



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento del prescriptor

Medicamento-EPI-PEN de Emergencia

ESTE ES UN EVENTO DE AMENAZA DE VIDA

Este pedido es SOLO valido para el año escolar (actual) _____ incluyendo al año escolar extendido (ESY, por sus siglas en inglés)/sesión de verano.

Nombre de la escuela: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE(S)/TUTOR(ES):

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Alergias conocidas: Ninguna Especifique: _____

- **Yo** por la presente autorizo la administración de los medicamentos descritos a continuación, como lo indica el médico de mi hijo.
- **Yo** entiendo que el médico que prescribe será llamado si surgen preguntas sobre los medicamentos del niño lo cual es permitido por la Ley de Responsabilidad y Movilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- **Yo** entiendo que TODOS los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre de los medicamentos, nombre del estudiante, nombre del médico que prescribe, fecha, e instrucciones de administración y la prescripción de medicamentos debe estar etiquetada por un farmacéutico autorizado.
- **Yo** entiendo que debo proporcionar a la escuela con el equipo/suministros necesarios para administración de medicamentos.
- **Yo** entiendo que al final del año escolar, un adulto debe recoger el/los medicamento(s), de otra manera será desechado.
- **Yo** entiendo **que se llamará inmediatamente al 911**

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del hogar #: _____ Teléfono celular#: _____ Teléfono del trabajo #: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento del prescriptor

Medicamento-EPI-PEN de Emergencia

ESTE ES UN EVENTO DE AMENAZA DE VIDA

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE PRESCRIBE (ANAKIT NO SERÁ ACEPTADO)

School personnel will be taught by a registered nurse to administer the epipen. These individuals are non-medical school staff. Medical orders **MUST** be clear and explicit as to when the epipen is to be given. These personnel will **NOT** make medical judgments or observe for medical symptoms.

Medication Name: **EPIPEN (EPINEPHRINE AUTO INJECTOR)**

Dose: Epipen 0.15 mg Epipen 0.30 mg Route: **Auto injection into anterolateral aspect of the thigh**

Reason for (check one): Stinging Insect Ingestion of: _____ Other: _____

Medication is to be given (check one): **Immediately** after insect sting Immediately after ingestion of: _____
(Please Note: **911 WILL BE CALLED IMMEDIATELY AFTER ADMINISTRATION**)

Side Effects: _____

Date medication began: _____ Date medication discontinued: _____

Is student capable of self-administering the Epipen? Yes No

Should student carry the Epi-pen with him/her during the school day? Yes No

Does Epipen administration instructions need to be reviewed with this student? Yes No

Prescriber's Signature: _____ Fecha: _____

(Original Signature or signature stamp only)

Prescriber's Name/Title: _____ Address: _____

(Please print or type)

Telephone: _____ FAX: _____

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication **MUST** be authorized by the prescriber and supported by the school nurse's assessment according to Medication Administration policy #5163. *** self-carry and self-administer: Yes No Signature of PGCPs RN/LPN: _____

Order reviewed by RN/LPN: _____ Date: _____