

Plan de Atención Médica de Alergia del Estudiante para las Enfermeras del Sistema Escolar del Condado de Newton y el Programa de Nutrición Escolar

Parte 1: Debe ser completada por el padre/tutor

Nombre del Niño(a)	Fecha de Nacimiento
Nombre de la Escuela	Nivel de Grado/Aula
Nombre del Padre/Tutor	Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal
() Teléfono residencial	() Teléfono del trabajo

**Parte 2: Para ser completada por un médico
Las señales de una reacción alérgica incluyen (encierre en un círculo los síntomas habituales del estudiante):**

Lista de alergias a las comidas: _____

Enumere las alergias no alimentarias (como el polen, etc.) _____

BOCA: picazón e hinchazón de los labios, lengua o boca

GARGANTA: picazón y / o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca

PIEL: ronchas, sarpullido con picazón y/o hinchazón en la cara o las extremidades

TRACTO GI: (poco común) náuseas, calambres abdominales, vómitos y/o diarrea

PULMONES: dificultad para respirar, tos repetitiva y/o jadear

CORAZÓN: pulso débil y "filoso", "desmayo

ACCIÓN:

1. Si se sospecha de ingestión, exposición o picadura, administre _____
(medicación, dosis, vía)

y _____ inmediatamente.
(otras acciones a tomar)

2. Llame al 911 o a los Servicios Médicos de Emergencia Locales.

3. Llamar: Madre/Guardia Teléfono # _____ Padre: Teléfono# _____

Teléfono celular#: _____ Teléfono celular#: _____

Otro contacto de emergencia: _____

Nota: Se requiere la firma de un médico si se necesita medicamento para tratar reacciones alérgicas.

Verifique aquí si no se necesita medicamento.

**Parte 3 Para ser completado por el médico/autoridad médica
discapacidad/necesidad dietética especial:**

¿Tiene el niño(a) una discapacidad que afecta sus necesidades nutricionales o de alimentación? Sí No * Alergias alimentarias que resultan en condiciones que afectan las funciones inmunes, digestivas, neurológicas e intestinales, etc. La mayoría de los impedimentos físicos y mentales que pueden resultar de una alergia alimentaria se consideran una discapacidad.

Si el niño(a) no tiene una discapacidad*, ¿tiene el niño(a) necesidades nutricionales o de alimentación especiales? Sí No

Si responde *Si* a cualquiera de estas preguntas Complete Parte 4

Parte 4: A completar por el médico/autoridad médica**Orden de dieta:**

Enumere cualquier restricción dietética, como alergias o intolerancias alimentarias. Especifique qué alimentos deben omitirse:

Parte 5: Para ser completada por la Autoridad Médica o el Padre/Tutor**Restricción de Leche Líquida:**

Tiene el niño(a) una necesidad dietética especial que restringe la ingestión de leche líquida? Sí No

Si es así, enumere las necesidades médicas o dietéticas especiales (por ejemplo, intolerancia a la lactosa o por creencias culturales o religiosas):

Si el niño tiene intolerancia a la lactosa, ¿le gustaría que: Nutrición Escolar le proporcionara leche sin lactosa?
Tenga en cuenta: Nutrición Escolar solo puede adquirir leche sin lactosa, sin sabor. Sí No

Nombre del médico/autoridad médica en letra de imprenta y número de teléfono del consultorio

Dirección o Sello de la Oficina

Firma del médico/Autoridad médica

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, por la presente autorizo _____ (Médico / Autoridad Médica) divulgar dicha información de salud protegida de mi hij(a) o según sea necesario para el propósito específico de la información de la Dieta Especial al Sistema Escolar del Condado de Newton y a mí consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información enumerada en este formulario y en sus registros sobre mi hijo(a) con el programa escolar según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hij(a) o. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Esta información se divulgará con el propósito específico de información sobre dietas especiales. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre, tutor o representante oficial de la persona mencionada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma Parent/Tutor: _____ **Fecha:** _____
(Firmar esta sección es opcional, pero puede evitar demoras al permitirnos hablar con el médico.)

Cualquier cambio puede requerir la presentación de un nuevo formulario firmado por el Médico/Autoridad Médica.

SOLO USO DE OFICINA:

Fecha y detalles de los ajustes a la orden de la dieta:

Una copia de este formulario debe ser guardada por el Gerente de Nutrición Escolar y la Enfermera. FERPA permite a las enfermeras escolares compartir la información médica de los estudiantes con respecto a las necesidades dietéticas con los servicios de nutrición escolar.

Escuelas de Condado de Newton
Autorización Para Administrar Medicamentos Recetados en la Escuela
(Período de Tiempo Prolongado)

Si puede administrar los medicamentos en el hogar o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si se debe administrar el medicamento durante el horario escolar, se debe completar este formulario. Llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____

Maestro: _____ Grado: _____

Solicito que la escuela _____, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude a administrar la medicación a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de Administración (oral, tópica, etc.): _____

Horario(s) para Administrarse: _____ Suspender el Medicamento en esta Fecha: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Condición de Salud por la que se Requiere el Medicamento: _____

Posibles Efectos secundarios, si los hay: _____

Firma del Medico

Fecha