

# MIFFLIN COUNTY SCHOOL DISTRICT

201 Eighth Street - Highland Park

Lewistown, Pensilvania 17044

TELÉFONO (717) 248-0148

FAX (717) 248-5345

Vance S. Varner, Superintendente

Clint N. Aurand, Director de Operaciones

Steven F. DeArment, Director Académico

Melinda K. Kenepp, Directora Financiera

Estimado padre/tutor:

El Distrito Escolar del Condado de Mifflin reconoce que los padres / tutores tienen la responsabilidad principal de la salud de sus hijos y que hay ocasiones en que es importante que el personal de la escuela administre medicamentos a los estudiantes durante el horario escolar. Cuando su médico decide que es necesario que su hijo reciba medicamentos durante el día escolar, se deben seguir los siguientes procedimientos.

## **Medicamentos**

Todos los medicamentos con receta y de venta libre deben ser llevados a la escuela por un padre/tutor o un adulto responsable designado por el padre/tutor en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Todos los medicamentos serán registrados y reportados en la oficina de salud escolar por el padre/tutor/adulto responsable y la enfermera escolar. Los medicamentos se almacenarán en un gabinete cerrado con llave en la oficina de salud escolar.

El envase de todos los medicamentos recetados debe estar etiquetado con lo siguiente:

1. Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia.
2. Nombre del estudiante.
3. Dosis, frecuencia y tiempo de administración, incluyendo cualquier instrucción especial.
4. Nombre y número de registro del proveedor con licencia.
5. Número de serie de la receta.
6. Fecha originalmente llenada.
7. Nombre del medicamento y cantidad dispensada.
8. Declaración de sustancia controlada, si corresponde.

Todos los medicamentos recetados deben ir acompañados de un Formulario de Consentimiento de Permiso para la Administración de Medicamentos y el Formulario de Pedido de Medicamentos del Prescriptor autorizado, u otra comunicación escrita del prescriptor con licencia. La oficina de salud escolar no puede aceptar más de un suministro de 30 días de medicamento.

El medicamento de venta libre debe entregarse en su empaque original y etiquetarse con el nombre del estudiante.

**\*\*Cualquier medicamento no utilizado (recetado / de venta libre) que no sea recogido por el padre / tutor al final del año escolar será descartado \*\***

## **Auto-Transporte del Estudiante y Auto-Administración de Medicamentos de Emergencia (Inhalador de rescate para el asma/autoinyector de epinefrina)**

Antes de permitir que un estudiante se autoadministre medicamentos de emergencia, se requiere lo siguiente:

1. Una orden del prescriptor autorizado para el medicamento, incluida una declaración de que es necesario que el estudiante lleve el medicamento y que el estudiante es capaz de autoadministrarse.

2. Consentimiento escrito de los padres/tutores.
3. Un plan de salud individual, incluido un plan de atención de emergencia.
4. Una evaluación de referencia del estado de salud del estudiante completada por la enfermera de la escuela.
5. Demostración del estudiante a la enfermera de la escuela que muestra la forma correcta y responsable de autoadministrarse el medicamento.
6. Los padres/tutores han proporcionado a la escuela un suministro de respaldo de los medicamentos que están autorizados a auto-llevar y auto-administrar.

Firmando el formulario adjunto:

1. Autorizo al Distrito Escolar del Condado de Mifflin y a sus empleados a permitir que mi hijo posea y use su inhalador de rescate para el asma o su autoinyector de epinefrina:
  - a. mientras estaba en la escuela.
  - b. mientras que en una actividad patrocinada por la escuela.
  - c. mientras que bajo la supervisión del personal de la escuela.
  - d. antes o después del horario escolar.
2. Estoy de acuerdo en que mi hijo demostrará a la enfermera de la escuela el uso y la técnica adecuados para la autoadministración del inhalador de rescate para el asma / autoinyector de epinefrina.
3. Acepto que mi hijo notifique a la enfermera de la escuela o al personal calificado de la escuela inmediatamente después de cada uso del inhalador de rescate para el asma o el autoinyector de epinefrina.
4. Reconozco que la escuela no tiene ninguna responsabilidad de garantizar que el medicamento se tome o se autoadministre adecuadamente. Se recomienda para la protección del niño que se mantenga un segundo inhalador o autoinyector de epinefrina en el consultorio de la enfermera en caso de que el estudiante no tenga su inhalador de rescate para el asma o autoinyector de epinefrina.
5. Entiendo que ni el distrito ni ninguno de sus empleados serán responsables de ninguna lesión resultante de la automedicación, y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito escolar y sus agentes contra cualquier reclamo relacionado.
6. Estoy de acuerdo en que si mi hijo abusa o ignora este privilegio, el personal de la escuela puede confiscar el inhalador de rescate para el asma o el autoinyector de epinefrina y el distrito eliminará el privilegio de mi hijo para llevar el medicamento.

### **Pautas de medicación para excursiones**

Las excursiones, las actividades antes o después de la escuela y los programas de verano presentan varios desafíos para el programa de salud escolar. Las escuelas deben ser conscientes del hecho de que, independientemente del entorno o la época del año, todas las regulaciones y regulaciones federales y estatales, y los estándares clínicos que rigen la práctica de la administración segura de medicamentos continúan aplicándose. Por ejemplo, tomar el medicamento del envase original, colocarlo en otro recipiente o sobre y volver a etiquetarlo para su administración por parte del personal de la escuela podría considerarse una dispensación. La dispensación de medicamentos no está dentro del alcance de la práctica de enfermería; por lo tanto, a las enfermeras del Distrito Escolar del Condado de Mifflin no se les permite distribuir medicamentos para excursiones, con la excepción del inhalador de rescate de asma de emergencia o el autoinyector de epinefrina.

**NOTA: LAS SOLICITUDES SON EFECTIVAS SOLO PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL Y DEBEN RENOVARSE ANUALMENTE O CUANDO HAY UN CAMBIO EN LA RECETA.**

## PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Estudiante Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado/Teacher \_\_\_\_\_

**Esta sección DEBE ser completada por el proveedor de atención médica que prescribe.**

Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_ efectos secundarios \_\_\_\_\_

Excursiones: Solo para medicamentos diarios. Es posible que sea necesario omitir la medicación o cambiar el tiempo durante una excursión. Por favor, indique a continuación:

Omitir la medicación durante la excursión: \_\_\_\_\_ La hora de la medicación se puede cambiar a: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (impreso): \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de la oficina \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Esta sección ES REQUERIDA para ser completada por el padre/tutor.**

Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar medicamentos al niño mencionado anteriormente de acuerdo con las instrucciones del médico, y me comunico con el médico mencionado anteriormente con respecto a este medicamento / tratamiento. Entiendo que el personal de la escuela hará todo lo posible para administrar el medicamento de manera oportuna. Entiendo que este medicamento debe ser suministrado a la escuela de acuerdo con la política del distrito.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta sección DEBE ser completada por el proveedor de atención médica que prescribe.**

Solicito que a este estudiante se le permita llevar y autoadministrarse su inhalador para el asma / EpiPen  Sí  No

Como proveedor de atención médica para este estudiante, verifico que se le ha enseñado el uso adecuado de su inhalador / EpiPen, tiene un conocimiento adecuado del asma / anafilaxia y cómo controlarlo, y se cree que es lo suficientemente responsable como para llevar su inhalador / EpiPen y usarlo adecuadamente sin supervisión.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta sección ES REQUERIDA para ser completada por el padre/tutor.**

Doy permiso para que mi hijo lleve y se autoadministre su inhalador de rescate para el asma prescrito / autoinyector de epinefrina.

Sí

No

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo para el inhalador de rescate para el asma o el autoinyector de epinefrina**

Los padres son responsables de informar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la medicación, la dosis o si se suspende la medicación. Los medicamentos deben ser llevados a la escuela por un padre o tutor en su envase original que está debidamente etiquetado. En el caso de que el estudiante necesite llevar medicamentos, se requiere una orden médica. **Si no completa correctamente este formulario, el personal escolar del Distrito Escolar del Condado de Mifflin no podrá distribuir medicamentos al estudiante**