

**PETICIÓN PARA UN PROCEDIMIENTO MÉDICO
O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON LA AYUDA DE UNA ENFERMERA**

Se requiere que las peticiones para servicios de una enfermera escolar durante las horas escolares se presenten, por medio de este documento, al director de la escuela. **La consideración de esta solicitud se basará en las pautas de salud escolar.** Conteste todos los renglones. Solamente los formularios completamente llenados se considerarán.

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------|
| Escuela _____ | Horas escolares _____ | Maestro _____ | Grado _____ |
| Nombre del estudiante _____ | Fecha de nacimiento ____/____/____ | | mes día año |
| Apellido _____ | Primer nombre _____ | Segundo nombre _____ | |
| Domicilio _____ | Teléfono _____ | | |
| Condiciones médicas (opcional) _____ | Celular _____ | | |

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

El proveedor de cuidado de salud puede ser un médico (MD, DO, por sus siglas en inglés), dentista (DDS), médico auxiliar practicante (PA) o enfermero diplomado/clínico avanzado (APRN, NP).

Un proveedor de cuidado de salud debe llenar esta sección. Se requiere un nuevo formulario cada año escolar.

Clase de procedimiento: _____

Frecuencia del procedimiento _____

(Para alimentos por tubo solamente) Clase de fórmula: _____

Cantidad: _____

Instrucciones especiales: Para succionar, describa las condiciones físicas que requieren la succión ordenada por el PRN (enfermera licenciada practicante): _____

Nombre de la droga: _____ Alergias: _____

Fecha de inicio: _____ Hasta: _____

Dosis, vía de administración y horas en que se administra en la escuela: _____

Instrucciones especiales respecto al almacenaje y manejo _____

Riesgos secundarios posibles _____

Si la dosis de este medicamento difiere a la gama recomendada por el fabricante, según la edad o peso, incluya la razón por la cual la está recetando fuera de dichas recomendaciones. _____

Nombre del proveedor de cuidado de salud _____ Teléfono _____

Dirección _____ Fax _____

Firma del proveedor de cuidado de salud _____ Fecha _____

Según los reglamentos del acta HIPAA, 45 C.F.R. §164.506 and § 1654.501, puedo divulgar información protegida de salud respecto a las actividades de tratamiento que deben ser implementadas por el programa de enfermeras escolares.

Declaraciones del padre, madre o tutor

Entiendo que estoy pidiendo que se haga un Procedimiento Médico o Administración de Medicamento a mi hijo. Comprendo que un individuo cualificado proporcionará dicho procedimiento y/o administrará dicho medicamento. También entiendo que todos los medicamentos provistos a la escuela tendrán la etiqueta del farmacéutico y estarán en el frasco original. Si hay algún cambio durante el año, se requiere la autorización firmada del médico. Comprendo que, para hacer adecuadamente este procedimiento de cuidado de salud, el programa de enfermeras escolares puede requerir, del médico, clarificación que les ayude con las actividades de tratamiento que he pedido. Entiendo también que el médico puede divulgar información protegida de salud cuando consulte con la enfermera escolar.

Nombre del padre, madre o tutor (letra de molde) _____

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____