

Medicamentos de emergencia para la anafilaxia
Autoadministración/posesión de medicamentos

Estudiante: _____ ID _____ Escuela: _____
Grado: _____ Sexo _____
Dirección: _____ Ciudad _____ C.P. _____
Nombre del padre/madre: _____ Teléfono _____ # alt. _____
Nombre del padre/madre: _____ Teléfono _____ # alt. _____

Reglas para un estudiante en posesión o administración de epinefrina (EpiPen)

Permite a los estudiantes con asma o anafilaxia poseer o autoadministrarse medicina para la anafilaxia mientras están en la propiedad escolar o en un evento relacionado con la escuela o actividad bajo las siguientes condiciones:

- 1) La etiqueta de prescripción muestra que el medicamento se ha prescrito para ese estudiante.
- 2) La autoadministración es conforme a la receta o instrucciones escritas del médico del estudiante.
- 3) Los padres del estudiante que proporcionan a la escuela la autorización por escrito firmada por el padre.
- 4) Los padres del estudiante que proporcionan a la escuela con una declaración escrita del médico indicando que el estudiante es capaz de autoadministración o posesión de la medicina.
- 5) Si no se permite al estudiante la posesión y administración de la medicación, esto debe indicarse claramente por escrito en cuanto a lo que ocurrirá.
- 6) Puede solicitarse un permiso para que la enfermera escolar se comunique con el médico.
- 7) Como con cualquier medicación, la medicación debe ser actual (no caducado en la etiqueta), y la receta del médico a administrar debe ser menos de un año.
- 8) Los síntomas de la anafilaxia pueden producirse después del uso de un EpiPen. EMS se activará cuando se utiliza el EpiPen.
- 9) **El estudiante tendrá un plan de acción de emergencia para anafilaxia en los archivos de la oficina de la enfermera.** El formulario debe ser actualizado anualmente y guardado en el archivo de la oficina de la enfermera.

Declaración del médico general o especializado

Yo, _____ (nombre), declaro que este estudiante: _____ (nombre del estudiante) es capaz de administración propia o posesión de su medicación de emergencia para anafilaxis. Favor de indicar la acción deseada si el estudiante no podrá administrar o poseer el medicamento. Esta autorización es válida por un año.

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Firma del médico: _____ Fecha: _____
_____ Fecha _____ Número de teléfono
para casos de emergencia: _____

Este consentimiento puede venir en forma de receta médica, siempre que el nombre del médico y el número de teléfono de emergencia médica estén presentes.

Comentarios: _____

Declaración del padre o tutor legal

Yo, _____ (nombre), padres o tutor legal de _____ doy mi permiso a mi hijo de autoadministrarse o poseer su medicación de emergencia para anafilaxis (EpiPen) según la orden médica. Enseñaré a mi hijo que él o ella es responsable de poseer el medicamento. También estoy consciente de que oportunidades educativas del estudiante existen para que mi hijo puede aprender más sobre el manejo de su condición médica durante el día escolar.

Firma del Padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____