

DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION

Permiso de Padres y Autorización del Doctor Para Manejo de Asma en la Escuela Plan Escolar de Salud Individualizado (ISHP)

Fecha _____

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado
Dirección	Tel. de Casa	Tel. de Trabajo

PERMISO DE PADRES

Yo (nosotros), el(los) firmante(s), el (los) padre(s)/guardián(es) del alumno mencionado arriba, solicitamos lo siguiente para el Manejo del Asma en la escuela sea administrado a mi (nuestro) niño de acuerdo con el Código de Educación 49423.5 de California. Yo voy a:

1. Proveer todas las medicinas, materiales y equipo.
2. Notificar a la enfermera escolar si hay algún cambio en el estado de salud o en su doctor.
3. Notificar a la enfermera escolar inmediatamente y proveer un permiso nuevo para ordenes Nuevas del doctor.

4. . YO DECLARO QUE SI MI ESTUDIANTE CARGA Y SE ADMINISTRA SU PROPIA MEDICINA, ÉL/ELLA TIENE QUE CARGARLA CONSIGO SI ASISTE A UNA EXCURSIÓN.

Yo autorizo a la enfermera de la escuela para que se comunique con proveedores de salud autorizados cuando sea necesario sobre la medicina y condición medica específica de mi alumno. Yo recibiré una copia del ISHP de mi niño.

Firma del Padre/Guardian _____

FECHA _____

Autorización del Doctor Para que el Personal Escolar Administre Medicina

1. Medicina: _____

2. Diagnósis: _____

3. Dosis: _____

4. Método de Administración: _____

5. La hora en que la medicina tiene que ser dada en la escuela. (Si es apropiado por favor provea cada cuanto tiempo la medicina tiene que ser administrada, ejemplo 2-4 horas)

6. Síntomas para los cuales la medicina tiene que ser dada _____

7. Posibles reacciones of efectos secundarios de la medicina: _____

(Vea la siguiente página para instrucciones)

8. El estudiante debe responder al tratamiento dentro de 15 – 20 minutos.
9. Busque cuidado médico inmediato si el estudiante tiene cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Tose constantemente
 - No ha mejorado después de 15-20 minutos del tratamiento inicial con medicina y un familiar no puede ser localizado
 - Dificultad al respirar con
 - Pecho y cuello se sumergen al respirar
 - Postura corporal inclinada
 - Lucha por respirar o jadea
 - Dificultad al caminar o al hablar
 - Para de jugar y no puede comenzar la actividad nuevamente
 - Labios o uñas se han puestos grises o morados

PERMISO AUTORIZANDO EL MANEJO DEL ASMA EN LA ESCUELA

Mi firma provee la autorización para las órdenes escritas arriba. Yo entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo a las leyes y regulaciones estatales de CA. Yo entiendo que servicios médicos especializados pueden llevarse a cabo por personal escolar no licenciado que ha sido designado y está bajo entrenamiento y supervisión de la enfermera escolar. Esta autorización tiene la duración máxima de 1 año. Si cambios son indicados, yo voy a proveer una autorización escrita nueva (puede ser mandada por fax).

1. He instruido _____ sobre la forma apropiada de usar su medicina. Mi opinión profesional es que a él/ella se le debe permitir cargar y auto administrarse su medicina.
2. Mi opinión profesional es que _____ **no debe** cargar o auto administrarse su medicina.

Firma del Doctor _____ **FECHA** _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del(a) Director(a) _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____ Fecha: _____