

BCSD Health Services Autorización por Asma 2024-2025

BCSD 5/2023

SECCIÓN A SER RELLENADA SÓLO POR PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA- LETRA DE IMPRENTA	
Nombre y apellido del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Las alergias conocidas y/o factores detonantes del asma incluyen:	
Los síntomas usuales del asma incluyen pero no se limitan a:	
Medicamento de rescate prescrito:	Espaciador recomendado: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Frecuencia y dosis prescritas: <input type="checkbox"/> Según sea necesario para tratamiento de rescate dar _____ inhalaciones <input type="checkbox"/> Dosis para antes de ed.fis./receso/actividad intensa: dar _____ inhalaciones (dosis ser para cada 4 horas) <input type="checkbox"/> Plan de enfermedad: tratamiento de rescate dar _____ inhalaciones cada ____ horas y antes de E.Fis/receso/actividad intensa <i>Padres son responsables de notificar a enfermería escolar si estudiante tiene plan de enfermedad y por cuánto tiempo</i>	
Para tratamiento de rescate 1. Observar al estudiante durante 20 minutos tras dar medicamento de rescate o hasta que se alivie dificultad para respirar. 2. Si el estudiante sigue con dificultad para respirar después de 20 minutos: ESTÁ <input type="checkbox"/> o NO ESTÁ <input type="checkbox"/> bien repetir la dosis de rescate hasta un total de _____ veces para aliviar dificultad para respirar.	
Control diario del asma medicamento(s) prescrito(s) para uso en el hogar:	
Estudiante tiene permiso para tener /autoadministrar el medicamento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – *si es así, leer atentamente: *Si indicó "Sí": estoy de acuerdo en que este estudiante debe tener el medicamento/procedimiento mencionado sobre su persona en el horario escolar, el trayecto de ida y vuelta a la escuela o las actividades patrocinadas por la escuela, antes y después de las actividades escolares en instalaciones escolares y cualquier actividad patrocinada por ésta. El menor ha demostrado competencia en el automonitoreo y autoadministración del medicamento/procedimiento. El padre/madre/tutor es consciente de que no puede responsabilizar al distrito escolar por cualquier resultado adverso de esta acción. Nombre impreso Profesional Servicios de Salud: _____ Tel.: _____ Firma Profesional de Salud: _____ Fecha: _____	
Padres/tutores, leer detenidamente, por favor: al firmar a continuación entiendo y acepto lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que los medicamentos deben estar en envase original y con etiqueta de receta más reciente emitida por farmacéutico. • Notificaré a la escuela cuando el medicamento se suspenda o cambie la dosis • Autorizo que el director, la(o)s enfermera(o)s escolar o los servicios de salud comparta esta información con quienes sean responsables de mi hija(o). • Autorizo que BCSD Health Services contacte al profesional de salud autorizado y la farmacia que prescribe el medicamento en relación con esta receta. • Soy responsable de reemplazar el medicamento antes de la fecha de caducidad. • Autorizo que el personal asignado del BCSD administre este medicamento a mi hija(o) de acuerdo con los requisitos del distrito. • Entiendo que mi hija(o) perderá el privilegio de automedicarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante debido al uso incorrecto del medicamento(s). <p style="text-align: center;"><i>Mi estudiante tiene órdenes de nuestro profesional de salud para tener/autoadministrar este medicamento:</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – *si es así, leer atentamente:</p> <p>*Hemos decidido, en colaboración con nuestro médico, permitir que nuestra(o) hija(o) se autoadministre y controle el medicamento mencionado mientras esté en la escuela. Mi hija(o) ha sido entrenado por nuestro médico y ha demostrado competencia en este procedimiento. Se debe permitir a mi hija(o) tener el medicamento en las actividades patrocinadas por la escuela, el trayecto hacia y desde la escuela o las actividades patrocinadas por la escuela, y durante las actividades antes o después de la escuela en las instalaciones escolares. Soy consciente de que el Distrito Escolar del Condado de Beaufort no puede responsabilizarse por cualquier resultado adverso de esta acción. Soy responsable de reemplazar el medicamento antes de la fecha de caducidad. Proporcionaré el medicamento en el envase original, claramente etiquetado con el nombre de mi hijo. Notificaré a la escuela inmediatamente si se suspende el medicamento o se cambia la dosis. Se autoriza que el director y/o a la enfermería de la escuela compartan esta información con las personas a cargo de mi hija(o). La primera dosis se administrará en el hogar para yo poder controlar las reacciones adversas. Autorizo que la enfermería escolar se ponga en contacto con el consultorio médico y pedir información sobre mi hija(o).</p> Nombre impreso de padre/madre/tutor: _____ Tel. diurno: _____ Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____	

Formulario válido sólo si se firma en o antes del 1 de julio del próximo año escolar.