



# Permiso para Medicar/Procedimiento

<b>For School Use:</b>
<input type="checkbox"/> Prescription
<input type="checkbox"/> Routine
<input type="checkbox"/> OTC
<input type="checkbox"/> PRN

Nombre	F de Nac.:	Grado:	Maestro:
Medicacion/Procedimiento:	Dosis:	Via:	
Proposito de medicacion/Procedimiento:	Frecuencia:	Alergias:	
Posibles efectos colaterales:	Condicion Medical:	ICD-10:	
El medicamento es controlado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hora del dia de medicación en la escuela: (almuerzos varian de 10:30 – 1:00)		
Aviso de almacenaje especial requerido: <input type="checkbox"/> Refrigerar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Estimado numero de dias de medicación en escuela: <input type="checkbox"/> Hasta fin del año escolar vigente <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> _____ días		
<b>Si es aplicable:</b> <input type="checkbox"/> puede repetir dosis en 15 minutos, si no se observa mejoría en la condición	<b>Si aplica:</b> <input type="checkbox"/> puede premedicar con inhalador de rescate si se presenta en la sala de salud después de la actividad física.		
<i>Quando sea posible, medicamentos deben ser administrados por el padre/tutor antes o después de horas escolares. Dosis inicial de medicamento que el niño/a nunca ha recibido anteriormente no debe ser dado en la escuela. <u>Medicamentos dados en la escuela deben ser provistos por el padre/tutor en el envase original etiquetado. Medicinas rescatadas deben tener una etiqueta de la farmacia que dio la medicina. "muestras" medicas deben estar en envase que identifica apropiadamente la medicina y acompañadas de la firma, fecha, del proveedor de la salud que la receto incluyendo nombre del estudiante, instrucciones de dosificación, nombre, teléfono y dirección del proveedor de la salud. Medicamentos sin receta serán administrados con permiso por escrito del padre/tutor según las instrucciones en el envase.</u></i>			
<b>*Al firmar abajo usted indica estar de acuerdo con el Plan de Acción de Emergencia en la parte posterior de esta forma (si aplica)</b>			
Firma del Medico:		Fecha:	
Imprima o escribe nombre del Medico:		Telefono de consultorio: Fax de oficina:	
Yo autorizo para que mi niño/a nombrado/a arriba reciba la medicina indicada arriba/procedimiento. Autorizo a la enfermera escolar, el director, o su asignado (quien puede no ser personal de enfermería) a ayudar con la medicación/procedimiento. Se mantendrá un expediente de los entrenados en el expediente por la enfermera escolar. Entiendo que es mi responsabilidad proveer cualquier medicina y/o suministros requeridos por mi niño/a durante la escuela o actividades escolares. Autorizo a la enfermera o administrador escolar a comunicarse con el proveedor de la salud nombrado arriba, el farmacista que dio la receta y/o sus asignados para discutir esta medicina/procedimiento y la salud de mi niño/a. Yo autorizo a que la "Autorizacion de medicación/Procedimiento" sea aplicable si transfiero a mi niño/a a otra escuela en este mismo distrito escolar durante el mismo año escolar. Entiendo que la escuela requiere que yo este de acuerdo con la regla del distrito sobre medicación/procedimientos antes de poder dar el medicamento/procedimiento en la escuela. Tanto el distrito escolar o su personal no serán responsables por la ocurrencia de cualquier reacción adversa a la droga cuando el medicamento/procedimiento ha sido dado/ejecutado en la forma prescrita arriba. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si la medicación/procedimiento de mi niño/a ha sido cambiado en cualquier forma. <b>Su niño/a puede calificar para un plan individual de salud escrito ((IHP). La enfermera escolar escribira este plan para su niño/a basado en estas ordenes. Si usted no desea que su estudiante tenga un IHP por favor comuníquese con la enferma de la escuela de su niño/a. Si su niño/a viaja en transporte escolar y desea que su medicina de emergencia lo/a acompañe y el conductor sea entrenado en este medicamento. Por favor hable con la enfermera escolar de su nino/a. para hacer arreglos.</b>			
Firma del padre/tutor:	Número de teléfono diurno:	Fecha:	

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:**

PARA MEDICAMENTOS DE ASMA UNICAMENTE:		PARA MEDICAMENTOS DE ALERGIAS UNIVAMENTE:	
<b>Plan de acción de emergencia contra el asma</b>		<b>Plan de Accion de Emergencia por Alergias</b>	
Desde cuando su niño/a sufre de asma?		Que le ocurre al niño/a durante una reacción? <input type="checkbox"/> inflamación <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> comezon <input type="checkbox"/> Dificultad de respirar <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Su niño/a reconoce signos/síntomas de asma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reactions have occurred from: <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Touching <input type="checkbox"/> Smelling <input type="checkbox"/> Other: _____	
Su niño/a ha sido hospitalizado/a por asma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El niño/a ha tenido reacciones serias?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fechas de hospitalizacion:		De ser asi, cuantas?	
Causantes:		Fecha de ultima reaccion seria:	
Su niño/a tiene restricciones de actividades/funciones escolares (atletismo, etc)? (*De ser asi se requiere nota medica)	<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO	Si ha habido exposicion a un alergeno y <b>NO hay síntomas</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilar al estudiante</li> <li>▪ Notificar al padre</li> <li>▪ Hotificar a la enfermera escolar</li> </ul>	
<i>Si observa esto:</i>	<i>Haga esto:</i>	<i>Si observa esto:</i>	<i>Haga esto:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ruido al respirar</li> <li>▪ Tos frecuente</li> <li>▪ Queja de presión en el pecho o</li> <li>▪ Dificultad de respirar</li> <li>▪ Puede decir oraciones completas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administrar o ayudar con el broncodilatador recetado u otro medicamento indicado</li> <li>▪ Notificar al padre</li> <li>▪ Notificar enfermera escolar</li> <li>▪ Permanecer con estudiante</li> <li>▪ Regresar estudiante a clase o enviar a casa como se indique</li> </ul>	<b>Sintomas leves:</b>  <b>PIEL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urticaria leve</li> <li>▪ Comezon leve</li> </ul> <b>INTESTINAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nausea leve</li> <li>▪ Molestia estomacal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De antihistaminico</li> <li>▪ Permanezca con el estudiante</li> <li>▪ Vigilar</li> <li>▪ Notificar al padre</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tos constante</li> <li>▪ Dificultad para respirar</li> <li>▪ Dificultad de hablar</li> <li>▪ Piel del pecho y/o cuello contraídas al respirar</li> <li>▪ Labios o uñas gris o azul</li> <li>▪ Perdida leve del conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Llame 911</b></li> <li>▪ Adminisre o ayude con el broncodilatador recetado u otro medicamento</li> <li>▪ Permanezca con el estudiante</li> <li>▪ Hotificar enfermera escolar</li> <li>▪ Notificar al padre</li> <li>▪ Notificar al administrador</li> </ul>	<b>Sintomas severos despues de Exposicion:</b>  <b>PULMONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de aire, ruido al respirar, tos constante</li> </ul> <b>CORAZON:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palido, azul, desmayo, debil, mareado, confuso</li> </ul> <b>GARGANTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presion, irritacion, dificultad respirando o tragar.</li> </ul> <b>BOCA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lengua y labios inflamados</li> </ul> <b>PIEL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urticaria en todo el cuerpo</li> </ul> <b>INTESTINAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Calambres abdominals severos, vomito, diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>DAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE</b></li> <li>▪ Permanezca con el estudiante</li> <li>▪ Dar broncodilatador (inhalador) si esta indicado</li> <li>▪ Llame 911</li> <li>▪ Notificar al padre</li> <li>▪ Notificar enfermera escolar</li> <li>▪ Notificar administrador</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Refiera al plan anafiláctico si el estudiante tiene alergias.</i></li> <li>▪ <i>Indique respirar lento y profundo</i></li> <li>▪ <i>Permanezca calmado con el estudiante</i></li> <li>▪ <i>Si no hay medicamento de rescate en la escuela, llame al padre/tutor inmediatamente . Si el padre/tutor no esta disponible para recoger al estudiante, o traer medicina, y el estudiante esta en sufriendo, notifiqueles que EMS será llamado para atender al estudiante. Notifique al administrador y enfermera escolar</i></li> </ul> </div>		<p><i>*Los inhaladores y los antihistaminicos no deben utilizarse únicamente para tratar las reacciones anafilácticas. Los síntomas pueden agravarse rápidamente. En caso de duda, utilice epinefrina</i></p>	

Fecha	Notas	Iniciales

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma con credencial: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_