

PEDIDO DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA E HISTORIAL DE SALUD

Año Escolar _____

Spanish

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:		NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		Fecha de Nacimiento:
Grado:	Escuela:			

Antes de asistir a la escuela, cada niño con una condición de salud que ponga en peligro su vida deberá presentar una orden de medicación o tratamiento que aborde la condición. Una condición de salud que amenaza la vida significa una condición que pondrá al niño en peligro de muerte durante el día escolar si no se cuenta con una orden de medicación y/o tratamiento y un plan de enfermería. Después de la presentación del medicamento o la orden de tratamiento, la enfermera de la escuela desarrollará un plan de enfermería. Las órdenes de medicamentos y tratamientos deben completarse cada año escolar. Los estudiantes con una condición potencialmente mortal serán referidos al Equipo 504 para su evaluación. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, Procedimiento del Superintendente de SPS 3413SP).

Esta sección debe ser completada por un proveedor de atención médica autorizado (LHCP)

Diagnostico de Asma: Intermitente Persistente leve Persistente Moderrado Persistente Severo

Síntomas habituales del asma: Tos Sibilancias Falta de Aire Opresión en el pecho
 Pide el uso de inhalador Otro: _____

Desencadenantes del asma: Ejercicio Aire Frio Enfermedad Respiratoria Polen
 Mala calidad de aire Humo, químicos, olores fuertes Otro: _____

Órdenes de medicamentos:

Inhalador de Albuterol (Proair®, Ventolin HFA®, Proventil) Inhalador de Levalbuterol (Xopenex®)
Efectos secundarios de los medicamentos: inquietud, irritabilidad, nerviosismo, aumento del ritmo cardíaco

Dosis: 2 bocanadas 4 bocanadas

Horario: Diario, indique la hora: _____

Según sea necesario, para los síntomas del asma

Antes de ejercitarse. 15-30 minutos antes del ejercicio

Repetir Medicación: No Si, indique la frecuencia: _____

Utiliza espaciador con inhalador No Si

Medicamento de control usado en casa (especificar): _____

Nivel de Independencia

El estudiante **NO** se transportará solo. El estudiante necesita supervisión y asistencia.

El estudiante está autorizado a llevar y autoadministrarse el inhalador. El estudiante ha sido instruido en el uso adecuado del inhalador y ha sido instruido en la administración adecuada y la frecuencia de uso.

LHCP Nombre:	LHCP Firma	Fecha
Dirección:	Teléfono #:	Fax #:

La orden de medicamentos es válida por la duración del año escolar actual que incluye la escuela de verano.

EL PADRE/TUTOR DEBE FIRMAR LA PÁGINA 2

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Telefono #: _____

Desarrollo de enfermedades y manejo/tratamiento

Edad de inicio/diagnóstico de Asma _____

¿Su estudiante usa un medidor de flujo máximo? (Frecuencia, lecturas actuales) _____

Medicamentos actuales para el asma y las alergias (nombre, dosis, frecuencia)

¿Con qué frecuencia usa su estudiante su inhalador? _____

¿Cuántas veces en el último año su estudiante ha sido tratado por asma en el consultorio del médico? Por favor describa.

¿Cuántas veces en el último año ha estado su estudiante en la sala de emergencias u hospitalizado por asma? Por favor describa.

Marque la casilla que mejor describa los síntomas de asma de su estudiante:

se mantienen igual empeorando mejorando

Conocimiento del estudiante sobre la condición del asma

¿Su estudiante entiende sus factores desencadenantes del asma? Si No

¿Puede su estudiante informar de manera confiable cuando experimenta síntomas de asma angustiantes? Si No

¿Sabe su estudiante cómo usar su inhalador correctamente? Si No

Comentarios: _____

Mi estudiante puede llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma recetado con la aprobación del LHCP: Si No

Proporcionar extra para la oficina? Si No

- Solicito que este medicamento se administre según lo ordenado por el proveedor de atención médica con licencia (LHCP) (es decir, médico, enfermero practicante, PAC).
- Doy permiso al personal de servicios de salud para comunicarse con el LHCP/personal del consultorio médico acerca de este plan y medicamentos.
- Entiendo que el medicamento no puede ser administrado por una enfermera, pero puede ser administrado por personal de la escuela capacitado y supervisado por un RN.
- Libero al personal escolar de cualquier responsabilidad en la administración de este medicamento en la escuela.
- La información médica/medicamentos se puede compartir con el personal de la escuela que trabaja con mi hijo y el personal del 911, si se les llama.
- Todos los medicamentos suministrados deben venir en su envase original con las instrucciones indicadas anteriormente por el LHCP.
- Se alienta al estudiante a usar un brazalete de identificación médica que identifique la condición médica.
- El director/la enfermera de la escuela puede revocar el permiso para poseer y autoadministrarse cualquier medicamento si se determina que el estudiante no puede autoadministrarse de manera segura y efectiva los medicamentos ordenados.
- Por ley, mi firma indica que eximiré de toda responsabilidad e indemnizaré al Distrito Escolar de Seattle No. 1, sus agentes, empleados y miembros de la junta contra todos los reclamos, sentencias o responsabilidades que surjan de la autoadministración y el autotransporte de medicamentos por mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: 18 años o más firma por el/ella mismo/a (RCW 26.28.015 o RCW 70.02.130):

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la enfermera del distrito escolar

Este estudiante ha demostrado a la enfermera registrada la habilidad necesaria para usar el medicamento y cualquier dispositivo necesario para administrar el medicamento. Este estudiante puede llevar y autoadministrarse su medicamento: Si No

Dispositivo(s) si los hay, usa: _____ Fechas de caducidad: _____

Firma de la enfermera registrada

Fecha

Ubicación del inhalador(es): Oficina MOCHILA EN LA PERSONA OTRO: _____

Fecha Creada del EAP: _____

IEP 504