



Escuelas Públicas del Condado de Prince George
 Formulario de pedido de medicamento del prescriptor:

Medicamento de emergencia- EPI-PEN

ESTE ES UN SUCESO POTENCIALMENTE MORTAL

Este pedido SOLO es 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 PADRE(S) O TUTOR(ES):

Nombre completo del estudiante:

Fecha de nacimiento:_____

Grado:_____

Alergias conocidas: D Ninguna D Especifique:

- Por la presente autorizo la administración de los medicamentos descritos a continuación, como lo indica el médico de mi hijo.
- Entiendo que el médico que prescribe será llamado si surgen preguntas sobre los medicamentos del niño, como lo permite la Ley de Responsabilidad y Movilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)
- Entiendo que los medicamentos deben estar etiquetados con el mismo nombre, nombre del estudiante, nombre del médico que prescribe, fecha e instrucciones de administración, y la prescripción de medicamentos debe ser etiquetada por un farmacéutico registrado.
- Entiendo que debo proporcionar a la escuela el equipo/suministros necesarios para administrar el medicamento.
- Entiendo que al final del año escolar, un adulto debe recoger los medicamentos, de otra manera estos serán desechados.
- Entiendo que se llamará inmediatamente al 911.

Firma del padre/tutor:

Fecha:

Teléfono del hogar #:

Teléfono celular #:

Teléfono del trabajo #:

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE PRESCRIBE (NO SE ACEPTARÁ DE OTRA MANERA)

Una enfermera certificada le enseñará al personal escolar a administrar el epipen. Estas personas no son personal de la escuela de medicina. Los pedidos médicos DEBEN ser claros y explícitos sobre cómo se debe dar el epipen. Este personal NO hará juicios médicos ni estarán al pendiente de síntomas médicos.

Nombre del medicamento: EPIPEN (AUTOINYECTOR EPINEFRINA)

Dosis: D Epipen 0.15mg D Epipen 0.30 mg Ruta: Ponga la autoinyección en la parte ante lateral del muslo

Motivo de uso (Marque uno): D Picadura de insecto D Consumo de: D Otro: _____

El medicamento se dará (marque uno): D Inmediatamente después de la picadura del insecto D Inmediatamente después del consumo de:

_____(Por favor tome en cuenta que; SE

LLAMARÁ AL 911 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER SIDO ADMINISTRADO

Efectos secundarios:_____

Fecha en que comenzó a tomar el medicamento:

Fecha en que se discontinuo el uso del medicamento:_____

¿El estudiante es capaz de administrar el EpiPen el mismo? 0Si O No

¿El estudiante debe traer el EpiPen con él/ella durante el día escolar? 0Si O No

¿Se necesita revisar las instrucciones de administración de EpiPen con el estudiante? 0Si D No

Firma del médico que prescribe: _____ Fecha: _____
(Firma original o sello de la firma solamente)

Nombre del médico/título: _____ Dirección: _____
_____(Escriba con letra de molde o a máquina)

Teléfono: _____ FAX.: _____

AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR Y AUTOADMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE EMERGENCIA

Los medicamentos de emergencia que puede llevar o autoadministrarse DEBEN ser autorizados por el médico que prescribe y secundado por la evaluación de la enfermera escolar de acuerdo con la política de Administración de Medicamento #5163. ***lo puede llevar el mismo y lo puede administrar el mismo D Si D No Firma de la enfermera registrada/enfermera con licencia (RN/LPN) de las PGCPs: _____

Revisión de la orden por la enfermera registrada/enfermera con licencia (RN/LPN):----- Fecha: _____

PS-51
PGIN 7540-3455 (7111)

