Edmonds School District

HS 506 SP
Licensed Health Care Provider (LHCP) Authorization
For Administration of Emergency Anticonvulsant

Nombre estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Año lectivo: _____ Escuela: _____ Nombre madre/padre/tutor: _____
¿Ha recibido este estudiante alguna vez un anticonvulsivo de emergencia? ☐ Sí ☐ No Última fecha dada: _____
Nombre del medicamento de emergencia: _____
Tipo de convulsiones: _____

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)
(e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

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

SIDE EFFECT: respiratory depression, sleepiness

Administer: ☐ **Diastat** ☐ Midazolam ☐ Other: _____ by ☐ rectal ☐ nasal ☐ oral

Administer: _____ mg of medication after seizure of _____ minutes duration or _____.

***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 the current school year and Summer School or otherwise specified____/____/____.

Clinic Stamp

LCHP's Signature: _____ Date**:** _____

LCHP's Name: _____ **Phone Number:** (_____) _____

LCHP's Address: _____ Fax **Number:** (_____) _____

Permiso de madre/padre/tutor: El medicamento debe ser suministrado por mí en el envase original, etiquetado por la farmacia con el nombre del medicamento, la cantidad que se debe tomar y la hora del día en que se debe tomar. El nombre del proveedor de atención médica con licencia está en la etiqueta. Si queda medicación después del curso del tratamiento, recogeré la medicación de la escuela o entenderé que se destruirá.

Firma madre/padre/tutor: _____ Fecha: _____
Firma estudiante (autoportante): _____ Fecha: _____
Firma de enfermería: _____ Fecha: _____

POR FAVOR, COMPLETAR AL DORSO

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 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 estudiante está bajo la supervisión del personal del Distrito y para eventos escolares oficiales, la dirección designará y enfermería 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 madre/padre/tutor. Madres/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. Madres/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: Estudiantes no se les permite portar sustancias controladas por sí mismos. No se recomienda que estudiantes en los grados K-5 lleven autotransporte. Estudiantes que llevan medicamentos por su cuenta no eximen a madres/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 madres/padres/tutores y a LHCP a diseñar un horario de medicamentos para administrar medicamentos si 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 LHCP. 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 el padre" para brindar atención de enfermería dirigida por los padres en la escuela.

Antes de participar en excursiones, atletismo, clubes, etc., madres/padres/tutores de estudiante con condiciones de salud deben consultar con enfermería de la escuela para desarrollar consideraciones de cuidado para el entorno extraescolar.

El plan de atención médica no se extiende ni se aplica a las actividades no patrocinadas por la escuela. Si estudiante asiste a programas extendidos de cuidado antes/después de la escuela, o participa en actividades no patrocinadas por la escuela, madres/padres/tutores son responsables de notificar al liderazgo 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 autoadministrados. En caso de que surja un problema de seguridad, la enfermería de la escuela tiene derecho a notificar madre/padre/tutor/estudiante y suspender el privilegio de automedicación. El plan de salud de 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 estudiante.

El estudiante participa en:

- ☐ Atletismo
- ☐ Música
- ☐ Clubes extracurriculares
- ☐ Otras actividades patrocinadas por la escuela:_____

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

Firma madre/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma estudiante (autoportante): _____ Fecha: _____