

**Authorization for Administration of Medication for Life-Threatening
Allergic Reaction at School and School Sponsored Events**

RCW 28A.310.320, RCW.28A.210.260 and 270, WAC 110-300-0215, 3420 SB Policy, 3420P SB Procedure

 Nombre estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Año escolar: _____ Escuela _____ Madre/padre/tutor: _____

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – EMERGENCY MEDICATIONS

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY LHCP WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

LIFE-THREATENING ALLERGY: _____ Ingestion Touch Inhalation

Other Allergies: _____ Date of last reaction, if known: _____

Anaphylaxis signs: trouble breathing, hives, swelling of lips/tongue/throat, hoarse voice, nausea, vomiting, dizziness, feeling of doom.

If school nurse is NOT AVAILABLE epinephrine WILL be given by trained staff without delay for ANY allergy symptoms or suspected /known exposure to allergen(s). Student must be monitored by medical personnel or parent/guardian and may NOT stay at school.

INJECTION
CALL 911:
 Epinephrine (0.3 mg - approximately 66 lbs and above) Injection to Outer Thigh Muscle

 Epinephrine (0.15 mg - approximately 33 lbs- 66 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Epinephrine (0.1 mg - approximately 16.5 lbs - 33 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

 Neffy (2 mg is for those 66 lbs and above) intranasal

 Neffy (1 mg is for those 4 years and older, who weigh 33 lbs to less than 66 lbs) intranasal

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

 Repeat Epinephrine in _____ minutes if EMS has not arrived and if additional medication available.

ORAL:
 Antihistamine _____ by mouth _____ mg

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

ASTHMA: Yes No If history of asthma and wheezing, shortness of breath, or complaints of chest tightness with allergic reaction:

 Rescue Inhaler 2 puffs 4 puffs of _____ Use spacer

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

SIDE EFFECTS: Epinephrine: increased heart rate Antihistamine – sleepiness Inhaler: increased heart rate, shakiness

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – NON-ANAPHYLAXIS MEDICATIONS

Use this section for asthma/allergy symptoms not related to epinephrine administration

Diagnosis/ Condition	Medication	Dosage	Route	Time/Frequency	Side Effects	*Self Carry	*Self Administer
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N

*Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.

I request and authorize that the above-named student receive the above identified medications in accordance with the instructions indicated beginning ___/___/___ not to exceed current school year and Summer School or otherwise specified ___/___/___

LHCP's Signature: _____

Date: _____

Clinic Stamp

LHCP's Name: _____

Phone Number:(_____) _____

LHCP's Address: _____

Fax Number:(_____) _____

Este formulario debe estar firmado por Madre/padre/tutor.

Permiso de Madre/padre/tutor

Firma Madre/padre/tutor: _____ Fecha: _____
Firma estudiante (autoportante): _____ Fecha: _____
School Nurse Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

Administración de medicamentos en la escuela

Los medicamentos deben administrarse en la escuela solo cuando sea necesario. El salón de salud de la escuela cuenta con personal solo durante el horario escolar y no permanece abierto durante la duración de los clubes después de la escuela, las prácticas/juegos atléticos, los conciertos, los bailes u otros eventos patrocinados por la escuela. Si el estudiante debe recibir medicamentos orales o tópicos recetados, gotas para los ojos, gotas para los oídos, medicamentos premezclados en aerosol nasal o medicamentos para la alergia que salvan vidas durante el horario escolar o cuando el estudiante está bajo la supervisión del personal del distrito y para eventos escolares oficiales, el director designará y la enfermera de la escuela capacitará y delegará al personal de la escuela para administrar medicamentos y proporcionar un plan para acceder a los medicamentos. El medicamento que se administrará en la escuela debe tener una orden escrita firmada por un profesional de la salud con licencia (LHCP) que trabaje dentro del alcance de su autoridad prescriptiva y tener la firma de un padre/tutor. Los padres/tutores son responsables de garantizar que los medicamentos y los suministros de tratamiento estén disponibles para sus estudiantes. El medicamento debe estar en el envase original debidamente etiquetado. Esto incluye cualquier medicamento de venta libre. Los padres/tutores que deseen que su estudiante lleve consigo y se autoadministre los medicamentos de forma independiente deben proporcionar órdenes de medicamentos firmadas por su LHCP que indiquen explícitamente este plan. Nota: A los estudiantes no se les permite portar sustancias controladas por sí mismos. No se recomienda que los estudiantes en los grados K-5 lleven autotransporte. Los estudiantes que llevan medicamentos por su cuenta no eximen a los padres/tutores de la actualización anual de salud, las órdenes de autorización de medicamentos y el plan de atención médica cada año escolar. Siempre que sea posible, se insta a los padres/tutores y a LHCP a diseñar un horario de medicamentos para administrar medicamentos si el estudiante está participando en actividades patrocinadas por la escuela fuera del horario escolar normal. El Distrito Escolar de Edmonds no acepta ninguna responsabilidad por las reacciones adversas cuando el medicamento se dispensa de acuerdo con la orden de LAHCP. El Distrito Escolar de Edmonds no comparte información médica privada con entidades externas sin el consentimiento explícito por escrito.

Además, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 y RCW 28A.210.330 permiten a los padres de estudiantes con epilepsia, diabetes o insuficiencia suprarrenal seleccionar un "adulto designado por los padres" para brindar atención de enfermería dirigida por los padres en la escuela.

Antes de participar en excursiones, atletismo, clubes, etc., los padres/tutores de un estudiante con condiciones de salud deben consultar con la enfermera de la escuela para desarrollar consideraciones de cuidado para el entorno fuera del edificio.

El plan de atención médica no se extiende ni se aplica a actividades no patrocinadas por la escuela. Si un estudiante asiste a programas extendidos de cuidado antes y después de la escuela, o participa en actividades no patrocinadas por la escuela, los padres/tutores son responsables de notificar a la dirección del programa de esa entidad sobre las necesidades de atención médica y medicamentos de su estudiante.

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR MADRE/PADRE/TUTOR

Yo, Madre/padre/tutor, entiendo:

Cuando el personal de la escuela me notifica que el medicamento ha caducado, que ya no es necesario como curso de tratamiento, o al final del año escolar, soy responsable de recoger el medicamento de la escuela o entiendo que será destruido. El Distrito Escolar de Edmonds no asume ninguna responsabilidad por los medicamentos auto transportados y auto administrados. En caso de que surja un problema de seguridad, la enfermería de la escuela tiene derecho a notificar la/el madre/padre/tutor/estudiante y suspender el privilegio de automedicación. El plan de salud del estudiante se modificará anualmente para reflejar las necesidades de salud actuales. Proporcionaré la información de salud, las órdenes de autorización de medicamentos, los medicamentos no vencidos en un recipiente debidamente etiquetado y los suministros de tratamiento.

Opcional: Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que la medicación no controlada se devuelva a casa con mi estudiante.

Mi estudiante participa en:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Atletismo | <input type="checkbox"/> Clubes extracurriculares |
| <input type="checkbox"/> Música | <input type="checkbox"/> Otras actividades patrocinadas por la escuela |

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo y cumpliré con la política de medicamentos.

Firma del Padre/Tutor: _____ Date: _____

Firma del estudiante (autoportante): _____ Date: _____