

**Formulario de Autorización del Manejo de la Salud**



Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
 \*\*NOTA: Tache cualquier sección que no le aplique en este documento \*\*  
 \*\*\*\*\*

**Medicamento en la Escuela:**

Nombre del Medicamento	Indicaciones	Dosis	Ruta	Tiempo	Efectos Secundarios

\*\*\*\*\*

**Plan Individual del Manejo de la Salud (IHP- Individual Health Management Plan):**

<p><b>Asma</b>                  Síntomas: Falta de aliento, tos, vómito, pérdida del habla, morado alrededor de los labios, ansiedad de pararse o inclinarse hacia adelante, pérdida del conocimiento.                  Otro: _____                  Acciones: Permitir que el estudiante use el inhalador.                  Animarlo a que respire profundo y se relaje. Si los síntomas desaparecen en _____ minutos, el estudiante puede volver a su salón. Si los síntomas se agravan, si no tiene pulso o deja de respirar o pierde el conocimiento, <b>llame al 911</b> y comience a dar CRS si es necesario. Llame a los padres.                  Otros: _____</p>	<p><b>Otras condiciones de salud:</b> _____                  Síntomas: _____ Acciones a tomar: _____                  _____                  _____                  _____                  _____                  Otras: _____                  _____                  _____</p>
<p><b>Alergias</b>                  Alérgico a: _____                  _____                  Síntomas: Jadeo, corto de respiración, ronquera, hinchazón de la cara u otra área, morado alrededor de los labios.                  Otros: _____  <b>Acción: Administrar:</b> _____                  Si se le aplica el Epinephrine, <b>llamar al 911</b> Inmediatamente.                  Llamar a los padres.                  Otra: _____                  _____                  _____</p>	<p><b>Convulsiones</b>                  Síntomas: Rigidez o movimientos bruscos de cualquier parte del cuerpo; labios/piel morada; orinarse o evacuarse encima, inconsciencia;                  Otros: _____  <b>Acción:</b> Pedir ayuda; protegerlo para que no se haga daño; aflojar la ropa apretada;                  Administrar: _____                  Llamar al 911 si: 1ra convulsión, un patrón de convulsiones diferentes o prolongadas, sufre de varias convulsiones, falta de respiración o pulso (comience CPR), o si se le administra "Diastat" y:                  a)Es administrada por personal no médico; b)A juicio y evaluación de la enfermera, ella cree que es una emergencia; c)Padre o doctor pide que se llame al 911 debido a la convulsión.                  Otra: _____</p>

**Divulgar información médica/Consentimiento para Tratamiento /Autorización para Medicamentos en la Escuela:**

1. Se le debe de dar el medicamento en la casa mientras sea posible. El medicamento debe de cumplir con las reglas de la Junta de Medicamentos. El medicamento solamente puede ser administrado por la enfermera de la escuela o personal no-medica de la escuela, designada y adiestrada.
2. Esta autorización permite revelar e intercambiar información entre el Departamento de Salud del HCDE (Departamento de Educación del Condado de Hamilton), Personal del HCDE, y el proveedor de salud del estudiante. La información provista establece el plan de tratamiento del estudiante y la firma de los padres testifican que están de acuerdo para que se implemente este plan.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Tel. del Doctor: \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor o el sello: \_\_\_\_\_ Fax del Doctor: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Forma de Autorización del Manejo de la Salud  
para Información Adicional**

Página 2 (Opcional) – NOTA: La Página 1 debe ser completada y acompañada a este formulario, ya que contiene las firmas necesarias para el consentimiento.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Otras condiciones de salud:** \_\_\_\_\_

**Síntomas:**

**Acciones a tomar:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otras:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Notas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_