

Deben rellenarse el anverso (médico) y el reverso (padres). NO se aceptarán formularios incompletos.

Estudiante: _____ DOB: _____ Año escolar: 20-20

CERTIFICO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE LA(S) MEDICACIÓN(ES) PRESCRITA(S) AL ESTUDIANTE DURANTE LA JORNADA ESCOLAR ES NECESARIA PARA MANTENER Y APOYAR LA PRESENCIA CONTINUADA DEL ESTUDIANTE EN LA ESCUELA O EN EVENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA.

Los estudiantes NO PUEDEN autoadministrarse ni llevar consigo los medicamentos diarios y PRN.				
Diagnóstico	Medicación	Dosificación	Ruta	Tiempo(s) para dar
Medicación diaria para:				
Medicación PRN para:				

Autorización del médico para que el alumno se autoadministre medicación de emergencia Sí No

NO es necesaria la supervisión de un adulto. El estudiante ha sido instruido en el plan de tratamiento, la autoadministración de la(s) medicación(es) indicada(s), y

ha demostrado el nivel de destreza necesario para autoadministrarse la medicación.

Alérgico a:	<input type="checkbox"/> Difenhidramina <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> 12,5 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> Otros:	Por boca	<input type="checkbox"/> Al exponerse <input type="checkbox"/> Reacción leve
Alérgico a:	Autoinyector de epinefrina	<input type="checkbox"/> 0,15 mg <input type="checkbox"/> 0,3 mg	Intramuscular	<input type="checkbox"/> Al exponerse <input type="checkbox"/> Reacción grave o más de 1 síntoma leve. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i se suministra, repetir la dosis a los 5 min. para síntomas continuados
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Diastat Gel <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> 5,0 mg <input type="checkbox"/> 7,5 mg <input type="checkbox"/> 10,0 mg <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Por la boca <input type="checkbox"/> Sublingual	<input type="checkbox"/> Al inicio de la convulsión <input type="checkbox"/> Convulsión > 5 min. <input type="checkbox"/> Convulsión > 10 min. <input type="checkbox"/> Otros:
Diabetes	Glucagón	<input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg	Intramuscular	Si el alumno no puede tragar con seguridad o queda inconsciente
Asma: <i>Ejercicio inducido</i> <input type="checkbox"/> No aplicable	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> 2 caladas <input type="checkbox"/> Otros:	Inhalador con espaciador, si se suministra	<input type="checkbox"/> Antes de realizar ejercicio muy activo según sea necesario para prevenir los síntomas <input type="checkbox"/> Antes de PE según sea necesario <input type="checkbox"/> Antes del recreo según sea necesario
Asma: Zona Amarilla	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> 2 caladas <input type="checkbox"/> 4 caladas <input type="checkbox"/> 1 ampolla	<input type="checkbox"/> Inhalador con espaciador si se proporciona <input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Cada 4 hrs. según sea necesario para aliviar los síntomas <input type="checkbox"/> Otros:
Asma: Zona roja Llame al 9-1-1 y a los padres	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> 4 caladas <input type="checkbox"/> 1 ampolla	Inhalador con espaciador si se proporciona <input type="checkbox"/> Nebulizador	Para síntomas de emergencia <input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20 min. x 3 dosis

Firma del médico: _____ Nombre (*en letra de imprenta*): _____

Date: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

...continúa atrás...

Padre/madre/tutor

Lo comprendo:

- Sólo pueden autoadministrarse o llevarse consigo los medicamentos de urgencia y para el tratamiento de la diabetes.
- En ocasiones, personal no médico se encarga de administrar la medicación si la enfermera escolar no está disponible.
- Es mi responsabilidad que un adulto transporte la medicación a la escuela.
- Los medicamentos deben entregarse en el envase original etiquetado en la farmacia con las instrucciones de administración. Si la medicación es de venta libre, debe entregarse en su envase original, etiquetado con el nombre del alumno.
- Los medicamentos no utilizados y no recogidos al final del año escolar serán desechados.
- Si la medicación no está disponible en la escuela, se llamará al 9-1-1 para emergencias.
- Si mi hijo participa en actividades/deportes patrocinados por la FLA antes/después de la escuela, asumiré la responsabilidad de contactar al asesor/entrenador de m condición de mi hijo. Proporcionaré los em m adicionales que m sean necesarios durante la actividad. Podré ponerme en contacto con la enfermera de la escuela si se necesita ayuda para instruir al asesor en un procedimiento médico o si se necesita compartir con ellos una copia de la información.

Lo solicito:

- Que se le administren a mi hijo los medicamentos indicados en las órdenes del profesional sanitario.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado en la técnica de administración.
- Para los alumnos que lleven consigo y se autoadministren la medicación de urgencia prescrita por el profesional sanitario:
 - Doy permiso para que mi hijo lleve consigo y se administre la medicación de emergencia indicada en el reverso durante la jornada escolar, en actividades patrocinadas por la escuela o durante el trayecto hacia o desde la escuela. No es necesaria la supervisión de un adulto y así lo entiendo:
 - Proporcionaré medicamentos de reserva que se guardarán en la escuela (además de los que llevará mi hijo)
 - Mi hijo deberá demostrar el nivel de destreza necesario para autoadministrarse la medicación.
 - Mi hijo será objeto de medidas disciplinarias si se utiliza la medicación de forma distinta a la prescrita.

Yo autorizo:

- La divulgación y el intercambio de m información entre el proveedor de atención médica de mi hijo, la enfermera de la escuela y el personal escolar designado que sea necesaria para llevar a cabo los servicios para mi hijo.

Por la presente doy permiso para que mi hijo reciba medicación durante el horario escolar. La medicación ha sido recetada por un profesional sanitario autorizado.

Por la presente libero a Falls Lake Academy, Inc. y a sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome la medicación prescrita.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono: _____ Date: _____

Estudiante (sólo para llevar uno mismo): N/A

- He demostrado a la enfermera del colegio el uso adecuado de mi medicación.
- Tengo previsto llevar conmigo la medicación y el equipo al colegio y a las actividades patrocinadas por el colegio.
- Sólo utilizaré la medicación según lo prescrito por mi profesional sanitario.
- Mi medicación se guardará en el envase original etiquetado con mi nombre.
- No permitiré que ninguna otra persona utilice mi medicación.
- Notificaré a un miembro del personal de la escuela si tengo más dificultades de lo habitual con mi estado de salud.

Firma del alumno: _____ Fecha: _____

He observado al alumno y demuestra la capacidad y el nivel de destreza necesarios para utilizar la medicación de emergencia según lo prescrito por el profesional sanitario. Inhalador . Epi Pen _____ Glucagón _____ Otro _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____

Enfermera escolar:

Fecha de recepción y revisión de las órdenes: _____ Firma de la enfermera: _____