

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
ÓRDENES DE CUIDADO DE LA SALUD DEL MÉDICO PARA LA ESCUELA

Rev. 6/2022

Nombre de la escuela: _____

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

PROCEDIMIENTO:

Tensión arterial

Frecuencia: Si la tensión arterial es mayor a: o menor a: , entonces _____

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Sondaje intermitente limpio

Frecuencia: _____

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Alimentación por sonda (nutrición enteral)

Frecuencia: _____ Si el residuo es mayor o igual que _____ , entonces _____

Tipo: Gastrostomía Nasogástrica Otro: _____

Fórmula: _____ Cantidad: _____ Cantidad de agua para la descarga: _____

Puede sustituir el dispositivo de alimentación si se desplaza en la escuela. Sí No

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Cuidado con oxígeno

Medicamento _____ Dosis _____ Vía de administración _____

Frecuencia: _____ o PRN para saturación de O2 disminuida _____

Cuidados de la traqueotomía

Frecuencia: _____ o solo cuando sea necesario

Si la tráquea se desplaza, siga este plan de acción. _____

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Tipode succión: Nariz Boca Tráquea

Traqueotomía

Frecuencia: _____ o solo cuando sea necesario

Jeringa de bulbo

Frecuencia: _____ o solo cuando sea necesario

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Cuidados de vendajes y heridas

Frecuencia: _____ Instrucciones: _____

Comentarios del médico, órdenes adicionales y/o precauciones: _____

Aviso: Si alguno de los procedimientos requiere medicación, complete un formulario de medicación escolar del médico de las Escuelas del Condado de Cumberland.

Si se produce una situación de emergencia durante la jornada escolar, o si el estudiante se enferma, los responsables de la escuela deberán:

a) Contactarme en mi oficina: _____

b) Llevar al niño inmediatamente a urgencias a: _____

c) Otra opción: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

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 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 formulario es válido por el término de un año o hasta que se haga la revisión anual del IEP o de las adaptaciones de la Sección 504, lo que ocurra primero.**

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