



Distrito Escolar del Área de Little Chute

Servicios de Salud

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

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
Escuela:	Grado:	Camion Escolar Si No

Condicion de Salud: **Diabetis – Cuidado de Emergencia**

PROCEDIMIENTO

Si un estudiante diabético tiene una convulsión o deja de responder, es decir, no puede hablar, caminar o responder preguntas y no puede o no quiere tragar productos de azúcar:

1. Marque 911 para pedir que una ambulancia transporte al estudiante al hospital.
2. Administre glucagón si lo tiene a su disposición y está presente algún miembro del personal que esté entrenado a administrarlo.
3. Notifique al padre o contacto de emergencia.

DOSIS

Glucagón: Inyección _____ (ruta) Glucagón 1 mg Glucagón 0.5 mg (circule uno)

Otro: administrar: medicamento/dosis/ruta/hora _____

Posibles Efectos Secundarios: _____

Se deberá hacer contacto directo con el médico si el/la estudiante al cual se administró el medicamento desarrolla cualquiera de las siguientes condiciones o reacciones al medicamento (si no hay ninguna, por favor indíquelo): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

AUN SI NO PUEDE CONTACTAR AL PADRE O FAMILIAR, ¡NO DUDE EN MEDICAR AL ESTUDIANTE O LLEVARLO A UNA CLINICA!

Permiso para Medicar: Por la presente, doy permiso al personal escolar capacitado designado para que le dé medicamentos a mi hijo(a) durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar en asuntos escolares oficiales, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico como se muestran en este formulario. Por la presente, también doy mi permiso a la enfermera de la escuela y / o al personal de la escuela para que se comuniquen con el médico del niño(a) si es necesario. Por la presente, doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de clase sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos del medicamento. Además, acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y a sus empleados que administren el medicamento en cualquiera o todas las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela al finalizar esta prescripción o cuando sea necesario algún cambio en las órdenes anteriores.

Si se permite la autoadministración, o si no hay un miembro del personal autorizado disponible, solicito que mi hijo(a) pueda automedicarse según lo autoricen mi médico y yo. Entiendo que, como padre / tutor, soy responsable de asegurar que mi hijo tenga a su disposición medicamentos de rescate de respaldo después del horario escolar y que él/ella transporte hacia y durante eventos patrocinados por la escuela.

La información de salud de los estudiantes es compartida a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y / o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Al firmar, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo(a) y que el plan de salud es correcto y / o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para corregir el plan.

Firma del Padre:	Fecha:
Firma del Medico:	Fecha:

Revised 4/2020

Iniciales del(a) Director(a):
