Autorización Para la Auto-administración de Medicamento Anafiláctico en la Escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Otras consideraciones/direcciones:

_____

Fecha de comienzo del año escolar: _____ (Todas las autorizaciones expiran al fin del año escolar)

☐ El estudiante está bien informado sobre el medicamento y cómo administrarlo.

☐ El estudiante tiene las habilidades para poseer y utilizar con seguridad un automóvil-inyector de epinephrine.

☐ El estudiante puede así mismo-administrar el automóvil-inyector de epinephrine y benadryl en caso de reacción alérgica severa.

_____

Nombre del médico (letra de molde) Firma del Medico

_____

Dirección de la clínica Número de teléfono Fecha

Autorización del padre/del guarda

Solicito que los medicamentos antedichos sean utilizados durante horas de la escuela según lo ordenado por el médico/prescritor licenciado de este estudiante en caso de la reacción alérgica severa que pueda conducir a anafilaxis. También solicito según lo prescrito que los medicamentos sean administrados durante paseos y otras actividades patrocinadas por la escuela.

Relevo al personal de la escuela de responsabilidad en el acontecimiento que las reacciones adversas resulten debidas al tomar los medicamentos. Notificaré a la escuela de cualquier cambio en los medicamentos (eje: medicamento que sea descontinuado, etc.).

Doy el permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con los profesores del estudiante sobre las alergias del estudiante cuál puedan conducir a una reacción anafiláctica. En caso de una reacción alérgica severa, además de la administración de cualquier o el benadryl y el epinephrine, 911 debe ser llamado según lo dirigido para el tratamiento estándar de los anafilaxis y de los padres serán notificados inmediatamente.

Doy permiso a la enfermera de la escuela que consulte con el médico/prescritor licenciado del estudiante arriba nombrado en relación a cualquier pregunta que se presenten con respecto a los medicamentos mencionados.

☐ Mi hijo/hija puede así mismo-administrar su dispositivo de epinephrine o medicamento usado en caso de una reacción anafiláctica.

_____ _____ _____

Nombre del padre/guardián Firma Fecha

NOTA: El medicamento debe ser proveído en el envase original.

Asthma & Allergy Foundation of America, Texas
9101 Quarter Horse Lane
Ft. Worth, TX 76123
817-297-3132 * 888-933-AAFA (3132)
www.aafatexas.org * info@aafatexas.org
Translation courtesy of Rick Montoya, RRT, Thomason Hospital, El Paso