



# HEALTH Plan de tratamiento para medicamentos y procedimiento médico

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: *refer to anaphylaxis plan*  Yes, other: \_\_\_\_\_  
 Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: *refer to anaphylaxis plan*  No  
 Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: *refer to asthma action plan*

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: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> 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

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



**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

