



## Life-Threatening Conditions

---

Dear Parent and/or Guardian,

According to our records, your student has a life-threatening health condition. Washington State Law requires children with life-threatening conditions to have a medication or treatment order and health care plan on file prior to attending school. This law, called Substitute House Bill 2834, took effect on June 13, 2002. The medication or treatment order must address the life-threatening condition and it must be on file with the school prior to the child attending school.

Under the law, "life-threatening condition" means a health condition that will put the child in danger of death during the school day if a medication or treatment order is not in place. In addition, our school nurses will be responsible for putting a nursing care plan in place. The law provides that a child may not attend school in the absence of a medication or treatment order if the child has a life-threatening condition that might require medical services to be provided at school.

At the start of every school year you will need new medication order forms and plan of care filled out by your healthcare provider as well as unexpired medication in the original container, and an updated care plan that has been prepared by the school RN and signed by the parent/Guardian prior to the student's first day of school.

For your convenience forms have been included related to your student's health condition. You may also use the link included to access them on the Bethel School District website. Please ensure that your healthcare provider completes all forms and that their contact information is printed for any clarification needed. Note that there are permission portions of forms as well. Return this form to your child's school nurse as soon as possible.

Upon receipt of the information from your healthcare provider, the school nurse will contact you to develop an appropriate nursing plan. She will then need to train the staff. Your child may not be able to start school on the first day of school if the orders are not at school three business days prior to school starting.

Sincerely,

*Bethel School District Health Services*

[bethelsd.org/resources/health-room-forms](http://bethelsd.org/resources/health-room-forms)

3/25/2025 ARRN



**TUBO GÁSTRICO  
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO EN LA ESCUELA  
Distrito Escolar de Bethel #403**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA CON AUTORIDAD PRESCRIPTIVA**

Tipo de tubo gástrico: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Inflable: \_\_ cc Fecha del reemplazo: \_\_\_\_\_

Motivo del tratamiento: \_\_\_\_\_ El tubo G se usa para:  Alimentación  Medicina  Ambos

Tipo de fórmula/nutriente: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Hora(s) de alimentación: \_\_\_\_\_ y  PRN

¿Se debe de enjuagar con agua después de cada alimentación?  Si  No En caso afirmativo, cantidad \_\_\_\_\_ ml

¿Tiene el estudiante una bomba?  Si  No En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_ Corre a (velocidad): \_\_\_\_\_  ml/hr.

Si la alimentación del estudiante requiere una bomba ¿puede el personal de la escuela desconectar la alimentación para terapias y cambiar pañales/ir al baño?  Yes  No

¿Se debe aspirar los residuos antes de dar la alimentación?  Si  No En caso afirmativo, el retorno residual que sea menor de \_\_\_\_\_ ml

¿Ventilar antes de las comidas?  Si  No En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ minuto(s)

¿Cómo suele tolerar la alimentación?  bien  pobremente posición durante la alimentación: \_\_\_\_\_

Posición necesaria después de la alimentación: \_\_\_\_\_

¿Puede el estudiante comer/beber algo por vía oral?  Si  No En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Si el tubo G se lleva a la escuela,  El padre y/o tutor legal ha sido entrenando para reemplazar el tubo G

Marque todas las que aplican:  El estudiante debe ver a su médico o cirujano para la reinserción del tubo G

Pare/suspenda la alimentación si: \_\_\_\_\_

Otras instrucciones: \_\_\_\_\_

Duración del servicio(s):  Año escolar  (mm/dd/aa) desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica en letra imprenta o sello \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA SOLO PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL**

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL**

Por favor, tenga en cuenta que el personal de la escuela no tiene capacitación universal para reemplazar los tubos G. Solicito que se le permita a la enfermera de la escuela o a la persona designada del personal a hablar sobre los problemas médicos de mi estudiante con los proveedores de atención médica y suministrar a mi estudiante (*nombre del estudiante*) \_\_\_\_\_ los tratamientos ordenados por (*Nombre del proveedor de atención médica*) \_\_\_\_\_ para el \_\_\_\_\_ año escolar. Con mi firma certifico que entiendo que la escuela no acepta ninguna responsabilidad por reacciones adversas cuando el tratamiento se administra de acuerdo con las instrucciones de atención medica del proveedor y **que recogeré al final del año escolar todos los suministros y equipos necesarios, de lo contrario serán destruidos.** Yo soy el padre/tutor legal del estudiante nombrado anteriormente.

- Notificare inmediatamente a la escuela cualquier cambio o cancelación.
- Entiendo que los servicios no comenzarán hasta que se complete la capacitación adecuada del personal calificado.
- Entiendo que debo proporcionar todos los suministros y equipos necesarios para realizar este servicio.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_



Estudiante	Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ _____												
Autorizado por	Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado.												
Autorizado para	Yo autorizo: A esta(s) entidad(es) (nombre/dirección del destinatario(s)): Destinatario: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ A utilizar y/o divulgar una copia de la información sobre salud y servicios descrita a continuación para el estudiante arriba mencionado.												
Propósito	Con el fin de: <input type="checkbox"/> Esta información puede utilizarse o divulgarse en relación con tratamientos y servicios de salud mental y de atención médica . <input type="checkbox"/> Otros fines (especifique cada fin): _____ _____												
Información que se puede divulgar	Descripción o naturaleza de la información que se utilizará y/o divulgará: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Evaluación y resumen de admisión. <input type="checkbox"/> Informes psiquiátricos. <input type="checkbox"/> Plan de servicio y tratamiento. <input type="checkbox"/> Informe de progreso. <input type="checkbox"/> Plan de seguridad y crisis. <input type="checkbox"/> Otros antecedentes(especifique): _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Salud mental</b></td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> N/A         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Consumo de sustancias</b></td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> N/A         </td> </tr> </table>	<b>Salud mental</b>	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<b>Consumo de sustancias</b>	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A						
<b>Salud mental</b>	Mis registros pueden contener información relativa a diagnósticos y/o tratamientos de salud mental. Doy mi autorización específica para que se divulguen estos informes.												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A													
<b>Consumo de sustancias</b>	Mi expediente puede contener información sobre el diagnóstico y/o tratamiento de drogas, alcoholismo, abuso de sustancias. Autorizo expresamente la divulgación de estos datos.												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A													
Aviso	Entiendo que, si el destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización no es un plan de salud o proveedor cubierto por las leyes federales o estatales de privacidad, este podrá volver a divulgar la información y ya no estará protegida por dichas leyes. Si la información que se divulga en virtud de esta autorización incluye información sobre VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, pruebas genéticas y diagnóstico, tratamiento o derivación por abuso de drogas o alcohol, las leyes y reglamentos federales, incluidas las normas 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164, o la ley estatal, pueden impedir que el receptor vuelva a divulgar esta información. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.												
Caducidad	Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, en cualquier momento enviando una notificación por escrito. Asimismo, entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva cuando ya se hayan tomado medidas basándose en esta. A menos que sea revocada con anterioridad, esta autorización es válida durante 180 días a partir de la fecha de la firma que figura a continuación, o durante el período de tiempo se indique a continuación: Fecha: _____												
Firmas	He leído esta autorización, la entiendo y se me ha ofrecido una copia. Se requiere la firma del menor de edad para divulgar la siguiente información: (1) estado, diagnóstico, tratamiento de VIH/SIDA (14 años); (2) planificación familiar/aborto sin límite de edad; (3) tratamiento de alcohol o drogas (13 años); y (4) servicios de salud mental (13 años). <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Firma del estudiante</td> <td style="text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Firma del representante legal o personal</td> <td style="text-align: center;">Relación con el estudiante      Fecha</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">Actualización de la autorización</td> <td style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">Firma 1: _____ Fecha: _____</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc; padding: 5px;"></td> <td style="background-color: #cccccc; padding: 5px;">Firma 2: _____ Fecha: _____</td> </tr> </table>	_____	_____	Firma del estudiante	Fecha	_____	_____	Firma del representante legal o personal	Relación con el estudiante      Fecha	Actualización de la autorización	Firma 1: _____ Fecha: _____		Firma 2: _____ Fecha: _____
_____	_____												
Firma del estudiante	Fecha												
_____	_____												
Firma del representante legal o personal	Relación con el estudiante      Fecha												
Actualización de la autorización	Firma 1: _____ Fecha: _____												
	Firma 2: _____ Fecha: _____												