

School Year
20__ - 20__



School Fax
316-973-_____

AUTORIZACIÓN PARA MEDICINAS/PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRARLAS EN LA ESCUELA Y EN PASEOS ESCOLARES

Parte A – Para ser llenado por uno de los padres

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

Otorgo permiso para que la enfermera de la escuela o un personal delegado administre medicina/tratamiento a mi estudiante en la escuela o en un paseo escolar como esté indicado por el proveedor de salud de mi estudiante y como esté descrito en la Parte B de abajo.

Entiendo que debo proporcionar toda

1. La medicina en su envase con etiqueta original y/o
2. los elementos necesarios

También doy permiso para que exista comunicación entre la escuela, el profesional de la salud de la escuela y el médico que la prescribe y la farmacia relacionada con la medicina/tratamiento en cuestión, incluyendo comunicación con respecto a:

1. la prescripción o el tratamiento en sí – por ejemplo, preguntas con respecto a la dosis, método de suministro e interacciones potenciales con la droga.
2. implementación del tratamiento en la escuela – por ejemplo, preguntas con respecto a la seguridad, asuntos sobre el control de una infección o modificaciones en el orden del tratamiento relacionado con la escuela o con el horario académico del estudiante.
3. resultados del tratamiento en el estudiante – por ejemplo, preguntas con respecto a efectos secundarios observados, posibles reacciones negativas, observaciones de cambios del comportamiento en la clase.
4. otros asuntos pertinentes relacionados con el diagnóstico, condición o tratamiento del estudiante.

Firma del padre /tutor legal Nombre del padre/tutor legal en imprenta Fecha de hoy

Teléfono de la casa Celular Teléfono del trabajo

Nombre del representante del padre Celular del representante del padre Teléfono del trabajo del representante del Padre

Part B - Health Care Provider to Complete

MEDICATION AND/OR TREATMENT ORDERS: (please specify)

Medication / Treatment	Dosage / Route	Time / Frequency	Diagnosis(es) / Indication
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Special Instructions: _____

Signature of Physician/APRN/PA Printed Name of Physician/APRN/PA Name of the Supervising Physician for APRN/PA

Health Care Provider Phone Number Health Care Provider FAX Number Today's Date

This student has demonstrated the skill level necessary to self-administer such medication/treatment.

Yes _____
Signature of Physician/APRN/PA Medication(s)/Treatment(s) that can be self-administered

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NORMAS GENERALES PARA MEDICINAS Y PROCEDIMIENTOS - Prescribed Special Health Care Services/Servicios Especiales Recetados de Cuidado de Salud (PSHCS por sus siglas en inglés)

Refiérase a las Normas de la Junta de Educación 5316 & 5317 ~Revisado el 22 de setiembre, 2015

Las solicitudes de medicinas y procedimientos/PSHCS deben renovarse en cada año escolar.

Procedimientos/PSHCS son servicios

- ❖ recetados por un proveedor de cuidado de salud que requiere entrenamiento especializado para ser implementado.
- ❖ que son necesarios para permitir que el estudiante asista a la escuela y/o programas que tienen lugar antes/después del horario escolar y que están provistos o controlados por la escuela. Ejemplos de Procedimientos/PSHCS incluyen inyecciones tales como insulina e inyector automático para emergencias.

La enfermera licenciada de la escuela

Respecto a medicina sin receta y con receta

1. debe revisar todos los requerimientos para las medicinas antes de iniciar su administración.
2. puede designar y entrenar empleados escolares que no sean enfermeros para administrar medicina.
 - a. *En todo caso posible, las medicinas se deben tomar antes de venir a la escuela o después de la salida bajo la supervisión de los padres.*

Respecto a procedimientos/PSHCS

1. es responsable de revisar y procesar el requerimiento para los procedimientos/PSHCS.
2. está involucrada en planificar y proporcionar los servicios.
 - a. *El resultado de esta planificación será el **Plan de emergencia médico** – (EMP por sus siglas en inglés) personal del estudiante.*
3. puede designar y entrenar a empleados escolares que no sean enfermeros a realizar los procedimientos/PSHCS.

El padre/tutor legal –

1. debe proporcionar una nueva **Autorización para Medicinas/Procedimiento a la escuela** cada año escolar.
 - a. *La firma del padre/tutor legal y el completar la **Autorización para Medicinas/Procedimiento en la Escuela**, autoriza a intercambiar información entre la escuela y el proveedor/agencia de cuidado de salud.*

Respecto a medicina sin o con receta

1. debe notificar a la escuela de inmediato sobre cualquier cambio. Cualquier cambio en la dosis u horario requiere de un (a)
 - a. *nueva solicitud escrita del proveedor de cuidado de salud*
 - b. *envase de la medicina correctamente etiquetado*
2. contactará a la enfermera antes del fin de año escolar para hablar sobre los arreglos para trasladar la medicina.

Respecto a procedimientos/PSHCS

1. debe notificar inmediatamente a la escuela sobre cualquier cambio.
 - a. *Los cambios requieren de una nueva solicitud escrita del proveedor de cuidado de salud y la aprobación de la enfermera.*
2. es responsable de proporcionar, mantener, dar servicio y reemplazar el equipo y artículos– por ejemplo: jeringas, tubos, tabletas de glucosa, etc.
 - a. *El equipo debe estar correctamente etiquetado con instrucciones para su uso.*
3. contactará a la enfermera antes del fin del año escolar para hablar sobre los arreglos para trasladar el equipo