



St. Coletta of Greater Washington

Seeing possibilities beyond disabilities

Abril 2020

Queridos padres/tutores:

Estamos entusiasmados por la llegada en este otoño de un nuevo año escolar y nos gustaría compartir algunas actualizaciones relacionadas con los requisitos sanitarios. Les he adjuntado los formularios para órdenes médicas relacionadas con medicamentos, tubos de alimentación y otros procedimientos médicos en la escuela. De acuerdo con el Programa de Salud Escolar de DC, todas las órdenes médicas deben ser renovadas por el médico al comienzo de cada año escolar. Por favor, provea todas las órdenes y medicamentos antes de nuestro primer día de clase a fin de que podamos estar preparados para atender a su hijo. No se pueden administrar medicamentos, alimentación por tubo o procedimientos de enfermería sin estos formularios de permiso debidamente completados. Por favor, asegúrese de que tengamos medicamentos nuevos si los actuales están vencidos.

El Departamento de Salud de D.C. (DOH) mantiene estrictos requisitos de inmunización que continuarán en el próximo año escolar. Por favor, pídale a su proveedor médico que revise el registro de vacunación de su hijo y que le proporcione las actualizaciones necesarias. Estas vacunas son **obligatorias** para la asistencia a la escuela. **El no proporcionar los formularios requeridos resultará en el cese de asistencia a la escuela hasta que se proporcione la documentación.** Además, se requieren exámenes físicos y dentales anuales. Adjuntamos los formularios necesarios.

Si tiene alguna pregunta, por favor envíe un correo electrónico a la oficina de enfermería a candice.turner@stcoletta.org. El número de fax de la oficina es 202-350-8658.

Gracias,

Candice Turner, BSN, RN
Enfermera Jefe de la Escuela
candice.turner@stcoletta.org





Guía de requisitos de inmunización en las Escuelas

Todos los estudiantes que asisten a la escuela en DC deben presentar prueba de vacunas debidamente administradas para el primer día de clases. Por favor complete y devuelva los formularios de salud escolar de su estudiante incluyendo el Certificado de Salud Universal y el Formulario de Evaluación de Salud Oral. **TODOS LOS ESTUDIANTES DEBEN RECIBIR UNA VACUNA ANUAL CONTRA LA GRIPE**

Mi estudiante debe recibir estas dosis de vacunas al inscribirse en la escuela.



De Preescolar a Infantil

Las siguientes vacunas se reciben típicamente antes de los 2 años de edad:

- 4 dosis de Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 3 dosis de Polio
- 1 dosis de Varicela si no hay antecedentes de varicela
- 1 dosis de Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR)
- 3 dosis de Hepatitis B
- 2 dosis de Hepatitis A
- 4 dosis dependiendo de la marca de Hib (Haemophilus Influenza Tipo B)
- 4 dosis de PCV (Neumococo)



Desde el jardín de infancia hasta el 1º grado

Se necesitan dosis adicionales después de recibir las vacunas mencionadas anteriormente:

- 1 dosis de Difteria/Tétanos/Tos ferina (DTaP)
- 1 dosis de Polio
- 1 dosis de Varicela si no hay antecedentes de varicela.
- 1 dosis de Sarampión/Paperas/Rubeola (MMR)



De 2º a 5º grado

¡Consulte a su médico y asegúrese de que su estudiante recibió todas las vacunas mencionadas!



De 6º grado a la escuela

Se necesitan vacunas adicionales después de recibir todas las dosis de vacunas mencionadas anteriormente:

- 1 dosis de Tdap
- 2 dosis de Meningococo (Hombres ACWY)
- 2 o 3 dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

* El intervalo y el número de dosis necesarias pueden variar. Por favor, póngase en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo. Para obtener información adicional, comuníquese con el Programa de Inmunización de DC Health al (202) 576-7130.



Vacunación anual contra el virus del papiloma humano (VPH)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Sección 1: Introducir la información del estudiante

Sección 2: Haga que el padre/tutor o estudiante (si tiene 18 años o más) firme y ponga la fecha después de leer la Declaración de Información sobre el VPH.

Section 1: Student Information			
Nombre de la Escuela:			
Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre y dirección del proveedor de servicios de salud:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:

A partir de 2009 y de conformidad con la Ley 17-10 del Distrito de Columbia (Vacunas contra el virus del papiloma humano y Ley de Informes de 2007) y la Notificación de Reglamentación del 19 de diciembre de 2014 para ampliar el Título 22 de las Regulaciones Municipales de DC, el padre o tutor legal de un estudiante que se matricula en los grados 6 a 12 por primera vez en una escuela del Distrito de Columbia debe presentar una certificación de que el estudiante:

1. A recibido la vacuna del virus del papiloma humano (VPH); o
2. No a recibido la vacuna contra el VPH este año escolar porque:
 - a. El padre o tutor ha objetado de buena fe y por escrito al funcionario principal de la escuela que la vacunación violaría sus creencias religiosas;
 - b. El médico del alumno, su representante o las autoridades de salud pública han proporcionado a la escuela una certificación escrita de que la vacunación es médicamente desaconsejable; o
 - c. El padre o el tutor legal, a su discreción, ha decidido no participar en el programa de vacunación contra el VPH mediante la firma de una declaración en la que declara que el padre o el tutor legal ha sido informado del requisito de vacunación contra el VPH y ha decidido no participar.

Sección 2: Firma

Opción anual de no recibir vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

He recibido y revisado la información proporcionada sobre el VPH y los beneficios de la vacuna contra el VPH en la prevención del cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales si se administra a niñas y niños preadolescentes. Después de ser informado del riesgo de contraer el VPH y la relación entre el VPH y el cáncer de cuello de útero, otros cánceres y verrugas genitales, he decidido optar por no cumplir con el requisito del VPH para el estudiante mencionado. Sé que puedo volver a tratar este tema en cualquier momento y completar las vacunas requeridas.

Firma del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años

Date

Escriba el nombre del padre, madre, tutor o estudiante si tiene más de 18 años.

INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El virus del papiloma humano genital (VPH) es el virus de transmisión sexual más común en el Estados Unidos. Hay unos 100 tipos de VPH. La mayoría de las infecciones no causan ningún síntoma y desaparecen por sí solas. El VPH es importante principalmente porque puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y varios tipos de cáncer menos comunes tanto en hombres como en mujeres. También puede causar verrugas genitales y verrugas del tracto respiratorio superior. No hay cura para el VPH, pero los problemas que causa pueden ser tratados.

Alrededor de 20 millones de personas en los EE.UU. están infectadas, y alrededor de 6 millones más se infectan cada año. El VPH se propaga generalmente a través del contacto sexual. Más del 50% de los hombres y mujeres sexualmente activos se infectan con el VPH en algún momento de sus vidas. Cada año en los EE.UU., alrededor de 12.000 mujeres contraen cáncer de cuello uterino y 4.000 fallecen a causa de él, con índices de cáncer de cuello uterino en DC superiores a los promedios nacionales.

La vacuna contra el VPH es una vacuna inactivada (no viva) que protege contra cuatro tipos principales de VPH. Estos incluyen dos tipos que causan alrededor del 70% del cáncer de cuello de útero y dos tipos que causan alrededor del 90% de las verrugas genitales. La vacuna contra el VPH puede prevenir la mayoría de las verrugas genitales y la mayoría de los casos de cáncer de cuello de útero.

Se espera que la protección sea duradera. Sin embargo, las mujeres vacunadas aún necesitan una prueba de detección de cáncer de cuello de útero porque la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH que causan cáncer de cuello de útero.

La vacuna contra el VPH se recomienda de forma rutinaria para niñas y niños de 11 a 12 años de edad, pero puede administrarse a partir de los 9 años. Es importante que las niñas y los niños se vacunen contra el VPH antes de su primer contacto sexual, porque no han estado expuestos al VPH. La vacuna protege contra algunos, pero no todos, los tipos de VPH. Sin embargo, si una mujer o un hombre ya está infectado con un tipo de VPH, la vacuna no prevendrá la enfermedad de dicho tipo. Aún así, se recomienda que las mujeres y los hombres con VPH se vacunen. Además, la vacuna contra el VPH puede prevenir el cáncer vaginal y vulvar en las mujeres, y las verrugas genitales y el cáncer anal tanto en hombres como en mujeres.

La vacuna también se recomienda para las mujeres de 13 a 26 años de edad y los hombres de 13 a 21 años de edad (o hasta los 26 años en algunos casos) que no la recibieron cuando eran más jóvenes. Se puede administrar junto con cualquier otra vacuna necesaria.

La vacuna contra el VPH se administra en una serie de tres dosis:

1ª dosis: Ahora

2ª dosis: dos meses después de la 1ª dosis

3ª dosis: seis meses después de la 1ª dosis

Las personas que han tenido una reacción alérgica a la levadura, que puso en peligro su vida, mujeres embarazadas o personas que padecen una enfermedad moderada o grave no deben recibir la vacuna. Los efectos secundarios son en su mayoría leves, incluyendo picazón, dolor, enrojecimiento en el lugar de la inyección y fiebre leve o moderada.

Si necesita información adicional, póngase en contacto con su proveedor de atención médica, con el Programa de Inmunización del Departamento de Salud del Distrito de Columbia al (202) 576-7130 o con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636).

DC HEALTH Certificado Universal de Salud

Use este formulario para informar sobre la salud física de su hijo a su escuela/centro de cuidado infantil. Esto es requerido por la Sección 38-602 del Código Oficial del Distrito de Columbia. Pida a un profesional médico autorizado que complete las partes 2 a 4. Acceda a los programas de seguro de salud en <https://dchealthlink.com>. Puede comunicarse con el personal de la sala de salud a través de la oficina principal de la escuela de su hijo.

Parte 1: Información personal del niño | A ser completada por el padre/tutor.

Apellido del niño:		Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:	
Nombre de la escuela o centro de cuidado infantil:			Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Ninguno de los dos anteriores		
Dirección residencial:		Apartamento:	Ciudad:	Estado:	CÓDIGO POSTAL:
Etnia (marque todo lo que corresponda) ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/no latino ☐ Otro ☐ Prefiere no responder					
Raza: (marque todo lo que corresponda) ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano nativo / Americano de otra Isla del Pacífico ☐ Negro/africano ☐ Blanco ☐ Prefiere no responder					
Nombre del padre/tutor:			Teléfono del padre/tutor:		
Nombre de contacto en caso de emergencia:			Teléfono de contacto en caso de emergencia:		
Tipo de seguro: ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Ninguno		Nombre/N.º de identificación del seguro:			
¿Ha visto el niño a un dentista/proveedor de servicios odontológicos en el último año? ☐ Sí ☐ No					
Autorizo al examinador médico/centro de salud que firma para compartir la información médica en este formulario con la escuela, el centro de cuidado infantil, el campamento de mi hijo o la agencia gubernamental del Distrito de Columbia correspondiente. Asimismo, por el presente, reconozco y acepto que el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes tendrán inmunidad frente a toda responsabilidad civil por actos u omisiones de acuerdo con la Ley 17-107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Entiendo que este formulario debe completarse y devolverse a la escuela de mi hijo todos los años.					
Firma del padre/tutor: _____			Fecha: _____		

Parte 2: Child's Health History, Exam and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: ☐ NML ☐ ABNL	Weight: ☐ LB ☐ KG	Height: ☐ IN ☐ CM	BMI:	BMI Percentil:
Vision Screening Left eye: 20/: _____ Right eye: 20/: _____	☐ Pass ☐ Fail	☐ Wears Glasses ☐ Referred ☐ Not tested			
Hearing Screening: (check all that apply)	☐ Pass ☐ Fail ☐ Not tested	☐ Uses device ☐ Referred			
Does the child have any of the following health concerns? (Check all that apply and provide details below)					
☐ Asthma	☐ Failure to thrive	☐ Sickle Cell			
☐ Autism	☐ Heart failure	☐ Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care.			
☐ Behavioral	☐ Kidney failure	Details Provided below			
☐ Cancer	☐ Language/Speech	☐ Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements			
☐ Cerebral Palsy	☐ Obesity	Details Provided below			
☐ Developmental	☐ Scoliosis	☐ Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions			
☐ Diabetes	☐ Seizures	Details provided below.			
☐ Other: _____					
Provided details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment form; and if the child was referred please note . _____					

TB Assessment | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level of TB?	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:
☐ High → complete skin test and/or Quantiferon test	Skin Test Results ☐ Negative ☐ Positive, CXR Negative ☐ Positive, CXR Positive	
☐ Low	☐ Positive, Treated	
	Quantiferon Results ☐ Negative ☐ Positive ☐ Positive, Treated	

Additional notes on TB test:

Lead Exposure Risk Screening | All lead levels must be reported to the DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS Every child must have 2 blood tests by age 2	1st Test Date:	1st Result: ☐ Normal ☐ Abnormal, Developmental Screening Date:	1st Serum/Finger Stick Lead Level:
	2nd Test Date:	2nd Result : ☐ Normal ☐ Abnormal, Developmental Screening Date:	2nd Serum/Finger Stick Lead Level

HGB/HCT Test Date:	HGB/HCT Result:
--------------------	-----------------

Part 3: Immunization Information | To be completed by licensed health care provider.

Child Last Name:					Child First Name:			Date of Birth:		
Immunizations	In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)									
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5					
DT (<7 yrs.)/ Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5					
Tdap Booster	1									
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4						
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4						
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4						
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2								
Measles	1	2								
Mumps	1	2								
Rubella	1	2								
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)							
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4						
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2								
Meningococcal Vaccine	1	2								
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3							
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7			
Rotavirus (Recommended)	1	2	3							
Other	1	2	3	4	5	6	7			

☐ The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on schedule. **Next appointment is:** _____

Medical Exemption (if applicable)

I certify that the above child has a valid medical contraindication(s) to being immunized at the time against:

☐ Diphtheria ☐ Tetanus ☐ Pertussis ☐ Hib ☐ HepB ☐ Polio ☐ Measles
☐ Mumps ☐ Rubella ☐ Varicella ☐ Pneumococcal ☐ HepA ☐ Meningococcal ☐ HPV

Is this medical contraindication permanent or temporary? ☐ Permanent ☐ Temporary until: _____ (date)

Alternative Proof of Immunity (if applicable)

I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

☐ Diphtheria ☐ Tetanus ☐ Pertussis ☐ Hib ☐ HepB ☐ Polio ☐ Measles
☐ Mumps ☐ Rubella ☐ Varicella ☐ Pneumococcal ☐ HepA ☐ Meningococcal ☐ HPV

Part 4: Licensed Health Practitioner's Certifications | To be completed by licensed health care provider.

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is **in satisfactory health** to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one. ☐ No ☐ Yes

This child is cleared for **competitive sports**. ☐ N/A ☐ No ☐ Yes ☐ Yes, pending additional clearance from: _____

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

Licensed Health Care Provider Office Stamp

Provider Name:

Provider Phone:

Provider Signature:

Date:

OFFICE USE ONLY | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel.

School Official Name:

Signature:

Date:

Health Suite Personnel Name:

Signature:

Date:

Oral Health Assessment Form

For all students aged 3 years and older, use this form to report their oral health status to their school/child care facility.

Instructions

- Complete Part 1 below. Take this form to the student's dental provider. The dental provider should complete Part 2.
- Return fully completed and signed form to the student's school/child care facility.

Part 1: Student Information (To be completed by parent/guardian)

First Name _____ Last Name _____ Middle Initial _____

School or Child Care Facility Name _____

Date of Birth (MMDDYYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

Home Zip Code

--	--	--	--	--	--

School Grade	Day-care	PreK3	PreK4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Adult Ed.
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Part 2: Student's Oral Health Status (To be completed by the dental provider)

	Yes	No		
Q1 Does the patient have at least one tooth with apparent cavitation (untreated caries)? This does NOT include stained pit or fissure that has no apparent breakdown of enamel structure or non-cavitated demineralized lesions (i.e. white spots).	☐	☐		
Q2 Does the patient have at least one treated carious tooth ? This includes any tooth with amalgam, composite, temporary restorations, or crowns as a result of dental caries treatment.	☐	☐		
Q3 Does the patient have at least one permanent molar tooth with a partially or fully retained sealant ?	☐	☐		
Q4 Does the patient have untreated caries or other oral health problems requiring care before his/her routine check-up? (Early care need)	☐	☐		
Q5 Does the patient have pain, abscess, or swelling? (Urgent care need)	☐	☐		
Q6 How many primary teeth in the patient's mouth are affected by caries that are either untreated or treated with fillings/crowns ?	Total Number <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>			
Q7 How many permanent teeth in the patient's mouth are affected by caries that are either untreated, treated with fillings/crowns, or extracted due to caries ?	Total Number <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>			
Q8 What type of dental insurance does the patient have?	Medicaid ☐	Private Insurance ☐		
	Other ☐	None ☐		

Dental Provider Name _____
Dental Provider Signature _____
Dental Examination Date _____

Dental Office Stamp

This form replaces the previous version of the DC Oral Health Assessment Form used for entry into DC Schools, all Head Start programs, and child care centers. This form is approved by the DC Health and is a confidential document. Confidentiality is adherent to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) for the health providers and the Family Education Right and Privacy Act (FERPA) for the DC Schools and other providers.

Utilice este formulario para detallar el plan de medicamentos o procedimiento médico de su alumno que se administrará en su escuela y devuélvalo al personal de la sala de salud. El personal de la sala de salud se comunicará con usted para organizar la entrega de medicamentos/suministros médicos. Para necesidades múltiples, complete varias hojas.

Parte 1: Información del alumno y padre/cuidador | A ser completado por el padre/cuidador del alumno.

Nombre del alumno:	Apellido del alumno:	Grado:
Nombre del establecimiento educativo:	Fecha de nacimiento del alumno:	
Nombre del padre:	Apellido del padre:	
Correo electrónico del padre	Teléfono del padre:	

Por el presente, solicito y autorizo al personal de la sala de salud a administrar el medicamento/tratamiento prescrito según las indicaciones de los proveedores de atención médica autorizados al alumno nombrado en la Parte I. Entiendo que:

- Soy responsable de llevar a la escuela los medicamentos/suministros médicos necesarios para el personal de la sala de salud.
- Todos los medicamentos/suministros médicos se almacenarán en un área segura de la escuela. El personal de la sala de salud no asumirá ninguna responsabilidad por la posible pérdida de los medicamentos/suministros médicos del alumno.
- Dentro de la semana posterior a la caducidad del medicamento o los insumos médicos o dentro de la semana posterior al final del año escolar, debo recoger lo que no se utilizó o será destruido.
- El personal de la escuela o de la sala de salud no asumirá ninguna responsabilidad por los medicamentos/tratamientos no autorizados que el alumno se administre por su propia cuenta.
- Si se produce algún cambio en el plan de salud o el tratamiento de mi alumno, notificaré de inmediato al personal de la escuela y de la sala de salud, según lo requerido anualmente por el Código Oficial de DC Sección 38-651.03.
- Los planes de tratamiento y los planes de medicamentos deben actualizarse anualmente y cuando haya algún cambio en los requisitos de salud o tratamiento del alumno.
- Por el presente, reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes serán inmunes de responsabilidad civil por actos de omisión conforme a la Ley 17107 del Distrito de Columbia, excepto por actos criminales, actos ilícitos intencionales, de negligencia grave o mala conducta intencional.

Firma del padre/cuidador: _____ Fecha: _____

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	End date for school administration of this medication:
This medication is: ☐ New; the first dose was given at home on date and time: _____ ☐ Renewal ☐ Change	
Is this a standing order? ☐ Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: <i>refer to anaphylaxis plan</i> ☐ Yes, other: _____ ☐ Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: <i>refer to anaphylaxis plan</i> ☐ No ☐ Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: <i>refer to asthma action plan</i>	
Name and strength of medication:	Dose/route:
Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)	
If a reaction can be expected, please describe:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	This procedure is: ☐ New ☐ Renewal ☐ Change
Treatment:	
When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)	
End date for school administration of this treatment:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns? ☐ Yes ☐ No

Licensed Health Care Provider Office Stamp	Provider Name:	
	Provider Phone:	
	Provider Signature:	Date:
OFFICE USE ONLY Medication and/or treatment plan received by Health Suite Personnel.		
Name:	Signature:	Date:



St. Coletta of Greater Washington

Seeing possibilities beyond disabilities

Authorization for Feeding Tube Procedures at School
Autorización para procedimiento de alimentación por tubo en la escuela

Healthcare provider: Please complete and sign the following order

Student name: _____ Date of birth: ____/____/____

Student diagnosis: _____

Student Address: _____

Student telephone number: _____

Please specify which of the following are indicated for this student while at school.

☐ Replace g-tube as needed or ☐ Do not replace g-tube

Reason for procedure: _____

Precautions, possible adverse reactions: _____

☐ Tube Feeding

Formula: _____

Route of administration: _____

Quantity: _____

Time: _____

Delivery (bolus, pump, etc.), given over how many minutes: _____

Flush: _____

Reason for procedure: _____

Precautions, possible adverse reactions: _____

☐ Oral intake (NPO, pureed, thickened liquids, etc.): _____

Date of Authorization: ____/____/____

Order expiration date: ____/____/____

Healthcare provider name: _____

Healthcare provider telephone number: _____

Healthcare provider signature: _____ Date: ____/____/____

Padre/Encargado: Favor de llenar y firmar lo siguiente

Autorizo al enfermero de la escuela/personal de la escuela entrenado, a proveer el procedimiento arriba descrito a mi niño (nombre del niño) _____ según haya instruido el doctor.

Yo he leído el reglamento del Programa de Salud de las Escuelas del Distrito de Columbia en relación a asistencia médica específica en la escuela y estoy de acuerdo.

Nombre del Padre/Encargado: _____

Firma del Padre/Encargado _____ Fecha: ____/____/____

Firma del enfermero de la escuela: _____ Fecha: ____/____/____

