

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 potencialmente mortal debe presentar una orden de medicación o tratamiento que aborde la condición. Una condición de salud potencialmente mortal significa una condición que pondrá al niño en peligro de muerte durante el día escolar si no se implementan una orden de medicación y / o tratamiento y un plan de enfermería. Después de la presentación de la orden de medicación o tratamiento, la enfermera de la escuela desarrollará un plan de enfermería. Se requiere que las órdenes de medicamentos y tratamiento se completen cada año escolar. Los estudiantes con una afección potencialmente mortal serán referidos al Equipo 504 para su evaluación. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, SPS Superintendent Procedure 3413SP).

Esta sección debe ser completada por un proveedor de atención médica con licencia (LHCP):

Quando una enfermera de la escuela NO ESTÁ DISPONIBLE, el personal capacitado administrará epinefrina sin demora si un estudiante tiene un síntoma o sospecha de exposición al alérgeno como se indica en el Plan de Atención de Emergencia del Estudiante (ECP). Un estudiante que recibe un autoinyector de epinefrina debe ser monitoreado por personal médico o un padre y NO puede permanecer en la escuela.

Alergia grave un: _____

Antecedentes de asma: Sí (indica una mayor probabilidad de reacción grave. **Orden de medicamentos para el asma requerida para el uso del inhalador en la escuela.**)

No

Historia de la anafilaxia: Sí, Fecha de la última reacción: _____ Las pruebas cutáneas indican alergia

No

Si un estudiante tiene síntomas o sospecha exposición (es decir, es picado, come alérgenos alimentarios o está expuesto a Alérgenos):

1. Dar Epinephrine Auto Injector (EAI) 0.3 mg Jr. 0.15 mg **Seattle Escuelas Públicas no tiene epinefrina en stock**
 Puede repetir EAI (si está disponible) en 10-15 minutos si los síntomas no se alivian o los síntomas regresan y EMS no ha llegado. Documente la hora en que se administraron los medicamentos y alerte a los EMS cuando lleguen.
2. Estancia con el estudiante
3. LLAME al 911 - Informe a los Servicios Médicos de Emergencia que al estudiante se le ha administrado epinefrina
4. Notificar a los padres y a la enfermera de la escuela
5. Después de administrar el autoinyector de epinefrina, administrar Benadryl® o antihistamínico _____ (ml/mg/cc)
6. Si el estudiante tiene antecedentes de asma y tiene sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho con reacción alérgica, después de autoinyector de epinefrina y antihistamínico, administre:
 - Albuterol (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®) _____ inhalaciones
 - Levalbuterol (Xopenex®) _____ inhalaciones
 - Otro: _____
7. Permiso para llevar y autoadministrarse medicamentos:
 - El estudiante ha sido instruido y es capaz de llevar y autoadministrarse EAI
 - El estudiante ha sido instruido y es capaz de llevar y autoadministrarse MDI

(LHCP) POR FAVOR, COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL ESTUDIANTE TIENE UNA ALERGIA ALIMENTARIA GRAVE

Discapacidad: Anafilaxia potencial si se ingieren alimentos. **Actividad vital importante afectada:** Posible cierre de múltiples síntomas corporales que conducen a la muerte.

Cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante: El estudiante no debe comer alimentos que contengan alérgenos (s).

ALIMENTOS PARA OMITIR: _____

Suposiciones generales: _____

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

La orden de medicamentos es válida durante el año escolar actual, que incluye la escuela de verano.

EL PADRE/TUTOR DEBE FIRMAR LA PÁGINA 2

SECCIÓN A COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Grado _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono # _____

Identifique la respuesta específica del estudiante al alérgeno:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOCA--Picazón, hormigueo o hinchazón de los labios, la lengua o la boca | <input type="checkbox"/> PIEL--Urticaria, sarpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o las extremidades |
| <input type="checkbox"/> GARGANTA--Garganta apretada o ronca, dificultad para respirar o tragar | <input type="checkbox"/> INTESTINO--Náuseas, dolor de estómago/calambres abdominales, vómitos y/o diarrea |
| <input type="checkbox"/> PULMÓN--Dificultad para respirar, tos repetitiva y/o sibilancias | <input type="checkbox"/> CORAZÓN - Pulso "filiforme", "desmayo", desmayo, azul, pálido |
| <input type="checkbox"/> GENERAL--Pánico, sensación repentina de muerte inminente | <input type="checkbox"/> OTRO--_____ |

Historia y estado actual

¿Cuántas veces ha tenido su estudiante una reacción? Nunca Una vez Más de una vez, explique: _____

¿Cuándo fue la última reacción? _____

Las reacciones alérgicas son: permanecer igual empeorando mejorando

Síntomas

¿Cuáles son los signos y síntomas de la reacción alérgica de su estudiante? (Sea específico, incluya cosas que el alumno podría decir).

¿Qué tan rápido aparecen los síntomas después de la exposición al alérgeno(s)? (segundos, minutos, horas, días) _____

Mi estudiante puede llevar y autoadministrarse el EAI prescrito con la aprobación del LHCP:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Proporcionar extra para la oficina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mi estudiante puede llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma recetado con la aprobación del LHCP:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Proporcionar extra para la oficina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Solicito que este medicamento se administre según lo ordenado por el proveedor de atención médica con licencia (LHCP) (es decir, médico, enfermera practicante, PAC).
- Le doy permiso al personal de servicios de salud para comunicarse con el LHCP / personal de la oficina médica sobre este plan y medicamentos.
- Entiendo que el medicamento puede no ser administrado por una enfermera, pero puede ser administrado por personal de la escuela capacitado y supervisado por un RN.
- Libero al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en la administración de este medicamento en la escuela.
- Entiendo que un plan de atención médica potencialmente mortal solo puede ser descontinuado, por escrito, por el LHCP que prescribe.
- La información médica/de 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 proporcionado originalmente 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 permiso para poseer y autoadministrarse cualquier medicamento puede ser revocado por el director / enfermera de la escuela si se determina que el estudiante no puede autoadministrarse de manera segura y efectiva los medicamentos ordenados.
- Por ley, mi firma indica que extenderé de responsabilidad e indemnizaré al Distrito Escolar No. 1 de Seattle, sus agentes, empleados y miembros de la junta contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y el autotransporte de medicamentos por parte de mi estudiante.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: 18 años o más firmando en nombre propio (RCW 26.28.015 o RCW 70.02.130):

_____ Fecha: _____

Solo para uso de enfermeras 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 medicación: Sí No

Dispositivo(s) en su caso, utilizado: _____ Expiración _____

Enfermera Registrada Firma

Fecha

Autoinyector de epinefrina (EAI) Ubicación: Oficina MOCHILA EN PERSONA OTRO: _____

Inhalador(es) ubicación: Oficina MOCHILA EN PERSONA OTRO: _____

Fecha de creación del EAP: _____

IEP 504