

Distrito Escolar de Reading Servicios de Salud
Autorización para administrar medicamento en caso de una reacción alérgica y plan de acción
(Todas las áreas de este documento deben llenarse completamente)

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre los medicamentos que causan alergia: _____
Nombre los medicamentos que esta tomando actualmente: _____

Alto riesgo de una reacción severa: _____ Si _____ NO _____

Plan de Acción: (El médico debe llenar esta parte) PARA UNA RECCIÓN MENOR

1. Si los síntomas son: _____

Administre: Nombre del medicamento: _____

Dosis que debe recibir en la escuela: _____ Hora para recibir la dosis en la escuela: _____

Vía de administración: _____ ¿Alguna instrucción? _____

Fecha de comenzar el medicamento: _____ Fecha de terminar el medicamento: _____

Efectos secundarios: _____

¿Servicios de emergencia? _____

2. Contacto del padre: Nombre _____ # _____, Contacto de emergencia: Nombre _____ # _____

3. Dr. _____ # _____, Si la condición no mejora en 10 minutos, use el plan de acción a continuación.

Plan de Acción para una Reacción Mayor

Nombre del medicamento: _____

Dosis que debe recibir en la escuela: _____ vía de administración: _____

Hora para administrar el medicamento ¡INMEDIATAMENTE! Instrucciones: Contacte EMS 911 y a los padres/encargados

Permiso del Médico para usar Medicamento en la Escuela

Nombre del medicamento: _____

Dosis que debe recibir en la escuela: _____ Hora para recibir la dosis en la escuela: _____

Vía de administración: _____ ¿Alguna instrucción? _____

Fecha para comenzar el medicamento: _____ Fecha para terminar el medicamento: _____

Razón para tomar los medicamentos: _____

Efectos Secundarios: _____

¿Comprende el estudiante los efectos secundarios? _____ ¿Servicios de emergencia? _____

Creo que este niño es capaz y responsable de traer consigo y administrar su propia inyección de Epinephrine, durante las actividades escolares. El o ella, tiene permiso de hacerlo y ha recibido instrucción de como hacerlo.

Firma del Médico

Nombre del médico con letra de molde

Fecha

Número de teléfono del médico

Permiso del Padre/Encargado para usar Medicamento en la Escuela

_____, padre/encargado de: _____ requiero que los empleados (enfermeras, director o director encargado) del Distrito Escolar de Reading, administre los medicamentos mencionados arriba, que han sido recetados por el médico del mi hijo. Mi firma en este documento constituye una renuncia de una responsabilidad legal en cualquier o todos los aspectos en contra del Distrito Escolar de Reading, su Junta de Directores y todos los empleados, a menos que el distrito sea negligente en cuanto a cualquier daño o perjuicio en conexión con la administración de medicamentos.

Además, **estoy de acuerdo en entregar personalmente** los medicamentos en la enfermería, en el envase original proveído por la farmacia con toda la información del paciente en la etiqueta. También acepto la responsabilidad de proveer notas escritas del médico si es que cambia el medicamento o si es discontinuado. Doy mi permiso a la escuela para comunicarse con el médico en cuanto a este medicamento y la condición médica del niño.

_____ Creo que mi hijo es capaz y responsable de llevar consigo y administrar su propia inyección de Epinephrine. Doy mi permiso para que el pueda hacerlo. Si mi hijo usa su inyección, le avisará a la enfermera lo antes posible.

_____ Creo que mi hijo es capaz y responsable de llevar consigo y administrar su propio medicamento durante una excursión o durante alguna actividad extracurricular. Tiene mi permiso para hacerlo.

Fecha

Nombre del padre/encargado con letra de molde

Firma del padre/encargado

(El estudiante puede llevar consigo el inhalador/inyección de Epinephrine con el permiso de la enfermera)

Este espacio es solo para uso de la escuela.

_____ Clearance to carry and self-administer an inhaler and/or Epinephrine injection has been given and initialed by the school nurse.