



## Distrito Escolar del Area de Little Chute

# Servicios de Salud

Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera de la Escuela 788-7600 x2116  
Salli Steller (Secundaria y Preparatoria) 788-7600 x2102 Fax: 788-7841  
Mandi Kunst, LPN (Primaria) 788-7610 x6152 Fax: 788-7847

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nac.	Fecha:
Escuela:	Grado:	Camion Escolar: Si No
<b>Condición de Salud: Alergia al Piquete de Abeja -Cuidado de Emergencia</b>		
<b>PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA:</b> 1. Administrar el medicamento apropiado enlistado debajo. 2. Si se le administra el <b>Epipen, llamar a 911</b> . Indicar que una reacción alérgica ha sido tratada. 3. Pudiera necesitar epinefrina adicional. Si los síntomas continúan después de 5-10 minutos, repite la administración del Epipen 4. Quedate con el / la estudiante y monitorea su condición. 5. Si el / la estudiante se auto administra el Epipen, debe notificar al personal de la escuela. .		
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA:</b> Nombre: _____ Telefono: _____ Parentesco con el / la Estudiante: _____		
<b>PARA QUE EL DOCTOR COMPLETE:</b> Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____		
<b>Epinefrina:</b> Inyección Intramuscular (circula una) EpiPen® EpiPen® Jr. Auvi-Q™ 0.3 mg Auvi-Q™ 0.15 mg		
<b>Antihistaminico:</b> Administración: medicamento /dosis /ruta _____		
<b>Otro:</b> Administración: medicamento / dosis / ruta _____		
<b>IMPORTANTE: No dependas de los inhaladores para el asma y/o los antihistamínicos para reemplazar la epinefrina en caso de anafilaxia.</b>		
¿Tiene el / la estudiante conocimiento sobre su medicamento y necesita notificar al personal de la escuela si se administra epinefrina? Si ____ No ____		
¿Ha demostrado el / la estudiante la técnica adecuada para administrarse el medicamento? Si ____ No ____		
Efectos secundarios:		
( ) He instruido a _____ en la manera propia para utilizar su medicamento por inyección. Es mi opinión profesional que se le puede permitir a el / ella que guarde y se inyecte el medicamento por sí mismo(a).		
( ) Es mi opinión profesional que _____ no debe guardar o administrar su medicamento por inyección por sí mismo(a)		
<b>Firma del Doctor:</b>		<b>Fecha:</b>
<b>PARA QUE LOS PADRES COMPLETEN:</b> ¿Le da permiso a su hijo(a) de guardar y administrarse su medicamento de Epinefrina? Si ____ No ____		
<b>Medication Consent:</b> .Por medio de la presente, doy permiso al personal de la escuela capacitado para que administren medicamento a mi hijo(a) durante el día escolar, incluyendo cuando estén fuera del edificio de la escuela participando en alguna actividad escolar, de acuerdo a las instrucciones escritas por el doctor indicadas en esta forma. También doy permiso a la enfermera o personal de la escuela de contactar al doctor de mi hijo(a) si es que fuera necesario. Así mismo doy permiso al personal designado de la escuela para notificar a otro personal de la escuela y maestros(as) de clase sobre la administración del medicamento y posibles efectos secundarios. Además aceptó eximir de toda responsabilidad acerca de cualquier reclamación que pudiera hacerse al Distrito Escolar de Little Chute y a los empleados del distrito que administren el medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela la terminación de este acuerdo o cuando haya necesidad de cambiar algo en las instrucciones anteriores. Si la automedicación es autorizada o si no hay un personal de la escuela autorizado para administrarlo, pido que mi hijo(a) tenga permiso de auto administrarse el medicamento según lo autorizado por el doctor y yo. Yo entiendo que como padre/madre soy responsable de asegurar que mi hijo(a) tenga medicamento de reserva para las horas que no está en la escuela y para el transporte a / de y durante eventos organizados por la escuela.		
He revisado el plan de salud de mi hijo(a): ____ El plan es correcto tal y como está escrito ____ El plan es correcto con los cambios anotados arriba		
<b>Esta información y el plan de salud del estudiante son compartidos a través de email, copia y en juntas de personal con las(los) maestros(as) de grado, entrenadores, conductor del camión escolar y personal de oficina.</b>		
<b>Firma del Padre:</b>		<b>Fecha:</b>

Rev. 11/2019

Iniciales del/ la Director(a) \_\_\_\_\_