

Estimado Padre / Tutor:

Para proteger la seguridad de su hijo, la enfermera practicante con licencia de la escuela y/o el asistente de salud (según lo designe el director) se adherirá a la siguiente política de medicamentos. Se requiere que AMBOS padres y las firmas del médico estén archivadas antes de cualquier receta.

Aunque esto puede causar algunos inconvenientes, creemos que esta política es la mejor para la protección continua de la seguridad de su hijo y, por lo tanto, debe seguirse. Si no tenemos su permiso por escrito y el permiso por escrito de su médico, no se administrará el medicamento. Los formularios de permiso se pueden obtener comunicándose con la enfermera práctica autorizada o el asistente de salud de su escuela o con la oficina de la escuela.

Para que su hijo reciba cualquier medicamento en la escuela, siga la siguiente política de medicamentos:

Todos los planes de acción/cuidado deberán presentarse con un formulario de consentimiento de medicamentos.

- El formulario de consentimiento de administración debe ser completado y firmado por un médico, padre o tutor legal. **NO SE ACEPTARÁ CONSENTIMIENTO VERBAL NI TELEFÓNICO.**
- Los nuevos formularios de permiso deben volver a presentarse cada año escolar y son necesarios para cualquier cambio en las órdenes de medicamentos.
- Acepto notificar a la escuela si cambio de médico o si la receta se cambia o se interrumpe.
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia (solo en EE. UU.). El envase debe tener una etiqueta adecuada con el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la dosis.
- Solo los estudiantes con autorización por escrito de su médico y sus padres pueden llevar sus propios medicamentos. Esta autorización se proporcionará a la clínica antes de que el estudiante pueda llevar consigo los medicamentos de emergencia.
- Los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro en la clínica de salud durante el horario escolar. No se guardarán medicamentos en las aulas o mochilas en ningún momento. Cualquier medicamento traído por los estudiantes o que se encuentre en posesión de un estudiante será llevado a la clínica de salud y permanecerá en la clínica hasta que un padre firme el formulario de consentimiento o recoja el medicamento.
- El medicamento y los formularios de permiso firmados deben ser llevados a la escuela por el padre o tutor y entregados al asistente de salud de la clínica del campus. Los estudiantes no deben ser enviados al campus con medicamentos.
- Siempre que sea posible, incluya una foto de su hijo con el formulario de autorización.
- Es responsabilidad del padre o tutor entregar el medicamento a la clínica de salud de la escuela y recoger el medicamento al final del año. Los medicamentos que no sean recogidos al final del año serán desechados.
- Cuando el medicamento esté casi terminado, envíe la recarga a la escuela de inmediato. No envíe resurtidos de medicamentos con el estudiante; los padres deben traerlos.
- Si a su hijo se le retira el medicamento, ya no lo recibirá en la escuela, o si la receta cambia de otro modo, proporcione una nota escrita con fecha con información actualizada de la receta de dichos cambios tan pronto como sea posible. Si el medicamento no se recoge en la oficina de la escuela dentro de los diez (10) días, se desechará correctamente.
- Los medicamentos que estén vencidos o que tengan una fecha de descarte indicada no se administrarán a los estudiantes después de la fecha indicada.
- La primera dosis de cualquier medicamento nuevo no se administrará en la escuela debido a la posibilidad de una reacción alérgica.

Comuníquese con el director o su designado si tiene alguna pregunta. Gracias por su cooperación.

Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones



Este formulario ha sido diseñado para ayudar a crear un plan para el manejo de convulsiones de un estudiante. Este formulario debe de ser completado por el padre o guardián del estudiante conjunto con el médico que está proveyendo el tratamiento. Una vez completado debe de ser compartido con la enfermera de la escuela o el personal apropiado.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Padre o Guardián: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia/relación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información Acerca de las Convulsiones

Tipo de convulsión	Duración (Cuánto tiempo transcurre)	Frecuencia (Cuántas veces ocurre)	Qué sucede durante la convulsión

Causas o Señales Conocidas de las Convulsiones

- Falta de medicina
 - Estrés emocional
 - Falta de sueño
 - Estrés físico
 - Luces intermitentes
 - Falta de comida
 - Alcohol/Drogas
 - Enfermedades con fiebre alta
 - Ciclo menstrual
 - Otro: _____
 - Reacción a una comida en específico o exceso de cafeína.
- Especifiqué: _____

VNS/Dispositivos

Dispositivos: VNS RNS DBS

Fecha de implantación: _____

Uso de imanes/Instrucciones: _____

Proveer primeros auxilios básicos durante una convulsión

- **Mantenga** la calma, manténgase calmado y tome el tiempo que dure la convulsión
- Mantenga al estudiante **Seguro:** retire del alrededor objetos peligrosos, no trate de sujetarle y proteja la cabeza
- Voltee al estudiante hacia un **lado**, esto le ayudara a respirar, no ponga objetos en la boca
- **Permanezca** con el estudiante hasta que se haya recuperado
- **Intercambie** los imanes por VNS
- Escriba lo que sucedió durante la convulsión
- Otro: _____

Cuando llamar al 911 - Una convulsión de emergencia

- Una convulsión que causa pérdida de la consciencia por más de 5 minutos y que no responde al medicamento de emergencia disponible
- Convulsiones repetidas que duran más de 10 minutos, sin mejoramiento entre estas y el estudiante no responde al medicamento de emergencia
- Dificultad con la respiración después de la convulsión
- Incurrió en una lesión seria o se sospecha de una; una convulsión en el agua

Cuando llamar primero al doctor del estudiante

- Hay un cambio en el tipo de convulsión, números o patrón
- El estudiante no regresa a un comportamiento usual (es decir, confundido por un largo periodo)
- Es la primera vez que tiene una convulsión que termina sola
- Otros problemas médicos o un embarazo que requieren ser revisado

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Protocolo de convulsiones de emergencia que el personal del distrito debe de seguir

- Administrar medicamentos de emergencia
- Contactar la enfermera de la escuela: _____
- Llamar al 911; transportado a _____
- Notificar al padre o guardián, el contacto de emergencia o al doctor
- Otro: _____

Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Respuesta y cuidado del estudiante después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesario? _____

¿Cuándo el estudiante puede regresar a las actividades como es usual? _____

¿Es necesario que el estudiante abandone el salón de clases? Si No

Si la respuesta es Si, ¿cuándo puede el estudiante regresar al salón de clases? _____

¿Puede el estudiante manejar y comprender sus convulsiones? Si No

Instrucciones Especiales

Personal de emergencia: _____

Departamento de emergencia: _____

Medicamento Diario Para el Control de Convulsiones

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo a Dar	Efectos secundarios comunes	Instrucciones especiales

Otra Información

Historial médico importante: _____

Alergias: _____

Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Dieta terapéutica: Cetogénico Bajo Índice Glucémico Atkins Modificado Otro: _____

Consideraciones especiales, instrucciones o precauciones (es decir, pasadías escolares, actividades, deportes, etc.): _____

Contacto del Cuidado de la Salud

Proveedor de epilepsia: _____ Teléfono: _____

Proveedor primario: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de epilepsia: _____ Fecha: _____



MEDICATION ADMINISTRATION CONSENT FORM

STUDENT INFORMATION

Student Name: _____ Date of Birth: _____
(Nombre del Estudiante) (Fecha de Nacimiento)
Address: _____ City/State/Zip: _____
(Dirección) (Ciudad/estado/código postal)
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____ School Year: _____
(Escuela) (Grado) (Maestro/a) (Año escolar)
List any known drug allergies/reactions: _____ Height (inches): _____ Weight (lbs.): _____
(Alergia/Reacción Conocida a Medicamentos) (Altura) (Peso)
Parent Name: _____ Phone Number: _____
(Nombre del Padre) (Número de Teléfono)

PHYSICIAN AUTHORIZATION

(To be completed by physician/licensed prescriber)

Name of Medication: _____ Reason for taking: _____

Dosage: _____ Route: _____ Time(s) and Interval to be administered: _____

Date of Authorization: _____ Begin/End Dates: _____

Special Instructions for Administration and Storage of Medication:

Is medication necessary to be given during school hours (7:30 AM to 3 PM)? Yes No

If yes, please provide recommended administration time(s): _____

Is the medication a controlled substance? Yes No Does medication require refrigeration? Yes No

Special Instructions or Storage: _____

Potential Side Effects/Contraindications/Adverse Reactions: _____

Treatment Order in the event of an adverse reaction: _____
(Attach additional sheet or use the back of this form if necessary)

Provider Name: _____ Provider Signature: _____

Phone Number: _____ Date: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

(Para ser completado por el padre/tutor)

- Autorizo al personal delegado la tarea de asistir a mi hijo en la administración de medicamentos.
- Acepto notificar a la escuela si cambio de médico o si la receta se cambia o se interrumpe.
- Sólo se administrarán en la escuela los medicamentos prescritos y proporcionados por los Estados Unidos.
- Los medicamentos que estén vencidos o que tengan una fecha de descarte indicada no se administrarán a los estudiantes después de la fecha indicada.
- Los medicamentos recetados deben estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia (solo en EE. UU.). El envase debe tener una etiqueta adecuada con el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la dosis.
- El formulario de consentimiento de administración debe ser completado y firmado por un médico, padre o tutor legal. **NO SE ACEPTARÁ CONSENTIMIENTO VERBAL NI TELEFÓNICO.**
- Los medicamentos se mantendrán en un lugar seguro en la clínica de salud durante el horario escolar. No se guardarán medicamentos en las aulas o mochilas en ningún momento. Cualquier medicamento traído por los estudiantes o que se encuentre en posesión de un estudiante será llevado a la clínica de salud y permanecerá en la clínica hasta que un padre firme el formulario de consentimiento o recoja el medicamento.
- Solo los estudiantes con autorización por escrito de su médico y sus padres pueden llevar sus propios medicamentos. Esta autorización se proporcionará a la clínica antes de que el estudiante pueda llevar consigo los medicamentos de emergencia.
- Es responsabilidad del padre o tutor entregar el medicamento a la clínica de salud de la escuela y recoger el medicamento al final del año. Los medicamentos que no sean recogidos al final del año serán desechados.
- La primera dosis de cualquier medicamento nuevo no se administrará en la escuela debido a la posibilidad de una reacción alérgica.

Parent/Guardian Name: _____ Parent/Guardian Signature: _____
(Nombre del Padre de Familia / Guardian) (Firma del Padre / Tutor)

Secondary Contact Number: _____ Date: _____
(Número de Contacto Secundario) (Fecha)