

Wake County Public School System
Form 1702
Parent Request and Physician's Order Form for Medication

Se llene por el padre:

Nombre del Niño(a) _____ **Edad** _____ **Escuela** _____

Yo requiero que a mi hijo(a) se le administre el medicamento como indicado por el orden del doctor en la parte abajo de esta forma. Yo entiendo que el personal no médico puede conducir la administración. Si una inyección de emergencia es ordenada, Yo doy permiso para que la Enfermera de Salud Pública basada en la Escuela para dar instrucciones a personal designado en la técnica de administración. Yo entiendo que es mi responsabilidad transportar la medicación a la escuela al menos que arreglos especiales ya hayan sido hechos por el principal.

Yo entiendo que

- ningún tablero local de la educación y sus empleados y agentes será obligado en daños civiles a cualquier partido para cualquier acto autorizado o para cualquier omisión referente a ese acto, a menos que ese acto u omisión ascienda a la negligencia gruesa, a la conducta insensible, o a la fechoría intencional.
- Información compartida puede ser en forma de emergencia o en el plan de cuidado para el individual para mi niño(a) y puede incluir información proporcionada por el doctor de mi niño(a), por mi, o por expedientes que ya han sido lanzados o proporcionados de la escuela de otra agencia.
- Intercambio de información será limitado a mínimo necesario para proporcionar la asistencia requerida para mi niño(a) y será compartida solamente con personal que se le pueda ser necesario proporcionar asistencia especificada para él/ella.
- Este consentimiento para lanzar(proporcionar) información debe ser firmado antes de que el maestro de mi niño(a) pueda proporcionar asistencia con necesidades médicas especiales con excepción de notificar a los padres y proporcionar Servicios de Emergencia (911).
- Si mi niño(a) participa en WCPSS en antes y después de actividades escolares y deportes, Yo asumiré responsabilidad en contactar el consejero o entrenador de la condición médica de mi niño(a). Como la medicación guardada por la escuela es solo disponible durante horas escolares, Yo proporcionaré medicamentos de emergencias adicionales que podrían necesitar durante la actividad. Yo podre contactar a la enfermera de la escuela si asistencia es necesaria en dar instrucciones al consejero en el procedimiento del medicamento o si una copia de la información necesita ser compartida con ellos .

Yo autorizo:

- El lanzamiento o el proporcionar el intercambio de información médica entre el doctor de mi niño(a), la enfermera de la escuela y el Wake County Public School System (WCPSS- El Sistema Escolar Pública del Condado de Wake) que sea necesaria en hacer posible los servicios para mi niño(a).

Firma del Padre/Guardian _____ Número de Teléfono/Célular _____ Fecha _____

To be completed by physician: (please write legibly using layman's terms)

The child indicated above must have the medication listed during school hours in order to function at school.

Diagnosis: _____

Name and form of medication	Dosage and time to be given
-----------------------------	-----------------------------

Symptoms to be given for	Method of administration
--------------------------	--------------------------

Administration by School Personnel Student *

*** Physician and parent must complete both sides of this form for an independent student. This student will not need adult supervision for asthma and/or anaphylaxis management and will carry and self-administer prescribed emergency medication.**

Side effects to watch for: _____ Duration of order _____

Telephone _____	Physician's Name (Please type or print) _____	Physician's Signature _____	Date _____
-----------------	---	-----------------------------	------------

To be completed by school:

Persons Administering Medication

Name _____	Title _____	Name _____	Title _____
Name _____	Title _____	Name _____	Title _____
Name _____	Title _____	Name _____	Title _____

Approved by: _____ Signature of Principal _____ Date _____

**Authorization for Student to Carry and Independently Self-Administer
Emergency Medication for Asthma and/or Anaphylaxis (complete this side in addition to reverse side)**

Student's Name _____ School _____

To be completed by physician:

Diagnosis: _____

The student indicated above must have the medication(s) listed on the reverse side during the school day or at school sponsored events in order to function at school. The student has been instructed in the treatment plan, self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for Asthma and/or Anaphylaxis. The student will not require adult supervision.

For Epinephrine Auto Injector only:

- In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector, a trained school staff member may administer the medication and call 911. I have discussed with the parent /guardian that the School Based Public Health Nurse will train designated school staff to administer the medication.

Telephone _____ Printed Physician's Name _____ Signature _____ Date _____

Para ser llenado por el Padre:

Yo requiero y doy permiso a mi hijo(a) a administrarse medicamento a si mismo como indicado por orden del medico durante horas escolares y en actividades escolares o durante el tránsito para y regreso a la escuela. Yo he observado a mi hijo(a) demostrar el nivel de habilidad necesaria para instrumentar el plan de cuidado recetado por el proveedor del cuidado del salud del niño(a). Supervisión de un adulto no será requerida.

Yo entiendo que:

- Yo le proporcionaré a la escuela más medicamento (en adición a lo que el estudiante cargará) que se quedará en la escuela en una localización accesible al estudiante en caso de emergencia.
- Mi hijo (a) sera requerido a demostrar el nivel de habilidad para administrarse medicamento a si mismo a un designado de la escuela entrenado o por la enfermera escolar.
- Mi hijo(a) no sera responsables por actos de disciplina contra él o ella si el medicamento es usado en otra forma que la que recetaron .

Para el Uso de La epinefrina Inyector Automático solamente:

- En el evento que mi hijo(a) tenga dificultad respiratoria y no se le sea posible administrar el La epinefrina Inyector Automático, un miembro del personal escolar entrenado puede administrarle el medicamento o llamar al 911. Yo doy permiso a la Enfermera de Salud Pública basada en la Escuela para designar al personal para administrar el medicamento en caso de emergencia si el estudiante no puede. Yo entiendo que el personal no-médico administrará el medicamento.

_____ Firma del Padre _____ Fecha _____

FOR SCHOOL USE ONLY

To be completed by trained designated school staff:

I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician. ** Attach checklist used for demonstration**

1. _____
 2. _____
- Signature of Designated school staff _____ Date _____

To be completed by student at school:

- I have demonstrated the use of my medication to the school staff listed above.
- I plan to keep my medication and equipment with me at school.
- I will use only as prescribed by my doctor.
- I will not allow any other person to use my medication.
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my health condition.

_____ Signature of Student _____ Date _____