

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:

Additional instructions or emergency procedures:

Additional instructions or emergency procedures:

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:

Additional instructions or emergency procedures:

Additional instructions or emergency procedures:

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: