MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

Formulario de consentimiento para la administración de medicamentos de protocolo de MPS

Nombre del estudiante: _____ No. de id: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Estimado padre/madre/tutor legal:
Las enfermeras escolares y las enfermeras escolares asociadas brindan servicios de atención a los estudiantes del Distrito de Escuelas Públicas de Milwaukee. Estos servicios contribuyen a la seguridad, el bienestar y el rendimiento de su hijo durante la jornada escolar.

Las enfermeras les pueden administrar acetaminofén (Tylenol®) o ibuprofeno (Advil® o Motrin IB®) a los estudiantes en caso de dolores de cabeza ocasionales, dolores musculoesqueléticos, tendinitis, bursitis causada por una lesión, dolores menstruales o fiebre de 100.4°F o superior. **Tenga en cuenta que, aunque el estudiante que tiene fiebre puede recibir Tylenol en la escuela, también es necesario que lo recojan y permanezca en su hogar hasta que haya pasado 24 horas sin fiebre y sin utilizar medicamentos antifebriles.**

A aquellos estudiantes que presenten síntomas similares al asma, la enfermera puede administrarles un inhalador de rescate de Albuterol o Proventil®, si se encuentra disponible en el consultorio de salud. **Este inhalador de Albuterol de protocolo es únicamente para uso de emergencia y no reemplaza el inhalador que su hijo lleva a la escuela. Si su hijo utiliza un inhalador de rescate o de Albuterol en su hogar, deberá proporcionar a la escuela el medicamento, una orden médica y un consentimiento firmado por el padre/madre/tutor legal, ya que dicho inhalador de Albuterol de protocolo no se llevará a ninguna excursión.**

Es importante que tenga en cuenta que su hijo solo puede recibir estos medicamentos con su consentimiento firmado, y se le administran en función de la disponibilidad de la enfermera. Su consentimiento asegurará su implicación activa en **la gestión de atención médica que reciba su hijo y que esté informado de cualquier intervención médica que se realice.**

Si desea que su hijo reciba medicamentos de protocolo en la escuela cuando sea necesario, rellene este formulario y envíelo a la enfermera de la escuela. Asimismo, le recordamos que este formulario de consentimiento debe rellenarse cada año para asegurarnos de que disponemos de la información más actualizada sobre las necesidades médicas de su hijo.

La dosis de los medicamentos se especifica en las "Órdenes Permanentes" aprobadas por el Asesor Médico del Distrito Escolar. **Marque el medicamento que desea que esté disponible para su hijo.** Las pautas de dosificación se encuentran a continuación:

☐ Para FIEBRE, DOLOR DE CABEZA o MALESTAR, las **enfermeras** pueden administrar:
Acetaminofén (Tylenol®) en función de las pautas de peso y aproximadamente 15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas, según sea necesario, con un máximo de una sola dosis de 650 mg.
O
Ibuprofeno (Advil® o Motrin IB®) en función de las pautas de peso y aproximadamente 10 mg/kg/dosis cada 8 horas, según sea necesario, con un máximo de una sola dosis de 400 mg.

☐ Para el DOLOR o CÓLICOS MENTRUALES, las **enfermeras** pueden administrar:
Ibuprofeno (Advil® o Motrin IB®) en función de las pautas de peso y aproximadamente 10 mg/kg/dosis cada 8 horas, según sea necesario, con un máximo de una sola dosis de 400 mg.

☐ Para SÍNTOMAS DE ASMA O SIMILARES, las enfermeras pueden administrar:
De 4-6 dosis de inhalador dosificador de **Albuterol**. Luego, se pondrán en contacto con usted una vez se haya administrado el medicamento. También podrían repetir la administración en 20 minutos si persisten los síntomas.

☐ **NO** le administren a mi hijo ninguno de los medicamentos de protocolo indicados anteriormente.

Solo podremos atender a su hijo si nos da su consentimiento por escrito. Además, debemos conocer si tiene **alergias a algún medicamento** o antecedentes de reacciones a los mismos. **Indíquelo a continuación:**

_____

Doy mi consentimiento para que la enfermera administre a mi hijo una dosis ocasional del medicamento mencionado anteriormente en caso de fiebre, dolor de cabeza, malestar, dolores menstruales o dificultad respiratoria.

Firma del padre/madre/tutor legal	Número de teléfono	Fecha: (Mes/Día/Año)