



Health Management Authorization Form

Student: _____ **DOB:** _____

School: _____ **Date:** _____

Parent Name: _____

Phone: 1. _____ **2.** _____

****NOTE: Cross through any non-applicable section of this document.****

Medications at School :

Name of Medication	Indication	Dosage	Route	Time	Side Effects

Individual Health Management Plans (IHP):

<p>Asthma Signs: Short of breath, cough, vomiting, can't speak, bluish around lips, anxious, need to stand or lean forward, decreased consciousness. Other: _____</p> <p>Actions: Have student use inhaler. Encourage to deep breathe and relax. If symptoms resolve in _____ Minutes, student may return to class. If symptoms increase in severity, if no pulse or respirations present, or if level of consciousness decreases, Call 911 and start CPR if needed. Call parent.</p> <p>Other: _____</p>	<p>Other Health Condition: _____</p> <p>Signs: _____ Actions: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Allergies Allergic to: _____</p> <p>Signs: Wheezing, short of breath, hoarse, swelling of face or other area, bluish around lips. Other: _____</p> <p>Actions: Administer: _____</p> <p>If Epinephrine given, Call 911 Immediately. Call Parent.</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Seizures Signs: Stiffening or jerking of body parts; Lips/skin bluish color; Loss of bladder or bowel control; Unconsciousness; Other: _____</p> <p>Actions: Call for help; protect from injury; Loosen tight clothing; Administer: _____</p> <p>Call 911 if: 1st seizure, different or prolonged seizure pattern, repeated seizure, no breathing or pulse (start CPR), or if Diastat given and: a) Administered by non-medical staff; b) Nursing judgment indicates medical emergency based on situation and assessment; c) Parent or MD requests 911 call with seizure.</p> <p>Other: _____</p>

Release of Medical Information /Consent for Treatment/Authorization of Medications at School:

1. Medications should be given at home whenever possible. Medications must comply with the Board Medication Policy. Medications may only be administered by the School Nurse or designated and trained non-medical school personnel.

2. This authorization allows for the release and exchange of information between HCDE (Hamilton County Department of Education) School Health, HCDE staff, and the listed Health Care Provider. The information provided establishes the student's treatment plan, and parental signature provides consent to implement this plan.

Parent's Signature: _____ Date: _____

Physician Signature: _____ Physician phone: _____

Physician Name or Stamp: _____ Physician Fax: _____

Remarks: _____

School Nurse: _____ Phone: _____ Fax: _____

**Health Management Authorization Form
for Supplemental Information**

Page 2 (Optional) – NOTE: Page 1 must be completed and accompany this form, as it contains required signatures for consent.

Student Name: _____ **School:** _____

Parent Name: _____ **Phone:** _____ **Phone:** _____

Other Health Condition: _____

Signs:

Actions:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Other: _____

Notes

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>Asma 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, llame al 911 y comience a dar CRS si es necesario. Llame a los padres. Otros: _____</p>	<p>Otras condiciones de salud: _____ Síntomas: _____ Acciones a tomar: _____ _____ _____ _____ _____ Otras: _____ _____ _____</p>
<p>Alergias Alérgico a: _____ _____ Síntomas: Jadeo, corto de respiración, ronquera, hinchazón de la cara u otra área, morado alrededor de los labios. Otros: _____ Acción: Administrar: _____ Si se le aplica el Epinephrine, llamar al 911 Inmediatamente. Llamar a los padres. Otra: _____ _____ _____</p>	<p>Convulsiones Síntomas: Rigidez o movimientos bruscos de cualquier parte del cuerpo; labios/piel morada; orinarse o evacuarse encima, inconsciencia; Otros: _____ Acción: 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:

