contactos de emergencia.

- Lleve al paciente a la sala de urgencias, incluso si los síntomas desaparecen. El paciente debe permanecer en urgencias un mínimo de cuatro horas, ya que los síntomas pueden reaparecer.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

O PADRE/MADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/

PRESTADOR DE SERVICIOS _____ FECHA _____

Departamento de Salud de Ohio

Autorización para la posesión y uso de un autoinyector de epinefrina por un estudiante

De conformidad con ORC 3313.718/3313.141

Esta sección debe contestarla y firmarla el padre, la madre o el tutor del estudiante.

Como padre/madre/tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo/a a portar y utilizar un autoinyector de epinefrina, de la forma prescrita, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la misma o en el que esta participe. Entiendo que un empleado de la escuela solicitará inmediatamente la asistencia de un prestador de servicios médicos de emergencia si se administra este medicamento. Entregaré una dosis de reserva del medicamento al director de la escuela o a la enfermera, según lo dispuesto por la ley.

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor para casos de emergencia ()

Nombre y dosis del medicamento	
Fecha de inicio de la administración del medicamento	Fecha final de la administración del medicamento (si se conoce)

Posibles reacciones adversas graves:

Para el estudiante a quien se le ha recetado (que se deban informar al facultativo que lo recetó)
Para un estudiante a quien no se le ha recetado y que reciba una dosis

Instrucciones especiales

Firma del facultativo que receta el medicamento	Fecha
Nombre del facultativo que receta el medicamento	Número de teléfono del facultativo que receta el medicamento para casos de emergencia ()

Elaborado en colaboración con la Asociación de Enfermeras Escolares de Ohio.

HEA 4222 3/07

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE
 Conforme a la Sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Dirección del estudiante: _____

SECCIÓN PARA LOS PADRES

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como el facultativo que receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Los datos de la etiqueta deben coincidir con los indicados en las instrucciones del facultativo que emitió la receta. Si es un medicamento sin receta, debe conservarse en el envase original.
3. El padre, la madre o el tutor, u otro adulto responsable a petición de estos, debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de modificación, deberá presentarse un justificante actualizado firmado por el facultativo que recete el medicamento. Cada ciclo escolar se necesitará un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. *CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se ponga en contacto directamente con el facultativo que receta el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el "Formulario médico de emergencia".

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____
 La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: _____
 Diurno _____ Vespertino _____

SECCIÓN PARA EL MÉDICO

Confirmo que este medicamento debe tomarlo: _____
 Nombre del estudiante

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN ADMINISTRARSE A DIARIO (cuando sea posible, por favor, intente programar la administración del medicamento fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE SEGÚN SEA NECESARIO

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse al facultativo que receta el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

X
 Firma del facultativo que receta el medicamento _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del facultativo que receta el medicamento: _____ Teléfono: _____

Dirección del facultativo que receta el medicamento: _____

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** _____



Aviso sobre las adaptaciones dietéticas especiales por razones médicas

Las directrices establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) exigen que las autoridades alimentarias de las escuelas que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares pongan a disposición de los estudiantes con discapacidades adaptaciones razonables, caso por caso, cuando la necesidad esté avalada por un justificante médico por escrito.

La Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 2008 (Ley Pública 110-325, 42 U.S.C. 12101) actualizó la definición de discapacidad para incluir a "cualquier persona con un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades fundamentales de la vida de dicha persona", e incluyó las funciones fisiológicas principales como una actividad fundamental de la vida.

Según el USDA, las autoridades alimentarias de las escuelas no están obligadas a atender las solicitudes de dietas especiales basadas en preferencias alimentarias que no se consideren patologías médicas o discapacidades, incluidas las preferencias personales de estilo de vida (como el veganismo, el vegetarianismo, la agricultura ecológica) o las creencias religiosas.

Este formulario debe llenarlo un médico, un asistente médico o una enfermera practicante con licencia estatal. Solo será necesario actualizar este formulario cuando cambien las necesidades del participante.

Datos del participante

Nombre del participante: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre de la escuela a la que asiste/grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre, la madre o el tutor: _____
Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Información obligatoria: adaptaciones dietéticas

1. Encierre en un círculo todos los alérgenos o alimentos que deben evitarse:
leche cacahuates nueces huevos pescado marisco trigo soya gluten sésamo/ajonjolí otro _____

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a este alimento:
Respiración _____
Afectación de las principales funciones fisiológicas (sistema inmunitario, intestinal, digestivo, etc.) _____
Otro; especifique: _____

3. ¿Puede el estudiante consumir alimentos en los que el alérgeno sea un ingrediente del producto alimenticio? ____sí____no
(ejemplo: no puede consumir huevos revueltos, pero los huevos sí se permiten como ingrediente en los panqueques)

Comentarios:

4. **OBLIGATORIO:** Alimentos de sustitución (IMPORTANTE: WCS no puede acatar este documento a menos que se indiquen SUSTITUCIONES ESPECÍFICAS a continuación o que el médico remita al estudiante a un dietista titulado que especifique los elementos del menú).

Confirmando que el estudiante anteriormente mencionado precisa las modificaciones y sustituciones dietéticas indicadas debido a discapacidades o afecciones médicas.

Firma del prestador de servicios médicos

Fecha

Teléfono

Autorizo al Servicio de Comidas de las WCS a hacer esta modificación dietética médicamente necesaria.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Con arreglo a la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o por haber sido objeto de represalias o venganza por una actividad previa de defensa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten usar medios de **comunicación** alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, texto con fuente grande, grabaciones de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) ante el que solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con dificultades auditivas o que tengan discapacidades del habla deben comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) **877-8339**. Asimismo, es posible que la información del programa esté disponible en otros idiomas, además de en inglés. Para presentar una denuncia de discriminación ante el programa, llene el Formulario de denuncia de discriminación del programa del USDA, (AD-3027) el cual está disponible en línea, en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en todas las oficinas del USDA; o escriba una carta al USDA en la que facilite toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o una carta a la USDA. Puede hacerlo por correo postal a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; por fax a: (202) 690-7442; o por correo electrónico a: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.