



Protocolo de administración de medicamentos

Revisado 01/26/2024

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND

Protocolo de administración de medicamentos

Información general

Las Escuelas del Condado de Cumberland (CCS) reconocen las diversas necesidades de salud de nuestra población estudiantil y ha desarrollado este protocolo para informar a los padres, tutores y al personal sobre las mejores prácticas para la administración de medicamentos. El distrito escolar se reserva el derecho de rechazar una solicitud de administración de medicamentos, y los medicamentos no se administrarán fuera del horario escolar regular. El sistema escolar y su personal solo asumirán la responsabilidad de seguir las instrucciones proporcionadas por el padre/tutor y el médico. En colaboración con el Departamento de Salud Pública del Condado de Cumberland (CCDPH), la Oficina de Servicios de Salud ofrece diversos servicios de apoyo, talleres y conexiones con recursos comunitarios.

Manipulación, almacenamiento y eliminación de medicamentos

- ★ Los medicamentos de los estudiantes se guardarán de forma segura en un gabinete de medicamentos para mantener su seguridad. Los medicamentos que requieran refrigeración se colocarán en un refrigerador designado situado en una habitación cerrada con llave. En el caso de los medicamentos que requieran refrigeración, se utilizará un refrigerador dedicado exclusivamente a los medicamentos de los estudiantes para evitar cualquier posibilidad de contaminación cruzada.
- ★ El distrito escolar se compromete a proporcionar un almacenamiento seguro y bajo llave para todos los medicamentos, con el objetivo de evitar el uso indebido o la ingestión involuntaria por parte de cualquier persona.
- ★ Cuando las escuelas están en posesión de medicamentos, tienen la responsabilidad de garantizar que la medicación recetada esté disponible para el estudiante designado y, al mismo tiempo, protegerla del acceso de otros estudiantes.
- ★ El almacenamiento adecuado y las medidas de seguridad dictan que todos los medicamentos se mantengan dentro del gabinete de medicamentos proporcionado por los Servicios de Salud.
- ★ En el caso de los medicamentos que requieran refrigeración, se utilizará un refrigerador dedicado exclusivamente a los medicamentos de los estudiantes para evitar cualquier posibilidad de contaminación cruzada.
- ★ El acceso a los medicamentos almacenados y a las llaves está restringido al director del edificio y a las personas autorizadas para administrar medicamentos.
- ★ La oficina de salud debe permanecer cerrada con llave cuando la enfermera escolar, el personal de los servicios de salud o los miembros del personal capacitados que asisten a los estudiantes no estén presentes. Además, los gabinetes de medicación deben mantenerse cerrados en todo momento.
- ★ Cualquier medicamento no utilizado, descatalogado o caducado será recogido por el padre, madre o tutor. Los medicamentos que permanezcan más allá del período aprobado o de la conclusión del año escolar se eliminarán en un plazo de dos semanas.

Enfermeros escolares y encargados de medicación

Cada escuela cuenta con tres encargados de medicación, uno de los cuales trabaja 12 meses al año, lo que garantiza un control continuo de los medicamentos. Estos empleados trabajarán por turnos para garantizar que siempre haya alguien disponible para administrar y supervisar la medicación. Además, hay una enfermera de salud pública en la escuela un día a la semana y está disponible para consultas telefónicas.

Responsabilidades del padre/madre/tutor

El padre, madre o tutor es responsable de:

- ★ Completar el formulario de salud escolar confidencial de CCS.
- ★ Dar consentimiento por escrito (dado que las escuelas actúan in loco parentis, los estudiantes de 18 años que vivan con su padre, madre o tutor deben tener su consentimiento).
- ★ Suministrar los medicamentos, órdenes, consentimientos y suministros necesarios.
- ★ Proporcionar una orden escrita del proveedor en un formulario de medicación de CCS aprobado y los suministros necesarios para cumplir con las especificaciones de la orden.
- ★ Proporcionar una exención de responsabilidad firmada.
- ★ Administrar la primera dosis de un nuevo medicamento en casa, incluyendo cualquier cambio de dosis.
- ★ Entregar la medicación al personal de la escuela en un envase original, claramente etiquetado con el nombre del alumno, el nombre y los datos de contacto del médico, el nombre y la concentración del medicamento, la cantidad administrada por dosis, la vía y la hora de administración, y la farmacia que lo dispensa.
- ★ Asegurarse de que los medicamentos envasados en un recipiente original con la etiqueta de la farmacia coinciden con la orden del médico.
- ★ Pedirle al farmacéutico que divida la medicación necesaria en dos dosis, una para uso doméstico y otra para uso escolar.
- ★ Suministrar cualquier equipo o material necesario para la administración (por ejemplo, jeringas y agujas, espaciadores, snacks especiales para diabéticos, etc.).
- ★ Contar o medir los medicamentos con el encargado de la medicación durante el registro de entrada y de salida de los medicamentos prescritos. Los padres o tutores también tienen la libertad de retirar la medicación de sus hijos de la escuela en cualquier momento.
- ★ Sustituir rápidamente la medicación usada y caducada.
- ★ Proporcionar a la escuela la documentación y la medicación adecuadas para satisfacer las necesidades médicas de su hijo en un plazo de 30 días calendario.
- ★ Presente los medicamentos de emergencia lo antes posible, pero no más tarde de 30 días calendario, junto con una orden del médico y la etiqueta de la farmacia, al encargado de medicación de la escuela.
- ★ Comunicar cualquier cambio en el estado de salud del estudiante y/o en su régimen de medicación al encargado de medicación y a la enfermera escolar.

Excursiones

El padre o tutor debe obtener la autorización del médico para la administración de medicamentos más allá de la jornada escolar normal o que deban administrarse durante los fines de semana. En los casos en que un estudiante requiera medicación durante excursiones, fines de semana o actividades escolares nocturnas, el director designará a una persona para administrar la medicación durante la excursión.

Esta persona designada debe familiarizarse con el protocolo de medicación de CCS y transportar la dosis de medicación en un recipiente individual (como una bolsa Ziploc o un sobre) preparado por el encargado principal de medicación o la persona designada por el director. El recipiente debe incluir los siguientes identificadores:

- ★ Nombre del estudiante
- ★ Nombre, dosis y vía de administración del medicamento
- ★ Hora de administración
- ★ Además, el estudiante llevará una copia del formulario de medicación escolar del médico de CCS o un plan de acción de emergencia aprobado durante la excursión.

Pautas para completar correctamente la documentación relativa a la medicación

- ★ El médico debe proporcionar una orden completa, que incluya el nombre del medicamento, la dosis, la hora, la vía de administración y la frecuencia.
- ★ Las órdenes deben documentarse en el formulario de medicación escolar de CCS vigente.
- ★ Deben indicarse las dosis específicas; de lo contrario, no se aceptará la orden. Un ejemplo de orden inaceptable es "2-4 inhalaciones" o "1-2 pastillas".
- ★ Las órdenes deben especificar una hora concreta para la administración; no se aceptarán referencias vagas como "hora del almuerzo" o "desayuno".
- ★ Para la medicación necesaria, las órdenes deben indicar un intervalo específico entre las dosis. Un ejemplo inaceptable es "administrar cuando sea necesario tres veces al día," mientras que "administrar cuando sea necesario cada ocho horas" es aceptable.
- ★ Los pedidos deben ser legibles e ir acompañados de la etiqueta de farmacia correspondiente. Si no se comunican las instrucciones de medicación y la información pertinentes, se rechazará la solicitud.



Transporte de emergencia para estudiantes con necesidades especiales

En situaciones específicas, un estudiante incapaz de autoadministrarse la medicación de urgencia puede necesitar que un adulto transporte los medicamentos prescritos hasta y desde la escuela por razones médicas.

Los encargados de la medicación se reunirán con la enfermera de la escuela para solicitar una aprobación especial para que el conductor del autobús transporte al padre o tutor. El Director de Servicios de Salud y la Supervisora de Enfermería Escolar revisarán estos casos antes de conceder el permiso.

Luego de la aprobación, se emitirá un registro de transporte de emergencia para garantizar la seguridad del estudiante y el manejo adecuado de los medicamentos.

Cuando se transporten medicamentos en el autobús, deben guardarse de forma segura en un recipiente designado para ello. Los miembros del personal deben entregar la medicación de emergencia y el registro de transporte de emergencia al conductor del autobús o al ayudante de transporte, que puede entregárselo a los padres o tutores cuando el estudiante vuelva a casa. Toda la cadena de custodia se documentará meticulosamente en el Registro de Transporte de Medicamentos de Emergencia de CCS proporcionado por el Director de Servicios de Salud y el Supervisor de Enfermería de Salud Pública.

Medicamentos con receta a corto plazo

El padre o tutor es responsable de entregar el medicamento recetado a la escuela en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Además, el padre o tutor debe completar un Formulario de Medicación a Corto Plazo de CCS, proporcionando la siguiente información:

- ★ Nombre del estudiante
- ★ Nombre, dosis y vía de administración del medicamento
- ★ Hora de administración
- ★ Una exención de responsabilidad firmada

Los medicamentos recetados a corto plazo se limitan a un máximo de 14 días calendario. El padre, madre o tutor deben buscar los medicamentos de corta duración que no se hayan utilizado. Cualquier medicamento que haya quedado después de los 14 días se desechará adecuadamente en un plazo de dos semanas.

**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO DE MEDICACIÓN A CORTO PLAZO**

No puede superar los 14 días calendario

Rev. 05/2018

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Médico que receta: _____ Teléfono del médico: _____

Motivo de la medicación: _____

Fecha y hora en que el padre/tutor administró por primera vez este medicamento al estudiante. _____

Lista de alergias: _____

Nombre del medicamento recetado: _____ Dosis: _____ Vía de administración: _____

Hora exacta de administración de la medicación_ a.m. _____ p.m. **La dosis debe ser exacta; no se aceptarán rangos.**

Instrucciones para la administración del medicamento: _____

La medicación a corto plazo no puede superar los 14 días calendario. Fecha de inicio de la medicación: _____

Entiendo que:

- la enfermera escolar está disponible un día a la semana.
- personal no médico administra los medicamentos a diario.
- antes de la administración escolar, se requiere que el padre/tutor firme el registro de entrada/salida de la medicación.
- no se permite a los estudiantes transportar medicamentos a o desde la escuela.
- puedo ponerme en contacto con el encargado de medicación principal o con la enfermera de la escuela si necesito ayuda para asegurarme de que la medicación cumple con el protocolo de CCS para la administración de medicamentos.
- los medicamentos que no se recojan en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la fecha de caducidad de este formulario serán desechados.

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, el padre/tutor legal de _____, inscripto en la escuela _____, dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescrito por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de catorce (14) días calendario.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Este formulario caducará a los 14 días de la fecha en que lo firmaron los padres.

Este formulario caducará el _____

DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento o fecha en que se desechó _____

por Nombre de empleado: _____

Firma del empleado: _____

Testigo: _____



Medicación a largo plazo y de venta libre

Los medicamentos a largo plazo se prescriben para quince (15) días o más. Antes de aceptar estos medicamentos, se requiere que el padre o tutor presente un formulario de medicación escolar de CCS.

Las instrucciones del formulario de medicación escolar del médico de CCS deben coincidir con los datos del recipiente con etiqueta de la farmacia.

En el caso de los medicamentos de venta libre (OTC) (medicamentos sin receta), deben ir acompañados de un formulario de medicación escolar del médico de CCS completado, que debe tener la etiqueta correspondiente de la farmacia.



Todos los medicamentos de venta libre deben tener una orden del médico con la etiqueta de la farmacia correspondiente.

Ejemplo de medicamento de venta libre



Ejemplo de medicamento con receta

**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO MÉDICO DE MEDICACIÓN ESCOLAR**

Rev. 05/2018

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

La persona arriba mencionada es un paciente actualmente bajo mi cuidado médico. Debido a una enfermedad, la medicación listada a continuación debe ser (administrada/tomada/inyectada) durante el horario escolar regular de acuerdo con el siguiente protocolo:

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía de administración: _____

La dosis debe ser exacta; no se aceptarán rangos.

Medicamentos de rutina/diarios: hora exacta de administración ____ a.m. ____ p.m.

Medicación según sea necesario (p.r.n.) para: _____ administrar cada _____ hora(s).

Instrucciones para la administración del medicamento: _____

Indique cualquier requisito especial de almacenamiento, como temperatura ambiente, refrigeración, etc. _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Sello del MD debajo

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

Teléfono de la oficina _____ FAX: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Esta orden expirará un año después de la fecha en que el médico la firmó.

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Entiendo que:

- los medicamentos recetados pueden administrarse en la escuela y deben estar en un envase recetado con etiqueta de farmacia que coincida con el formulario de medicación escolar del médico de CCS. La dosis, la hora y los intervalos de la medicación deben ser exactos.
- la enfermera escolar está disponible un día a la semana.
- personal no médico administra los medicamentos a diario.
- antes de la administración escolar, se requiere que el padre/tutor firme el registro de entrada/salida de la medicación.
- no se permite a los estudiantes transportar medicamentos a o desde la escuela.
- la medicación sólo puede administrarse según lo ordenado en los formularios de medicación aprobados por CCS.
- si no hay medicación disponible en la escuela, se llamará al 911 en caso de emergencia.
- el padre/madre/tutor es responsable de notificar a los entrenadores o al personal supervisor de las actividades que se realizan antes y/o después de la escuela el estado de salud del niño y/o la necesidad de medicación.
- puedo ponerme en contacto con el encargado de medicación principal o con la enfermera de la escuela si necesito ayuda para asegurarme de que la medicación cumple con el protocolo de CCS para la administración de medicamentos.
- **los medicamentos que no se recojan en las dos semanas siguientes al último día de clase serán desechados.**

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, el padre/tutor legal de _____ inscripto en la escuela, dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescripto por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescripta por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescripta. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Esta orden expirará un año después de la fecha en que el médico la firmó. Este formulario caducará el _____
DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento _____ o fecha en que se desechó _____
por Nombre de empleado: _____ Firma del empleado: _____ Testigo: _____



Sustancias controladas

Los narcóticos son sustancias controladas que se utilizan para aliviar el dolor a corto plazo, como Tylenol con codeína, Percocet, etc. En cambio, las sustancias controladas no narcóticas, como Adderall, Ritalin y Focalin, pueden recetarse para periodos más prolongados.

Para las sustancias controladas, CCS exige lo siguiente:

El formulario de responsabilidad por sustancias controladas de CCS detallará el tipo de sustancia controlada, la dosis y el número de dosis suministradas. Incluirá información como la fecha y la hora de la administración, el nombre del estudiante, el nombre del médico que lo prescribe, la cantidad administrada, lo que queda disponible después de cada administración y la firma del empleado de CCS que la administra.

Cualquier discrepancia se comunicará inmediatamente al padre o tutor, al personal de seguridad, a los administradores y a la Oficina de Servicios de Salud.

Los informes de medicamentos perdidos serán revisados por la administración escolar, la enfermera escolar, el Director de Seguridad y Protección de CCS, el Director de Servicios de Salud de CCS y el Supervisor de Enfermería Escolar de Salud Pública. Se harán los ajustes necesarios en los protocolos para evitar que se repita en el futuro.

Medicación intravenosa

A medida que aumenta el número de estudiantes con enfermedades crónicas, crece la necesidad de administrar medicamentos por vía intravenosa. Estos medicamentos suelen ser cruciales para el bienestar y la seguridad de los estudiantes. En consecuencia, las escuelas administrarán exclusivamente medicamentos intravenosos (IV) cuando no puedan administrarse en ningún otro momento del día. Si bien los avances tecnológicos permiten la administración segura de estos medicamentos dentro de las instalaciones escolares, la participación de un enfermero acreditado es esencial. Las solicitudes de medicación intravenosa serán examinadas individualmente por la Oficina de Servicios de Salud.

Dosis olvidadas

El personal solo está autorizado a administrar las dosis especificadas en la orden de medicación. La medicación puede administrarse en un plazo de 30 minutos antes o después de la dosis programada.

No se atenderán las solicitudes de los padres o tutores para administrar medicamentos que no figuren en el formulario de medicación escolar del médico de CCS, incluidas las solicitudes por teléfono.



En caso de que se olvide una dosis, el personal de la escuela completará rápidamente un informe de incidente de administración de medicamentos de CCS y notificará al personal necesario. Cualquier dosis olvidada debe notificarse inmediatamente a los padres o tutores, a la enfermera del colegio y, si es necesario, al médico.

Incumplimiento por parte de los estudiantes

En los casos en que un estudiante se niegue a cooperar con un miembro del personal que le administre la medicación, se aplicará el siguiente procedimiento:

Primer incidente: El encargado principal de la medicación o la persona designada por el director se pondrá en contacto telefónico con el padre o tutor para explicarles el problema. El personal documentará las inquietudes en el Formulario de Documentación de Medicación Individual de Incumplimiento de Administración de Medicación del Estudiante de CCS.

Segundo incidente: Se convocará una reunión con el padre o tutor en la escuela, en la que participarán el director, el encargado de medicación, la enfermera de la escuela y el padre o tutor. El personal registrará las inquietudes en el Formulario de Documentación de Medicación Individual de Incumplimiento de Administración de Medicación del Estudiante de CCS.

Tercer incidente: El director notificará al padre o tutor que el estudiante ha demostrado de forma persistente el incumplimiento de las normas de administración de la medicación y, en consecuencia, el personal de la escuela dejará de administrar la medicación prescrita. El personal documentará las inquietudes en el Formulario de Documentación de Medicación Individual de Incumplimiento de Administración de Medicación del Estudiante de CCS.

Formularios confidenciales de salud escolar y planes de cuidados

La enfermera revisará el formulario de salud escolar confidencial y documentará cualquier área de preocupación, se comunicará con los padres según sea necesario y colaborará con el médico para crear planes de acción de emergencia según sea necesario. Después de finalizar el plan de cuidados, la enfermera escolar coordinará la capacitación del personal escolar, incluidos los conductores de autobús y los monitores. Los encargados de medicación se asegurarán de que los sustitutos y los nuevos contratados que vayan a estar directamente involucrados con el estudiante reciban orientación sobre el plan de cuidados del alumno. Se ruega a los padres que completen y devuelvan el formulario confidencial de salud escolar al día siguiente de recibirlo. También les pedimos a los padres que actualicen sus datos de contacto a medida que cambien.

Alergias y anafilaxia

La medida primordial para evitar reacciones alérgicas potencialmente mortales es prevenir la exposición de los estudiantes a alimentos o sustancias alérgicas. En ausencia de una orden dietética escrita por un médico, el padre o tutor, con la ayuda de la enfermera del colegio o del encargado de medicación, debe completar un formulario de Necesidades Nutricionales Especiales Temporales y entregarlo al encargado de la cafetería.

Para los estudiantes con alergias potencialmente mortales, es esencial un Plan de Medicación de Alergias Graves de CCS y/o un Formulario de Autorización de Automedicación de Emergencia de CCS. Se puede aprobar el Formulario de Autorización de Automedicación de Emergencia para los estudiantes de 4.º grado o superior. Las etiquetas de las recetas deben coincidir con la orden proporcionada. Los estudiantes con órdenes del proveedor y consentimiento por escrito de los padres o tutores para llevar y administrar medicación deben poder llevar y utilizar su medicación en el autobús.

Los padres o tutores de estudiantes con alergias alimentarias deben presentar la Declaración Médica de CCS para Estudiantes con Necesidades Únicas de Comidas Escolares al personal de la cafetería, al director y a la enfermera escolar lo antes posible o en un plazo de 30 días calendario.

Para ayudar a los estudiantes con alergias a alimentos o sustancias, se anima a los padres o tutores a que proporcionen al maestro de la clase snacks adecuados.

Es obligatorio que tanto los estudiantes como el personal se laven las manos antes e inmediatamente después de consumir alimentos.

La enfermera de la escuela capacitará al personal en la administración de medicamentos de emergencia, y la enfermera de la escuela o el proveedor de atención médica completará un plan de acción de emergencia.

En ausencia de medicación de emergencia, el personal de la escuela llamará inmediatamente al 911 si se produce una reacción alérgica grave.

Guía para completar la declaración médica para estudiantes con necesidades alimentarias especiales en las comidas escolares

PARTE A – PADRE/TUTOR

La *Declaración Médica para Estudiantes con Necesidades Únicas de Comidas Escolares* ayuda a las escuelas a proporcionar modificaciones en las comidas para los estudiantes que las requieran. **Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica.** Completar todos los puntos permitirá a la escuela de su hijo crear un plan con usted para proporcionar comidas y snacks seguros y apropiados a su hijo mientras esté en la escuela.

Su participación en este proceso es muy importante. Cuanto antes entregue este formulario firmado y completado a la escuela de su hijo, antes podrán el Programa de Nutrición Escolar y su personal preparar los alimentos que su hijo necesita. Su firma es necesaria para que su escuela pueda dar curso a la declaración médica.

Siga estos pasos para empezar:

- 1) Complete todas las secciones de la PARTE A de la declaración médica.
- 2) Lleve la declaración médica al pediatra o al médico de familia/enfermera/auxiliar médico de su hijo y pídale que complete y firme la PARTE B.
- 3) **DEVUELVA ESTA DECLARACIÓN MÉDICA DEBIDAMENTE COMPLETADA, CON LAS FIRMAS DEL PADRE/MADRE/TUTOR Y DE LA AUTORIDAD MÉDICA, AL MAESTRO DE SU HIJO, AL DIRECTOR, A LA ENFERMERA, AL GESTOR DE CASOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL O DE LA SECCIÓN 504, AL ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN DE LA ESCUELA O A LA PERSONA DEL PERSONAL DE LA ESCUELA QUE LE ENTREGÓ EL FORMULARIO EN BLANCO.**
- 4) Pregunte en la escuela cuándo se reunirá un equipo, formado por usted, el administrador de nutrición escolar del sistema escolar y otras personas, para revisar la información facilitada en el formulario. También puede invitar a la reunión a personas de la comunidad que conozcan los problemas de alimentación y nutrición de su hijo. Estas serían personas que podrían ayudar al personal de la escuela a diseñar un plan de comidas escolares para su hijo, como el pediatra, la enfermera, el terapeuta del habla y el lenguaje, el terapeuta ocupacional, el dietista titulado o el auxiliar de cuidados personales de su hijo.

PARTE B – AUTORIDADES MÉDICAS RECONOCIDAS *(Médico colegiado, asistente médico y enfermero profesional)*

Se *requiere* la firma de una autoridad médica reconocida para los estudiantes con discapacidad. Las escuelas no pueden cambiar las texturas de los alimentos, hacer sustituciones de alimentos o alterar la dieta de un estudiante en la escuela sin la documentación adecuada de los proveedores de atención médica. Las modificaciones de las comidas se aplican en función de la evaluación médica y la planificación del tratamiento y *deben ser ordenadas por una autoridad médica reconocida.*

Tenga en cuenta lo siguiente al completar la **PARTE B** de la declaración médica:

- 1) Complete todas las secciones de la **PARTE B**. Completar todos los puntos agilizará el cuidado eficiente del estudiante en la escuela.
- 2) Sea lo más específico posible sobre la naturaleza de la deficiencia física o mental del estudiante, su repercusión en la dieta del estudiante y las principales actividades vitales que se ven afectadas. En caso de alergia alimentaria, indique si la afección del estudiante es una intolerancia alimentaria, una alergia que afectaría su rendimiento y participación en la escuela (por ejemplo, erupción cutánea grave, hinchazón y malestar) o una alergia potencialmente mortal (por ejemplo, shock anafiláctico).
- 3) Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para tomar una determinación sobre sustituciones de alimentos, modificaciones de la consistencia u otras restricciones dietéticas, remita al niño/la familia al profesional de salud adecuado para que complete la evaluación. Las escuelas no disponen habitualmente de instrumentos y/o personal capacitado para realizar una evaluación completa de la nutrición y la alimentación, y deben colaborar con los proveedores de la comunidad para satisfacer las necesidades específicas de alimentación y nutrición de los estudiantes.
- 4) Adjunte cualquier evaluación de alimentación/nutrición previa y/o existente, planes de atención u otra documentación pertinente que conste en los registros médicos del estudiante a la declaración médica para que los padres/tutores la entreguen a la escuela.
- 5) Considere la posibilidad de estar disponible para consultar con el equipo de planificación de las comidas del estudiante a medida que se pone en práctica el plan de cuidados de alimentación/nutrición.

PARTE C – ADMINISTRADOR DE NUTRICIÓN ESCOLAR y REPRESENTANTE DEL IEP O DE LA SECCIÓN 504

Tenga en cuenta lo siguiente al completar la **PARTE C** de la declaración médica:

La firma del Administrador de Nutrición Escolar y del Coordinador de la Sección 504 o del Administrador de Casos del IEP/Representante del Programa EC indica que la declaración médica ha sido recibida, revisada y que se está desarrollando/implementando un plan para abordar las necesidades únicas del estudiante a la hora de comer.

Declaración de no discriminación del USDA	<p>De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.</p> <p>Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) en la que solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.</p> <p>Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el formulario de denuncia de discriminación en programas del USDA, (AD-3027) que encontrará en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA a:</p> <p>(1) correo: US. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410,</p> <p>(2) fax: (202) 690-7442; o</p> <p>(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.</p> <p>Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.</p>
--	--

Declaración médica para estudiantes con necesidades alimentarias especiales en las comidas escolares

Una vez completado en su totalidad, este formulario proporciona a las escuelas la información exigida por el Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), la Oficina de Derechos Civiles de EE.UU. (OCR) y la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación de EE.UU. (OSERS) para las modificaciones de las comidas en la escuela. Consulte la "Guía para completar la declaración médica de los estudiantes con necesidades únicas de comidas escolares" (página anterior) para obtener ayuda para completar este formulario.

PARTE A (Debe ser completada por el PADRE/TUTOR)				
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento
	Escuela:		Grado	N.º de ID del estudiante
SELECCIONE las comidas y/o snacks proporcionados por la escuela en los que participará este estudiante:	<input type="checkbox"/> Programa de desayuno escolar <input type="checkbox"/> Programa nacional de almuerzos escolares <input type="checkbox"/> Programa de meriendas después de la escuela <input type="checkbox"/> Programa de cenas después de la escuela <input type="checkbox"/> Programa de frutas y verduras frescas			
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR	Nombre del PADRE/TUTOR en letra de imprenta:			
	Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Teléfono del trabajo:	Teléfono particular:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Describa las preocupaciones que tiene sobre las necesidades nutricionales de su estudiante en la escuela:				
Describa las preocupaciones que tiene sobre la capacidad de su estudiante para participar en la hora de la comida en la escuela de manera segura.				
¿El estudiante ya tiene un Programa Educativo Individualizado (IEP)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOTA: Las necesidades únicas a la hora de comer para los estudiantes sin un IEP, 504 o discapacidad, pero con problemas de salud en general, se abordan dentro del patrón de comidas a discreción del Administrador de Nutrición Escolar y las políticas del distrito escolar.			
¿El estudiante ya tiene un Plan 504? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Consentimiento del PADRE/MADRE/TUTOR	Estoy de acuerdo en permitir que el proveedor de atención médica de mi hijo y el personal de la escuela se comuniquen según sea necesario con respecto a la información de este formulario.			
	Firma del padre/madre/tutor		Fecha	
Devuelva esta Declaración Médica debidamente completada, con las firmas del padre/madre/tutor y de la autoridad médica, al maestro de su hijo, al director, a la enfermera, al gestor de casos de Educación Especial o de la Sección 504, al Administrador de Nutrición de la Escuela o a la persona del personal de la escuela que le entregó el formulario en blanco.				

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: N.º DE ID DEL ESTUDIANTE:

PARTE B (Debe ser completada por una **AUTORIDAD MÉDICA RECONOCIDA**, es decir, médicos colegiados, asistentes médicos y enfermeros profesionales)

Describe la incapacidad física o mental del estudiante: Explique cómo la incapacidad restringe la dieta del estudiante:

Principales actividades de la vida cotidiana afectadas: Seleccione todas las opciones que correspondan.	<input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Realizar tareas manuales <input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Autocuidado <input type="checkbox"/> Comer/Digestión	<input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="text"/>
---	--	--

¿Es una alergia alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Es una intolerancia alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Si el estudiante tiene alergias potencialmente mortales *marque la o las casillas correspondientes: *Los estudiantes con alergias alimentarias potencialmente mortales deben disponer de un plan de acción de emergencia en la escuela. <input type="checkbox"/> Ingestión <input type="checkbox"/> Contacto <input type="checkbox"/> Inhalación
---	---

Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones de dieta especial para la adaptación de este estudiante a las comidas escolares:

En caso de que siga una dieta especial, indique los alimentos que deben omitirse y los sustitutos recomendados (puede adjuntar un plan de cuidados aparte).

Marque todos los alimentos que deben evitarse	Sustitutos recomendados:
LÁCTEOS: ___ Leche líquida ___ Recetas con leche líquida como ingrediente ___ Yogur ___ Queso ___ Helado ___ Recetas/productos alimenticios que contengan lácteos. HUEVO: ___ Huevo entero como revuelto o cocido ___ Alimentos que contengan huevo como ingrediente. SOJA: ___ Semilla de soja ___ Alimentos que contengan soja como ingrediente.	TRIGO: ___ Alimentos que contengan trigo como ingrediente (incluido el pan blanco). Otros alimentos que deben omitirse: _____ _____ _____

Designar el requisito de consistencia más segura para los ALIMENTOS: <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Blanda mecánica <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Triturada <input type="checkbox"/> Picada	Designar el requisito de consistencia más segura para los LÍQUIDOS: <input type="checkbox"/> Líquido claro <input type="checkbox"/> Néctar espeso <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Líquido completo <input type="checkbox"/> Miel espesa <input type="checkbox"/> Budín espeso
--	--

Otros comentarios sobre las pautas de alimentación del niño, incluida la alimentación por sonda, si corresponde: <input type="text"/>	*NOTA* Si su evaluación del niño no arroja datos suficientes para completar completamente las secciones anteriores aplicables a las necesidades del alumno a la hora de comer, remita al niño/familia al profesional de salud adecuado para que complete la evaluación.
---	--

Firma de la autoridad médica reconocida* <input type="text"/>	Nombre en letra de imprenta <input type="text"/>	Número de teléfono () <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
---	--	--	----------------------------

*Una autoridad médica reconocida en Carolina del Norte incluye a los médicos colegiados, los asistentes médicos y los enfermeros profesionales.

PARTE C (Debe ser completada por los ADMINISTRADORES DE DISTRITOS ESCOLARES)	NOTAS: (Nutrición escolar u otro personal del programa escolar)
Firma del administrador de nutrición de la escuela: Fecha: <input type="text"/>	
Coordinador del IEP o de la Sección 504: Fecha: <input type="text"/>	

Epinefrina

En caso de reacción alérgica grave y potencialmente mortal (anafilaxia), un estudiante puede necesitar una inyección de epinefrina, administrada habitualmente a través de una EpiPen. Las reacciones alérgicas graves pueden manifestarse a los pocos minutos de la exposición al alérgeno, por lo que es imperativo actuar de inmediato si el estudiante presenta síntomas alérgicos graves como hinchazón de ojos, labios, cara o garganta, erupción cutánea elevada (urticaria), dificultad para respirar, pérdida de conciencia, etc.

Todas las escuelas están equipadas con epinefrina de emergencia para facilitar la atención urgente a las personas que sufran un episodio anafiláctico. Las EpiPens de reserva deben guardarse de forma segura en el AED más cercano a la oficina principal.



**ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
PLAN DE MEDICACIÓN PARA ALERGIAS GRAVES**

Rev. 06/2018

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

ORDENES E INSTRUCCIONES DE MEDICAMENTOS *(a completar por el proveedor médico del estudiante)*

[MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES Y COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO].

Nombre del estudiante: _____ Peso: _____ lb Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

La persona arriba mencionada es un paciente actualmente bajo mi cuidado médico. Debido a un diagnóstico médico de alergias graves, puede ser necesario administrar la medicación que se indica a continuación durante el horario escolar de acuerdo con el siguiente protocolo y el Plan de Acción de Emergencia para Alergias Graves de CCS de la página dos: _____

Lista de alergias **GRAVES**:

Tipo de exposición: Contacto (piel) Ingestión Inhalación (aire) Inyección (picaduras de insectos, alergias, etc.)

Reacciones alérgicas previas: Test de alergia positivo Anafilaxia Otras: _____

AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA

➤ **DOSIS**

0.15mg/3ml (inyectar en el centro del músculo externo del muslo)

0.3mg/3ml (inyectar en el centro del músculo externo del muslo)

➤ **MOMENTO EN QUE DEBE ADMINISTRARSE**

Administrar inmediatamente en caso de exposición/ingestión conocida.

Administrar inmediatamente si presenta síntomas de reacción alérgica grave

**(cara enrojecida; mareos; convulsiones; confusión; debilidad; palidez; urticaria en todo el cuerpo; coloración azulada alrededor de la boca, ojos; dificultad para respirar; babeo o dificultad para tragar; pérdida de conciencia). Otros: _____*

Si se dispone de una segunda dosis y los síntomas continúan o empeoran, puede administrarse la segunda dosis al menos **cinco** minutos después de la primera.

**Manual del Programa de Salud Escolar de Carolina del Norte-2014 pg.E3-27*

ANTI-HISTAMÍNICO ORAL No se pide para la escuela

➤ **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** _____

➤ **DOSIS** (debe ser exacta; no se aceptan rangos): _____

➤ **INTERVALO** cada hora según sea necesario

➤ **MOMENTO EN QUE DEBE ADMINISTRARSE:**

Administrar inmediatamente en caso de exposición/ingestión conocida.

Administrar inmediatamente si presenta síntomas de reacción alérgica leve.

**(ojos rojos y llorosos; picor, estornudos, secreción nasal; urticaria o erupción en una zona).*

Otros _____

**Manual del Programa de Salud Escolar de Carolina del Norte-2014 pg.E3-27*

➤ ¿Es necesario modificar la dieta? Sí o No

Si su respuesta es sí, **adjunte** el formulario de declaración médica de CCS para estudiantes con necesidades nutricionales especiales para comidas escolares.

➤ ¿Debe considerarse la automedicación de emergencia? Sí o No

Si su respuesta es sí, **adjunte** el formulario de autorización de automedicación de emergencia de CCS completado. Solo se dará permiso a los estudiantes con la madurez suficiente para portarla ellos mismos.

Firma del médico: _____

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

Dirección de la clínica: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE *w(debe ser completada por el padre o tutor legal)*

¿Su hijo tiene un plan de la Sección 504? Sí o No Su hijo tiene un IEP? Sí o No

Dirección particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____

Enumere otras alergias y reacciones más leves: _____

Otros problemas de salud: _____

Medicamentos actuales: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Los EMS normalmente transportarán al servicio de emergencias más cercano. Centro médico de preferencia: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo, _____, el padre/tutor legal de _____

inscrito en la escuela, dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescrito por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Esta orden expirará 1 año después de la fecha en que el médico la firmó. Este formulario caducará el:

DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento o fecha en que se desechó

por Nombre de empleado: _____ Firma del empleado: _____ Testigo: _____



**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA GRAVE**

Rev. 06/2018

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Maestro: _____ Grado: _____

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA CON EL ESTUDIANTE

1. Avisar a la oficina para que llame al 911 y solicite el botiquín de emergencia para alergias del estudiante.
2. En caso de picadura de insecto, retire el aguijón lo antes posible y aplique hielo.
3. Tranquilice y calme al estudiante. Coloque al estudiante en una posición cómoda, puede ser necesario sentarlo erguido para facilitar la respiración.
4. Cuando llegue el kit de emergencia para alergias, el personal capacitado administrará epinefrina/antihistaminicos por orden del médico.
5. Anote la(s) hora(s) exacta(s) en que se administró la medicación e informe al EMS.
 - La 1.ª dosis de epinefrina se administró a la hora: _____
 - Si fue necesario, se administró la 2.ª dosis de epinefrina a la hora: _____
 - La dosis de antihistaminico se administró a la hora: _____
6. Si el estado del estudiante empeora y el servicio de emergencias no ha llegado, pida a la oficina que llame al 911 e informe del cambio.
7. EMS para el transporte al servicio de emergencias más cercano o, si es posible, al centro médico preferido por los padres.
8. Si el estudiante tiene una reacción alérgica en el autobús, el conductor debe detener la ruta, llamar al 911 y seguir las instrucciones anteriores cuando sea posible.

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA QUE ESTÁ EN LA OFICINA

1. Un adulto debe llevar el botiquín al estudiante y llamar simultáneamente al 911. La persona que llama debe decir: "Se ha producido una reacción alérgica grave y soy una tercera persona que llama. El historial médico incluye: (ver información en la página uno)".
2. Avisar al padre, madre o tutor lo antes posible.

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA QUE INYECTA LA EPINEFRINA

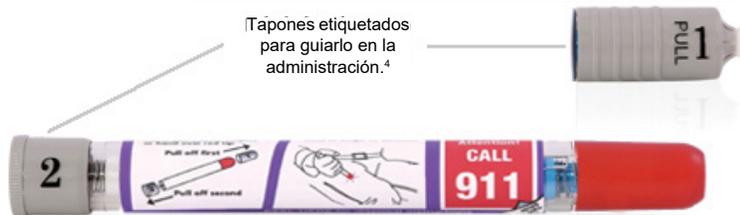
1. Colóquese guantes.
2. Asegúrate de que el estudiante esté sentado o recostado.
3. Siga las órdenes del médico.
4. Siga las instrucciones impresas en el autoinyector.
5. Mantenga al estudiante abrigado y tranquilo. Masajea el lugar de la inyección durante diez segundos y aplique una tirita, si es necesario.
6. Si el estado empeora o si el estudiante deja de respirar, inicie la reanimación cardiopulmonar y llame al 911 para informar que el estado ha empeorado.
7. Envíe el kit usado con el EMS para su eliminación en un contenedor de objetos punzantes de riesgo biológico.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL USO DEL AUTOINYECTOR

1. Póngase en contacto con los padres para informarles del resultado del incidente y de la necesidad de sustitución.
2. Documente el incidente en la tarjeta sanitaria, incluya la causa de la reacción alérgica, la fecha y hora del incidente, los síntomas mostrados y, si corresponde, las recomendaciones de seguimiento del médico.
3. El personal de la escuela, la administración y la enfermera de la escuela se reunirán para hablar sobre y evaluar el incidente.



Nota: las marcas difieren y algunas requieren plazos de entrega diferentes para la inyección. Lea siempre las instrucciones adjuntas que acompañan al autoinyector.



Taponos etiquetados para guiarlo en la administración.⁴

Instrucciones numeradas y codificadas por colores, impresas en el lateral del autoinyector, para recordarle cómo utilizarlo.

Una punta inyectora roja para indicar qué extremo inyectar.⁴

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (debe ser completada por la enfermera de la escuela)

Enfermera: _____ Fecha: _____
UBICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: [Por favor, marque con todo lo que corresponda.] → Gabinete de medicamentos de la escuela Prime Time Autobús durante la ruta
 1. Gabinete de medicamentos de la escuela - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____
 2. Prime Time - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____
 3. Autobús - Medicamento=Antihistamínico-Fecha de exp.: _____ Autoinyectores de epinefrina - N.º de dosis _____ Fecha de exp. _____ Lote n.º _____





Asma y/o anafilaxia
Medicación de emergencia de reserva
Proyecto de ley 496 de la Cámara de Representantes de Carolina del Norte

Fecha: _____

Estimado padre/madre/tutor:

En 2005, Carolina del Norte aprobó la Ley 496 de la Cámara de Representantes para garantizar la seguridad de todos los estudiantes de Carolina del Norte. Este proyecto de ley exige que el padre o tutor del estudiante proporcione a la escuela medicación de emergencia de reserva que se guardará en la escuela del estudiante en un lugar al que el estudiante tenga acceso inmediato en caso de emergencia por asma o anafilaxia.

Su hijo _____ tiene medicación de emergencia cuyos siguientes elementos marcados faltan o no están en conformidad con las pautas locales y estatales:

- El profesional de salud del estudiante, los padres y el encargado de la medicación deben completar un formulario de autoautorización de emergencia antes de que se acepte la medicación.
- Medicación de emergencia de reserva debidamente etiquetados que deben ser traída por el padre a la escuela. Todos los medicamentos deben ser registrados por el encargado de medicación.
- La medicación de emergencia de reserva caducará/caducó el: _____.
- La medicación de emergencia no tiene la etiqueta de la farmacia con los siguientes datos:
 - Nombre del estudiante
 - Medicamentos
 - Dosis
 - Hora de administración
 - Vía de administración

Los elementos indicados deberán presentarse en un plazo de 14 días calendario a partir de esta notificación al personal de la escuela de _____.

Muchas gracias.

Directora

Nuestro compromiso: Cada estudiante

Colaborativo * Competitivo * Exitoso

P.O.Box 2357 | FAYETTEVILLE, NORTH CAROLINA 28302 | 910-678-2300

Sistema escolar plenamente acreditado

Autoadministración de medicación de emergencia

Deben cumplirse los siguientes criterios para que un estudiante pueda llevar consigo y administrarse la medicación en la escuela y durante las actividades extraescolares:

- ★ La autoadministración de medicamentos sólo está permitida para medicamentos de emergencia como inhaladores, glucagón y epinefrina.
- ★ Para ser considerado para la aprobación de la autoadministración de medicamentos de emergencia, el estudiante debe estar en cuarto grado o superior.
- ★ El estudiante debe demostrarle a la enfermera escolar el nivel de destreza necesario para utilizar la medicación de emergencia.
- ★ Los estudiantes aprobados para la autoadministración deben tener medicación de reserva registrada en la oficina principal en caso de olvido, extravío o incapacidad para comunicar el paradero de su medicación de emergencia.
- ★ Los medicamentos que lleven los estudiantes deben estar etiquetados con el nombre del estudiante y permanecer en el envase original con la etiqueta original de la farmacia.
- ★ Los estudiantes deben llevar siempre consigo una copia del formulario de autorización de automedicación de emergencia de CCS.
- ★ Los medicamentos deben llevarse de forma segura, preferiblemente en un bolso o riñonera.
- ★ El estudiante es responsable de mantener la medicación de emergencia en su poder y no debe dejarla en un lugar accesible a otros estudiantes.
- ★ Si a un estudiante se le diagnostica una enfermedad crónica que requiere llevar consigo medicamentos de emergencia, los padres deben informar inmediatamente a la oficina de la escuela para que avise al encargado de medicación o a la enfermera de la escuela. En caso de crisis de salud, se anima a los estudiantes a avisarle a un adulto supervisor que les ayudará a ponerse en contacto con el personal adecuado. El personal evaluará el estado de salud del estudiante, documentará el uso de la medicación y organizará la atención médica necesaria. Si se administra una EpiPen® (inyección de epinefrina), se llamará al 911 de inmediato.
- ★ Los estudiantes son responsables de llevar su medicación a todas las funciones relacionadas con la escuela fuera del campus independientemente de la oficina principal.
- ★ El padre, madre o tutor debe confirmar que el estudiante tiene la madurez suficiente para utilizar la medicación correctamente y eximir a la escuela y a su personal de cualquier responsabilidad en relación con la medicación de emergencia.
- ★ La decisión final de permitir que un estudiante se autoadministre la medicación debe incluir siempre la supervisión general de la enfermera escolar, con las evaluaciones de enfermería adecuadas de la técnica y las habilidades de autoevaluación del estudiante.
- ★ El padre o tutor de un estudiante que se automedica durante la jornada escolar es responsable si otro estudiante toma la medicación. El sistema escolar no asume ninguna responsabilidad por los estudiantes que se automedican.
- ★ Según el proyecto de ley 496 de la Cámara de Representantes, los padres/tutores que necesiten medicación de emergencia de reserva deben proporcionar medicación de reserva a todos los estudiantes que se la autoadministren.
- ★ Los padres o tutores deben entregar medicamentos de reserva antes de que se permita a un estudiante de cuarto grado o superior llevar consigo medicamentos de emergencia.

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE AUTOMEDICACIÓN DE EMERGENCIA

MAESTRO _____ ESCUELA _____

ESTUDIANTE _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

MEDICAMENTO DOSIS _____ VÍA DE ADMINISTRACIÓN _____

INTERVALO DE TIEMPO _____

¿En qué condiciones deben administrarse los medicamentos?

Verifico que el estudiante padece asma o una alergia que podría provocar una reacción anafiláctica, o ambas cosas, y que yo, el profesional de la salud, le receté medicamentos para que los use en las instalaciones de la escuela durante la jornada escolar, en actividades patrocinadas por la escuela o durante el trayecto hacia o desde la escuela o eventos patrocinados por la escuela.

Receté los medicamentos para el asma y/o la alergia y confirmo que el estudiante ha sido instruido en la autoadministración de la medicación recetada. El estudiante ha demostrado el nivel de destreza necesario para utilizar la medicación para el asma y/o la alergia y cualquier dispositivo que sea necesario para tratar sus síntomas.

Firma del médico

Número de teléfono

Fecha

He leído las **pautas para los estudiantes que tienen en su posesión automedicación de emergencia en la escuela** y considero que mi hijo arriba mencionado tiene la madurez y los conocimientos suficientes para automedicarse de forma segura y correcta.

Entiendo que mi hijo debe cumplir con lo siguiente:

- El estudiante debe mantener la medicación en su poder en todo momento y no debe dejarla en un lugar accesible a otros estudiantes
- El estudiante no ofrecerá ni permitirá el uso de su medicación por parte de otro estudiante
- El estudiante se comportará de forma responsable y discreta en relación con su medicación de emergencia

Entiendo que si mi hijo tiene dificultades significativas con su medicación (por ejemplo, asma) que requieren el uso repetido de la medicación inhalada, no debe seguir utilizando la medicación en lugar de obtener atención médica adecuada. También entiendo que la medicación de reserva debe ser proporcionada a la escuela dentro de los 14 días calendario siguientes a esta autorización.

Entiendo además que la única responsabilidad que la escuela puede asumir es la de cumplir con los términos de este protocolo. Entiendo que la escuela no puede asumir ninguna responsabilidad por el control de la autoadministración, incluyendo la frecuencia y la dosis o la falta de automedicación cuando sea necesario.

Doy mi consentimiento para que el profesional de la salud divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

He leído y estoy de acuerdo con esta autorización y he proporcionado a la escuela medicación de emergencia de reserva para mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENFERMERA ESCOLAR

Este estudiante ha demostrado el nivel de destreza necesario para utilizar la medicación o el dispositivo de emergencia.

Firma de la enfermera escolar de salud pública

Fecha

Firma del administrador de la escuela _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

Fecha de caducidad del formulario de automedicación de emergencia / /

Recuerde que el formulario caducará un (1) año después de la fecha de la firma del médico.

Epilepsia

Un plan de cuidados para convulsiones de CCS proporciona información crucial para el personal de la escuela para ayudar a un estudiante que experimenta convulsiones. Incluye detalles sobre primeros auxilios, los contactos de los padres/tutores y del personal sanitario y los medicamentos adaptados específicamente para ese niño. Los planes de cuidados para convulsiones de CCS son herramientas indispensables que fomentan la colaboración entre padres, tutores y personal escolar para garantizar la seguridad y el bienestar de los niños durante toda la jornada escolar.

Diastat o diazepam es un medicamento de venta con receta utilizado en el tratamiento de las convulsiones. Administrado por vía rectal, se suele administrar para detener una convulsión una vez iniciada. La orden del proveedor en el plan de cuidados para convulsiones de CCS especificará cuándo debe administrarse la medicación. Un estudiante no puede autoadministrarse dichos medicamentos durante una convulsión. En caso de convulsión, el personal debe ponerse en contacto inmediatamente con la enfermera escolar o con el encargado de medicación para solicitar ayuda y medicación de emergencia.

Diastat / Medicación de emergencia prescrita

Diastat, siguiendo las instrucciones del prospecto del medicamento, se administra en circunstancias específicas.

Diastat o la medicación prescrita será dispensada por la enfermera de la escuela o personal capacitado que:

- ★ Puede identificar los distintos grupos de convulsiones (*o convulsiones prolongadas).
- ★ Ha recibido la capacitación adecuada y ha sido considerado competente para administrar el tratamiento por vía rectal.
- ★ Comprende claramente qué manifestaciones convulsivas pueden o no tratarse con Diastat o con la medicación de emergencia prescrita.

Además:

- ★ La enfermera escolar elaborará planes de atención de emergencia para los estudiantes con problemas de salud y seguridad (por ejemplo, trastornos convulsivos) que puedan requerir posibles intervenciones de atención de salud en el entorno escolar.
- ★ La enfermera escolar proporcionará pautas específicas y capacitación para atender a los estudiantes que sufran convulsiones prolongadas.
- ★ Se aconseja que la dosis inicial de Diastat rectal o la medicación de emergencia prescrita no se administren en el entorno escolar. El médico, la familia y la enfermera escolar deben ser informados de los efectos de la medicación en los estudiantes antes de su administración en la escuela.
- ★ Debe existir un plan de cuidados para convulsiones de CCS, firmado por el médico y el padre/tutor, para guiar el cuidado de los estudiantes con antecedentes de convulsiones prolongadas.
- ★ El personal de la escuela se pondrá en contacto con el 911 y con el padre/tutor cuando se produzcan convulsiones prolongadas o agrupadas durante la jornada escolar.

Transporte de estudiantes:
(Marque con una cruz)
____ Conductor de autobús
____ Autobús N.º _____
____ Lo retiran los padres

**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE
CUMBERLAND
PLAN DE CUIDADOS PARA CONVULSIONES**

Página 1 de 2
Rev. 08/2018

FECHA: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad cuando fue diagnosticado: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del médico: _____ N.º de teléfono: _____

¿Qué tipo de convulsión tiene el niño? _____

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última convulsión? _____ ¿Con qué frecuencia se producen las convulsiones? _____

¿El niño tiene un aura o algún desencadenante antes de un ataque? Sí No Si respondió que sí, describa: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS	DOSIS/CANTIDAD TOMADA	TIEMPO	¿SE NECESITARÁ MEDICACIÓN EN LA ESCUELA?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿El estudiante tiene un estimulador del nervio vago (VNS)? Sí No Si respondió que sí, ¿dónde está el imán? _____

Describe el uso del imán: _____

¿Su hijo tiene un plan de la Sección 504? Sí No ¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individual (IEP)? Sí No

Niños con discapacidades: Es y seguirá siendo la política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland no discriminar por motivos de género o discapacidad en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo como lo requiere el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Es política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland proporcionar igualdad de oportunidades de empleo sobre una base no discriminatoria, independientemente del sexo, raza, edad, origen nacional, discapacidad o religión. Política 1730/4022/7231 del Consejo de Educación del Condado de Cumberland. La persona designada para garantizar el cumplimiento del distrito con la Sección 504 es el Director Ejecutivo de Servicios Estudiantiles, teléfono (910) 678-2433, y la dirección postal es Cumberland County Schools, PO Box 2357, Fayetteville NC 28302.

Exención de responsabilidad: Dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescrito por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

SIGNOS DE CONVULSIONES: Por favor, marque TODOS los comportamientos que correspondan.				
CONVULSIONES SIMPLES	CONVULSIONES GENERALIZADAS	SIGNOS DE PELIGRO: LLAMAR AL 911	COMPORTAMIENTOS ESPERADOS DESPUÉS DE UNA CONVULSIÓN	
<input type="checkbox"/> Morderse los labios <input type="checkbox"/> Estallido de comportamiento <input type="checkbox"/> Mirada fija <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Llanto o chillido repentino <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Torsiones/espasmos <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia <input type="checkbox"/> Pérdida de control de esfínteres <input type="checkbox"/> Ruidos de gorgoteos o gruñidos <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Deja de respirar <input type="checkbox"/> Labios azulados <input type="checkbox"/> Espuma por la boca <input type="checkbox"/> Respiración superficial	<input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Sueño, difícil de despertar <input type="checkbox"/> Algo confundido <input type="checkbox"/> Respiración normal <input type="checkbox"/> Otros: _____	
SI VE ESTO Mantenga la calma. Mueva los objetos que se encuentran alrededor para evitar lesiones. No sujete al estudiante ni le meta nada en la boca. Aflojele la ropa si puede. Cuando se detenga la convulsión, coloque al estudiante de lado. Si corresponde, administrar los medicamentos según lo ordenado. Notifíquelo al padre/tutor y documente la actividad convulsiva en el reverso de este formulario.			Sello del MD debajo	
Deja de respirar	Comience la RCP/respiración artificial. Llame al 911		Firma del médico y fecha	
Pérdida de control de esfínteres	Cubra al estudiante con una manta o una chaqueta y, si es necesario, ayúdelo a cambiarse de ropa después de la convulsión.			
Caída o pérdida de conciencia	Ayude al estudiante a recostarse en el suelo para su observación y seguridad.			
Vómitos.	Colóquelo de costado			
FIRMAS	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FIRMA DE LA ENFERMERA	FIRMA DE CONFORMIDAD DE LOS MAESTROS
Plan iniciado				
1.ª revisión				
2.ª revisión				

Copia: Director de Servicios de Salud Enfermera escolar de salud pública
 Coordinador de la Sección 504 Con Carpeta
 Gestor de casos de EC

Si corresponde, poner en copia a:
 Enfermera de necesidades especiales
 Conductor del autobús escolar



**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE CONVULSIONES**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:						
Fecha y hora						
Duración de la convulsión						
Observación previa a la convulsión: (Enumere brevemente comportamientos, acontecimientos desencadenantes, actividades)						
Conciente (sí/no/alterado)						
Lesiones (describir brevemente)						
Tono muscular/Movimientos corporales	Rígido/rechinamiento de dientes					
	Cojea					
	Caída					
	Se balancea					
	Deambula					
	Espasmos en todo el cuerpo					
Movimientos de las extremidades	(D) espasmo en el brazo					
	(I) espasmo en el brazo					
	(D) espasmo en la pierna					
	(I) espasmo en la pierna					
	Movimiento aleatorio					
Color	Azulado					
	Pálido					
	Sonrojado					
Ojos	Pupilas dilatadas					
	Desviados (D o I)					
	En blanco					
	Fijos/parpadean					
	Cerrados					
Boca	Saliva					
	Mastica					
	Se muerde los labios					
Sonidos verbales (arcadas, dificultad para hablar, carraspera, etc.)						
Respiración (normal, dificultosa, irregular, ruidosa, etc.)						
Incontinencia (orina o heces)						
Observación posterior a la convulsión	Confundido					
	Somnoliento/cansado					
	Dolor de cabeza					
	Dificultad para hablar					
	Otros					
¿Cuánto tiempo pasó hasta que despertó y se puso alerta?						
¿Se avisó a los padres? (hora de la llamada)						
¿Se llamó a los EMS? (hora de la llamada y hora de llegada)						
Firma del personal capacitado	1.		3.		5.	
	2.		4.		6.	

Terapia VNS

La estimulación del nervio vago (VNS) está autorizada para el tratamiento de las convulsiones focales o parciales que no responden a la medicación anticonvulsiva convencional. La VNS actúa previniendo o reduciendo potencialmente las convulsiones mediante la administración de pulsos regulares y suaves de energía eléctrica al cerebro a través del nervio vago. Cuando un padre/tutor informa a la escuela de un alumno con un dispositivo VNS, la enfermera escolar capacitará al personal sobre los procedimientos óptimos y garantizará una revisión exhaustiva del plan de cuidados.

Planes individuales de cuidados de salud

La creación de un plan de atención médica individual implica la colaboración entre el padre/tutor, los proveedores de atención médica y el personal escolar. Cada plan se adapta a las necesidades específicas de cada estudiante. En un plazo de 30 días calendario desde la notificación, el padre/tutor es responsable de proporcionar al personal de la escuela un plan de cuidados aprobado por el médico.

Asma

El plan de medicación para el asma es obligatorio para los alumnos diagnosticados con asma, en particular para aquellos que puedan necesitar un inhalador de rescate o un nebulizador durante el día o antes de realizar actividad física.

El plan de medicación para el asma debe incluir detalles como la frecuencia del tratamiento con nebulizador/medicación, la dosis y los procedimientos a seguir si el estado del estudiante no mejora.

El padre/tutor debe proporcionar una máquina nebulizadora y la medicación prescrita para la administración del nebulizador.

La responsabilidad de sustituir las mangueras y boquillas para el tratamiento con nebulizador recae en el padre/tutor. Después de la administración, el personal de la escuela limpiará la boquilla con agua caliente y la dejará secar al aire.

El padre/tutor también es responsable de proporcionar capacitación sobre la administración del tratamiento con nebulizador al personal escolar designado y a la enfermera.

Diabetes

Los estudiantes diagnosticados con diabetes deben tener un plan de cuidados para la diabetes autorizado y registrado en la escuela. Cada plan de cuidados tendrá una actualización anual, y algunos planes podrán ser revisados después de cada visita al médico. Los padres/tutores están obligados a proporcionar a la escuela toda la medicación y el equipo necesarios para el control de la diabetes del estudiante, junto con las órdenes actualizadas del médico.

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND

Plan de medicación para el asma

Rev. 07/2023

ÓRDENES E INSTRUCCIONES DE MEDICACIÓN PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Marque las casillas correspondientes y complete los espacios en blanco. Las dosis deben ser exactas; no se aceptarán rangos.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Desencadenantes del asma: Resfriados Pasto Polen Cambios de clima
Otros

Este paciente se encuentra actualmente bajo algún tipo de cuidado médico y debido a un diagnóstico de asma la medicación de rescate a continuación tendrá que ser administrada durante el día escolar regular de acuerdo con el siguiente protocolo.

➤ **Medicación de rescate:** Albuterol (la farmacia determinará la marca genérica) o
Xopenex/Levalbuterol Distanciador Distanciador con máscara

Tratamiento previo al ejercicio: Los estudiantes de los grados K-8 pueden tener clase de educación física (PE) y recreo el mismo día. Los estudiantes de 6.º a 12.º grado pueden tener clase de educación física y también se ofrecen deportes después de clase.

➤ Especifique cuándo se necesita la dosis de pretratamiento: (marque todo lo que corresponda)

Clase de educación física Recreo Deportes N/A

➤ Dosis - dar medicación de rescate MDI _____ X inhalación(es) 15 minutos antes del ejercicio.

➤ Intervalo mínimo entre dosis de pretratamiento - Se puede administrar medicación de rescate/
pretratamiento cada _____ horas antes del ejercicio en la escuela

Porte propio: para que este estudiante pueda llevar consigo y administrarse la medicación de rescate durante la jornada escolar, el proveedor médico debe completar un formulario de autorización de automedicación de emergencia de CCS y permitir que el padre/tutor proporcione un inhalador de reserva para que se guarde en la escuela. El estudiante debe estar en cuarto grado o superior y tendrá que demostrarle a la enfermera escolar que tiene el nivel de destreza necesario para utilizar su medicación de emergencia.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Tos, sibilancias, opresión torácica, falta de aliento y dificultad respiratoria - Rango de flujo máximo: _____ a _____

Paso 1: Administrar medicación de rescate y monitorear durante 15 minutos. Dosis: MDI _____ X inhalación(es) o (1) Neb _____ mg/3ml

Paso 2: Administrar cada _____ horas según sea necesario para los síntomas del asma.

Paso 3: Si el estudiante continúa teniendo síntomas o la condición empeora, llame al padre/tutor para notificar el uso de la medicación y reportar los síntomas y luego comience con las indicaciones de la **ZONA ROJA** de inmediato.

ZONA ROJA: EMERGENCIA

La respiración es dificultosa y rápida, los músculos de las costillas y el cuello se muestran con dificultad para respirar, dificultad para hablar o caminar.

Paso 1: Administrar medicación de rescate y monitorear durante 15 minutos. Dosis de MDI _____ X inhalación(es) o (1) Neb _____ mg/3ml

Paso 2: Administrar cada 20 minutos durante una hora como máximo o hasta que llegue la ayuda.

Paso 3: Llamar al 911, si no hay mejoría después de la primera dosis de la **ZONA ROJA**.

Llamar al padre/tutor o contacto de emergencia.

¡ESTO ES UNA EMERGENCIA!

Los estudiantes que necesiten atención de emergencia no pueden permanecer en el campus.

¡Busque atención médica ya mismo!

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Sello del MD debajo

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

Teléfono de la oficina: _____ FAX: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Esta orden expirará un año después de la fecha en que el médico la firmó



LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND

Plan de medicación para el asma

Rev. 07/2023

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Entiendo que:

Los medicamentos recetados pueden ser administrados en la escuela y deben estar en un envase con etiqueta de farmacia que coincida con el Plan de medicación para el asma de las Escuelas del Condado de Cumberland (CCS).

La dosis, la hora y los intervalos de la medicación deben ser exactos.

CCS sólo permite que los estudiantes lleven consigo y se autoadministren medicación de emergencia durante la jornada escolar si:

- 1 están en 4.º grado o superior.
- 2 han presentado un formulario de autorización de automedicación de emergencia de CCS completo, y
- 3 han demostrado a la enfermera escolar que tienen el nivel de destreza necesario para utilizar su medicación de emergencia (también se debe ingresar en la escuela un inhalador de reserva antes de que se autorice la autoadministración)

- La enfermera escolar está disponible un día a la semana.
Personal no médico administra los medicamentos a diario.
- Antes de la administración del medicamento. Se requiere que el padre/tutor firme el registro de entrada/salida de la medicación. La medicación para el asma que se traiga a la escuela debe ir acompañada de un plan de medicación para el asma completo y firmado por el médico, y el padre/tutor.
- No se permite a los estudiantes transportar medicamentos a o desde la escuela a menos que estén autorizados a llevarlos ellos mismos.
- Si no hay medicación disponible en la escuela, se llamará al 911 en caso de emergencia.
- La medicación sólo puede administrarse según lo ordenado en los formularios de medicación aprobados por CCS.
- El padre/madre/tutor es responsable de notificar a los entrenadores o al personal supervisor de las actividades que se realizan antes y/o después de la escuela el estado de salud del niño y/o la necesidad de medicación.
- Puedo ponerme en contacto con el encargado de medicación principal o con la enfermera de la escuela durante el día si necesito ayuda para asegurarme de que la medicación cumple con el protocolo de CCS para la administración de medicamentos.
- Los medicamentos que no se recojan en las dos semanas siguientes al último día de clase serán desechados.

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, ,el padre/tutor legal de

inscrito en la escuela ,dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescrito por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Esto expirará un año después de la fecha en que el médico lo firmó. Este formulario caducará el:

DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento o fecha en que se desechó
por Nombre de empleado: _____ Firma del empleado: _____ Testigo: _____

PLAN DE CUIDADOS PARA LA DIABETES
Órdenes del médico para estudiante con diabetes

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____
 Padre/madre/tutor _____ Teléfono _____ Teléfono _____
 Dirección particular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Teléfono _____
 Médico _____ Oficina _____ FAX _____

El niño tiene **Tipo I** o **Tipo II** Rango objetivo de azúcar en sangre del niño: > _____ mg/dl a < _____

Cuándo controlar el azúcar en sangre:

antes del desayuno	antes del almuerzo	antes de un snack	antes de educación física o de hacer ejercicio
después del desayuno	después del almuerzo	después de un snack	después de educación física o de hacer ejercicio
antes de irse a casa	según sea necesario si hay signos/síntomas de azúcar bajo o alto en sangre		

Si el niño tiene un medidor continuo de glucosa (CGM) y es sintomático, confirmar con un pinchazo en el dedo

Qué medicamentos para la diabetes deben administrarse en la escuela:

Apidra	Humalog	Novolog	Metformina
Tabletas de glucosa	Glucagón	Otros: _____	

Método de administración de insulina durante el horario escolar:

<input type="checkbox"/> Bomba de insulina:	Animas	Medtronic	OmniPod	t:slim	Ajustes basales	
Relación insulina/carbohidratos:		Factor de sensibilidad a la insulina:			Tiempo	Unidades/horas
Desayuno 1 unidad por _____ gramos/carbohidratos		Desayuno 1 unidad por _____ puntos > _____				
Almuerzo 1 unidad por _____ gramos/carbohidratos		Almuerzo 1 unidad por _____ puntos > _____				
Snack 1 unidad por _____ gramos/carbohidratos		Snack 1 unidad por _____ puntos > _____				

Ampolla/jeringa Pluma de insulina

Conteo de carbohidratos (usar insulina de acción rápida)	Factor de sensibilidad a la insulina	Escala móvil (usar insulina de acción rápida)	
1 unidad por _____ comidas/snacks gramos/carbohidratos	Azúcar en sangre objetivo: _____	Rango objetivo:	
	Factor de sensibilidad a la insulina: _____	100-149	Suministrar unidades
Dosis fija { Desayuno _____ unidades Almuerzo _____ unidades Cena _____ unidades Snacks _____ unidades	1 unidad por _____ puntos > _____	150-199	Suministrar unidades
	Azúcar en sangre actual - azúcar en sangre objetivo = Número de unidades	200-249	Suministrar unidades
La insulina debe administrarse siempre que el niño coma carbohidratos, excepto en el caso de que se trate una hipoglucemia.	Factor de sensibilidad a la insulina	250-299	Suministrar unidades
		300-349	Suministrar unidades
Inyectar insulina { antes de comer después de comer	El factor de sensibilidad no puede administrarse con una frecuencia superior a 2 horas debido al riesgo de hipoglucemia.	350-399	Suministrar unidades
		400-449	Suministrar unidades
		450-499	Suministrar unidades
		> 500	Suministrar unidades
		Otros	Suministrar unidades

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
PLAN DE CUIDADOS PARA LA DIABETES Órdenes del
médico para estudiante con diabetes

Rev. 6/2022

Azúcar en sangre a partir de la cual se debe notificar a los padres/tutores: BAJA < _____ mg/dl o ALTA > _____ mg/dl.																																																	
HIPOGLUCEMIA	HIPERGLUCEMIA																																																
No enviar al estudiante <u>sin acompañante</u> a la oficina si está sintomático o el azúcar en sangre es < 70mg/dl.	Si el azúcar en sangre >300 mg/dl con cetonas o 2 niveles de azúcar en sangre consecutivos inexplicables >250 mg/dl (con o sin cetonas), es decir, mal funcionamiento de la bomba, el estudiante puede requerir insulina mediante una inyección y/o un nuevo lugar/sistema de infusión.																																																
➤ Medir el azúcar en sangre y tratar los síntomas. Si no se dispone de medidor de glucosa en sangre, tratar los síntomas según las pautas del plan de cuidados.	➤ Primero comunicarse con el padre/madre/tutor, si no está disponible llamar a la enfermera de la escuela quien llamará al proveedor de atención médica para obtener más instrucciones.																																																
➤ Azúcar en sangre < 70 mg/dl y/o sintomático: tratar con un snack que contenga de 10 a 15 gramos de carbohidratos (jugo, pastillas de azúcar, etc.) y volver a comprobar el azúcar en sangre en 15 minutos.	➤ El proveedor de atención médica puede enviar por fax una orden de insulina específica para el incidente.																																																
➤ Síntomas leves: tratar con un snack, jugo, pastillas de azúcar, etc., volver a comprobar y repetir cada 15 minutos hasta que el nivel de azúcar en sangre > 70mg/dl, entonces dar un snack con proteínas o almuerzo.	➤ Controlar las cetonas en orina si el nivel de azúcar en sangre > _____ mg/dl. y volver a comprobar en 1 hora.																																																
➤ Síntomas moderados: si puede tragar, administrar gel de glucosa, glaseado, etc. Repetir hasta que el nivel de azúcar en sangre esté por encima de 70 mg/dl, entonces dar un snack con proteínas o el almuerzo.	➤ Si hay trazas de cetonas o cetonas moderadas llame al padre/tutor, dele agua y el estudiante debe permanecer bajo observación del encargado de medicación hasta que las cetonas desaparezcan.																																																
➤ Llamar al 911: si los síntomas son graves (lo que puede incluir convulsiones, inconsciencia) o no puede/no quiere tomar gel o jugo: administrar _____ mg(s) de Glucagón por inyección intramuscular o intranasal y comunicarse con el padre/tutor.	➤ El estudiante será enviado a casa de la escuela cuando las cetonas sean grandes o si muestra síntomas de náuseas, vómitos, cansancio, sed, boca seca, dificultad para respirar, aliento afrutado, o está confundido. Llame al 911 si los síntomas graves persisten.																																																
<p>Autocuidado del estudiante: El nivel de habilidad es determinado por el proveedor de atención médica con el aporte de la enfermera de la escuela y los padres/tutores.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Gestión totalmente independiente</td> <td style="width: 10%;">Sí</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%;">N/A</td> <td style="width: 30%;">Autoinyección supervisada por personal calificado</td> <td style="width: 10%;">Sí</td> <td style="width: 10%;">No</td> <td style="width: 10%;">N/A</td> </tr> <tr> <td>Se hace las pruebas de forma independiente</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> <td>Inyecciones a cargo de personal calificado</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Es necesario que el personal verifique el azúcar en sangre</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> <td>Autotratamiento de la hipoglucemia leve</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Asistencia/pruebas a cargo de personal calificado</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> <td>Supervisa sus propios snacks y comidas</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Administra insulina de forma independiente</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> <td>Cuenta los carbohidratos de forma independiente</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>Se autoinyecta con la verificación de la dosis</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> <td>Analiza e interpreta las cetonas en orina/sangre</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> </table>		Gestión totalmente independiente	Sí	No	N/A	Autoinyección supervisada por personal calificado	Sí	No	N/A	Se hace las pruebas de forma independiente	Sí	No	N/A	Inyecciones a cargo de personal calificado	Sí	No	N/A	Es necesario que el personal verifique el azúcar en sangre	Sí	No	N/A	Autotratamiento de la hipoglucemia leve	Sí	No	N/A	Asistencia/pruebas a cargo de personal calificado	Sí	No	N/A	Supervisa sus propios snacks y comidas	Sí	No	N/A	Administra insulina de forma independiente	Sí	No	N/A	Cuenta los carbohidratos de forma independiente	Sí	No	N/A	Se autoinyecta con la verificación de la dosis	Sí	No	N/A	Analiza e interpreta las cetonas en orina/sangre	Sí	No	N/A
Gestión totalmente independiente	Sí	No	N/A	Autoinyección supervisada por personal calificado	Sí	No	N/A																																										
Se hace las pruebas de forma independiente	Sí	No	N/A	Inyecciones a cargo de personal calificado	Sí	No	N/A																																										
Es necesario que el personal verifique el azúcar en sangre	Sí	No	N/A	Autotratamiento de la hipoglucemia leve	Sí	No	N/A																																										
Asistencia/pruebas a cargo de personal calificado	Sí	No	N/A	Supervisa sus propios snacks y comidas	Sí	No	N/A																																										
Administra insulina de forma independiente	Sí	No	N/A	Cuenta los carbohidratos de forma independiente	Sí	No	N/A																																										
Se autoinyecta con la verificación de la dosis	Sí	No	N/A	Analiza e interpreta las cetonas en orina/sangre	Sí	No	N/A																																										
<p>Niños con discapacidades: Es y seguirá siendo la política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland no discriminar por motivos de género o discapacidad en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo como lo requiere el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Es política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland proporcionar igualdad de oportunidades de empleo sobre una base no discriminatoria, independientemente del sexo, raza, edad, origen nacional, discapacidad o religión. Política 1730/4022/7231 del Consejo de Educación del Condado de Cumberland. La persona designada para garantizar el cumplimiento del distrito con la Sección 504 es el Director Ejecutivo de Servicios Estudiantiles, teléfono (910) 678-2433, y la dirección postal es Cumberland County Schools, PO Box 2357, Fayetteville NC 28302.</p>																																																	
<p>¿Su hijo tiene un plan de la Sección 504? Sí No</p>																																																	
<p>¿Su hijo tiene un Plan de Educación Individual (IEP)? Sí No</p>																																																	
<p>Exención de responsabilidad: Dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescrito por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescrita por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año. Firma del padre/madre/tutor: Fecha:</p>																																																	
<p style="text-align: center;">Sello del MD debajo</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Firma del médico:</td> <td style="width: 40%;">Fecha:</td> </tr> <tr> <td>Firma del director:</td> <td>Fecha:</td> </tr> <tr> <td>Firma de la enfermera escolar:</td> <td>Fecha:</td> </tr> </table>	Firma del médico:	Fecha:	Firma del director:	Fecha:	Firma de la enfermera escolar:	Fecha:																																										
Firma del médico:	Fecha:																																																
Firma del director:	Fecha:																																																
Firma de la enfermera escolar:	Fecha:																																																

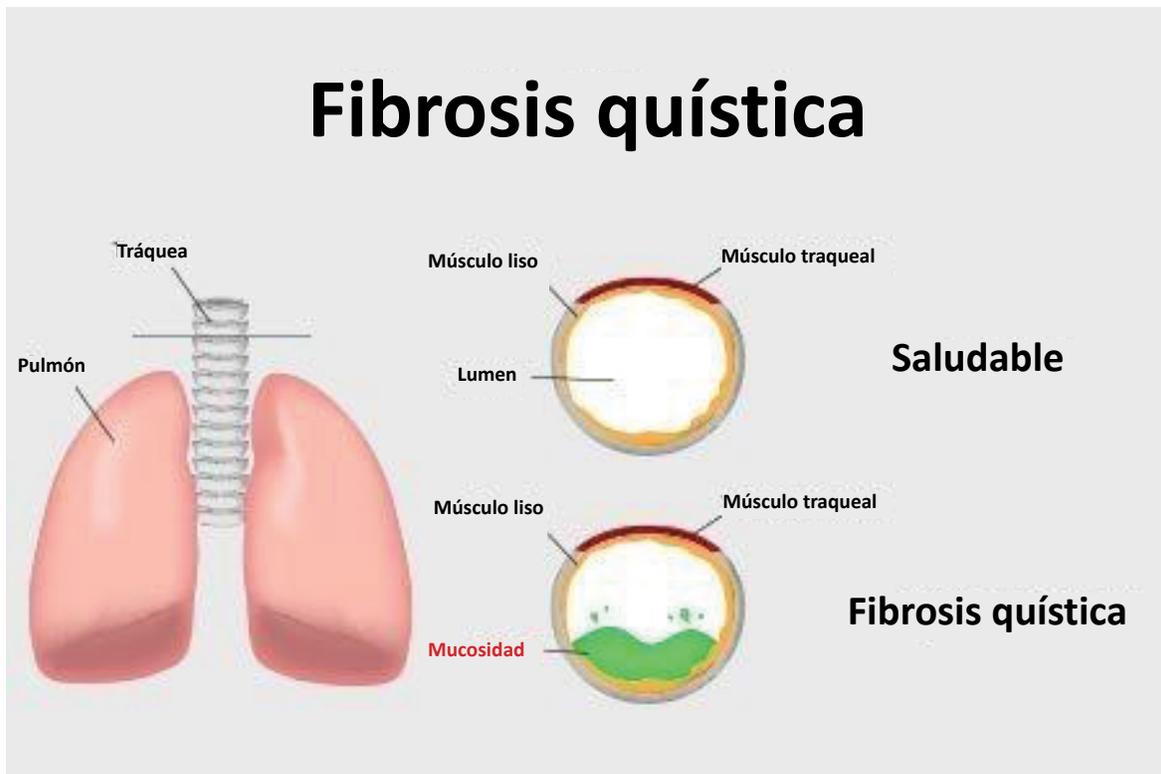
Copia: Director de Servicios de Salud Enfermera escolar de salud pública Si corresponde cc:
 Coordinador de la Sección 504 Con Carpeta Enfermera de necesidades especiales
 Gestor de casos de EC Conductor del autobús escolar

Fibrosis quística

Cada niño con fibrosis quística es único, y es importante reconocer que el impacto de la enfermedad varía en términos de gravedad y fluctuaciones en la salud. El uso de pancreatina, una sustancia que puede sustituir a la mayoría de las enzimas que faltan, es un enfoque común. Existen varios preparados en cápsulas, que suelen tomarse junto con los snacks y las comidas para garantizar una absorción y beneficios nutricionales óptimos. El personal de CCS se atenderá a las pautas proporcionadas por el médico.

Es fundamental entender que las enzimas, en este contexto, sirven como suplementos y no como medicamentos. Se aconseja a los niños con fibrosis quística que tomen estas enzimas inmediatamente antes de las comidas y los snacks, a veces durante la ingesta. A pesar de la cantidad potencialmente grande, es importante señalar que se trata de una práctica segura.

Para los estudiantes de cuarto grado en adelante con fibrosis quística, existe la opción de llevar estas enzimas en un recipiente adecuado, acompañado de la cumplimentación de un formulario de autorización de porte propio de medicación para la fibrosis quística por parte de los padres o tutores y el médico. No se necesitan condiciones especiales de almacenamiento. Sin embargo, los niños más pequeños requieren supervisión para garantizar la ingesta oportuna de enzimas. Cuando se entreguen enzimas al encargado de la medicación, se deberá presentar un formulario de medicación escolar del médico.



LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PORTE PROPIO DE MEDICACIÓN PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA

MAESTRO _____ ESCUELA _____

ESTUDIANTE _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente los pulmones y el aparato digestivo. Como consecuencia, este estudiante deberá tomar la siguiente medicación de enzimas pancreáticas con todas las comidas y snacks. Las bebidas que son principalmente agua, azúcar o fruta pueden ser una excepción.

MARCA DE LA ENZIMA _____

CANTIDAD DE CÁPSULAS QUE DEBEN TOMARSE CON LAS COMIDAS _____ Y CON LOS SNACKS _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Certifico que el estudiante padece fibrosis quística. Las enzimas no son adictivas y no cambiarán el comportamiento del estudiante. La mayoría de los niños con FQ han estado tomando estas enzimas desde la infancia, y las toman por sí solos. Si a los niños con FQ se les permite tomar sus enzimas por sí solos, suelen ser más cumplidores con esta parte vital de su cuidado.

Yo, el profesional de la salud, receté medicamentos para su uso en las instalaciones de la escuela durante el día escolar, en actividades patrocinadas por la escuela, o mientras está en tránsito hacia o desde la escuela o en eventos patrocinados por la escuela.

Receté los medicamentos y confirmo que el estudiante ha sido instruido en la autoadministración de la medicación recetada. El estudiante ha demostrado el nivel de destreza necesario para utilizar la medicación para tratar sus síntomas. Firma del médico: Fecha:

Nombre del médico en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____

Nombre de la clínica/oficina en letra de imprenta: _____ FAX: _____

Dirección de la clínica: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PERSONAL DE LA ESCUELA

- La tos es una parte común de la FQ, y el niño debe tener agua y pañuelos de papel a mano. La tos es necesaria para eliminar la mucosidad de los pulmones. Si la tos interrumpe la clase, se le debe dar permiso al niño para que vaya a beber agua.
- Los privilegios de baño deben ser flexibles y proporcionarse cuando sea necesario.
- Debido a la tos productiva y a las necesidades urgentes de ir al baño, el niño debe sentirse libre de salir del aula cuando sea necesario, para evitar la vergüenza innecesaria por los síntomas de la enfermedad.
- Las enzimas pancreáticas, que facilitan la digestión, son necesarias antes de cada comida y snack. Para que quede claro, estas enzimas no son peligrosas ni generan adicción.
- El ejercicio puede ser muy beneficioso para el niño con FQ, ya que ayuda a eliminar la mucosidad y aumenta la fuerza de los músculos respiratorios. Debe animarse al niño con FQ a participar en todas las actividades físicas que se realicen en la escuela. A veces, un niño puede tener limitaciones de fuerza o resistencia. No obstante, hay que animar al niño a participar en la medida de lo posible, pero debe se le debe permitir establecer límites individuales al esfuerzo físico total. Si surgen dudas, comuníquese con los padres o el profesional de salud del niño.
- Debe fomentarse el consumo extra de líquidos antes, durante y después de la actividad física. Durante la actividad aeróbica, un niño con FQ debe beber entre seis y doce onzas de líquido cada 20 o 30 minutos. Debido a los hidratos de carbono y la sal añadidos, las bebidas deportivas son una excelente opción para los niños con fibrosis quística.

CONTINÚA AL DORSO

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PORTE PROPIO DE MEDICACIÓN PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA

MAESTRO _____ ESCUELA _____

ESTUDIANTE _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

Debe ser completado por el padre/madre/tutor:

He leído las **pautas para los estudiantes que se automedican en la escuela** y considero que mi hijo arriba mencionado tiene la madurez y los conocimientos suficientes para automedicarse de forma segura y correcta.

Entiendo que mi hijo debe cumplir con lo siguiente:

- El estudiante debe mantener la medicación en su poder en todo momento y no debe dejarla en un lugar accesible a otros estudiantes.
- El estudiante debe mantener este formulario de autorización de porte propio de medicación para la fibrosis quística en su poder en todo momento y deberá presentar el formulario al personal de la escuela y/o a la administración cuando se le solicite.
- El estudiante no ofrecerá ni permitirá el uso de su medicación por parte de otro estudiante.
- El estudiante se comportará de forma responsable y discreta en relación con sus enzimas digestivas.

Entiendo además que la única responsabilidad que la escuela puede asumir es la de cumplir con los términos de este protocolo. Entiendo que la escuela no puede asumir ninguna responsabilidad por el control de la autoadministración, incluyendo la frecuencia y la dosis o la falta de automedicación cuando sea necesario.

Doy mi consentimiento para que el profesional de la salud divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescrita. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de un año.

He leído y estoy de acuerdo con esta autorización.

Nombre del padre/madre/tutor _____ N.º de teléfono _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENFERMERA ESCOLAR

Este estudiante ha verbalizado la comprensión de las pautas anteriores.

_____	_____
Firma de la enfermera escolar de salud pública	Fecha

Firma del administrador de la escuela _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

Fecha de caducidad del formulario de automedicación para la fibrosis quística

Recuerde que el formulario caducará un (1) año después de la fecha de la firma del médico.

Sello del MD debajo

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO

Firma del médico _____ Fecha _____



En caso de sospecha de intoxicación:

El personal de la escuela se pondrá en contacto con el Servicio de Toxicología para solicitar ayuda. Se informará inmediatamente al padre o tutor sobre la emergencia en el número de contacto facilitado: 1-800-222-1222 (Asociación Estadounidense de Centros de Control de las Intoxicaciones).

Siguiendo las instrucciones del Servicio de Toxicología, el personal de la escuela llamará inmediatamente al 911 si se le indica.

Niños con discapacidades

Es y seguirá siendo la política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland no discriminar por motivos de género o discapacidad en sus programas educativos, actividades o políticas de empleo como lo requiere el Título IX de las Enmiendas Educativas de 1972, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Es política de la Junta de Educación del Condado de Cumberland proporcionar igualdad de oportunidades de empleo sobre una base no discriminatoria, independientemente del sexo, raza, edad, origen nacional, discapacidad o religión. (Política 1730/4022/7231 del Consejo de Educación del Condado de Cumberland).

Información adicional

Puede ponerse en contacto con la persona designada para garantizar el cumplimiento de la Sección 504 por parte del distrito llamando al (910) 678-2496.