

## HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - ASMA

Nombre del estudiante: _____	Nº Estudiantil: _____
Fecha nacimiento: _____ Escuela: _____	Maestro y grado: _____
Doctor: _____ Telf. Doctor: _____	¿Monta el bus?: Sí__ No__

**Alergias:** \_\_\_\_\_

Padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Telf.: \_\_\_\_\_

Madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Telf.: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telf. hogar: \_\_\_\_\_ Otro Telf: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Contacto emergencia: \_\_\_\_\_ Telf. hogar: \_\_\_\_\_ Otro Telf: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### Plan Diario de Control del Asma

Año de la diagnosis: \_\_\_\_\_ Fecha del episodio más reciente: \_\_\_\_\_

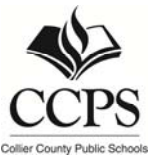
**Cosas que le provocan un ataque de asma a mi hijo(a): (indique todas las que aplican)**

<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio	Otra: (describir): _____
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de temperatura	_____
<input type="checkbox"/> Animales	_____
<input type="checkbox"/> Comidas: cual: _____	
<input type="checkbox"/> Olores fuertes o gases	
<input type="checkbox"/> Polvo de tiza	
<input type="checkbox"/> Tapiz en el cuarto	
<input type="checkbox"/> Polen	

**En la casa, ¿Toma su hijo algún medicamento para el asma?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No Indique cuáles:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
1.		
2.		

\*Favor de completar y firmar al dorso de este documento



# HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - ASMA

## En caso de un ataque de asma en la escuela, dele los medicamentos de la tabla abajo.

*Antes que cualquiera medicina pueda ser administrada, los padres y el médico que recetó el medicamento deben completar y firmar el formulario de autorización del distrito escolar, el cual debe estar en su expediente en la escuela.  
Los padres deben traer la medicina a la escuela.*

Medicamento	Dosis	Describa cuándo se debe usar
1.		
2.		

### PLANES DE EMERGENCIA:

- En caso de un cierre total, los medicamentos guardados en la clínica no estarán disponibles para su hijo. Le sugerimos que hable sobre un plan con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Favor de anotar cualquier instrucción especial para que sea incluido en el Plan de Acción de Emergencia más abajo.

---

- En caso de evacuación, los medicamentos de emergencia se llevarán al área tenedora, cuando sea posible.

Entiendo que el Plan de Acción de Emergencia se compartirá con el personal escolar apropiado que tenga la necesidad de saber sobre el problema de salud de mi hijo(a). Además, comprendo que la escuela no se hace responsable por el daño o la pérdida de equipos utilizados al proveer los tratamientos y procedimientos médicos recetados.

Yo autorizo que se comuniquen con el proveedor de cuidado de salud de mi hijo(a) para intercambiar información sobre su estado de salud. He revisado, y estoy en acuerdo con, la información incluida en este historial médico.

Padres o  
tutor legal:

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Reviewed by: \_\_\_\_\_

School Nurse

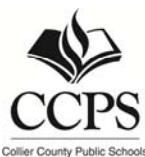
\_\_\_\_\_

Date

\*\*\*\*\*

### FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Collier County Public Schools Medication Authorization Form

Student's Name: \_\_\_\_\_ Sex: M  F  Date of Birth: \_\_\_\_\_ Student #: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

## MEDICATION INFORMATION

Medical Condition for which medication will be required for student in school: \_\_\_\_\_

ICD 10 Code \_\_\_\_\_

Name of Medication: Prescription \_\_\_\_\_ Over-the-Counter \_\_\_\_\_  
(non-prescription)

Route to administer (please check one)  Oral  Topical  Subcutaneous  Inhaled  IM  Other (describe) \_\_\_\_\_  
(BY MOUTH) (ON THE SKIN) (INJECTED) (BREATHED)

Dosage: \_\_\_\_\_ Frequency: \_\_\_\_\_ Time of Day: (ex.11:00 AM) \_\_\_\_\_

Is this a new medication?  Yes  No If yes, the first dose must be administered at home.

Special Instructions: \_\_\_\_\_

**Prescription medications require healthcare provider signature below:  
Physician's orders are required for all prescription medications given at school**

Physician's Name (Print): \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

I have prescribed the student to self-carry MDI, pancreatic enzymes, EPI-PEN, or other life saving medications described on this page.

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL

- Yo le otorgo permiso al doctor de mi hijo(a) para ser contactado referente a la información sobre la administración de los medicamentos listados en este formulario.
- Autorizo que el medicamento indicado anteriormente sea administrado de la forma descrita o prescrita durante el horario escolar o en los programas después de clases de las Escuelas Públicas de Collier.
- Comprendo que el medicamento no recogido antes del último día de clases será descartado.
- Entiendo que no se administrará medicina con fecha que caduca o "debe descartarse antes de" si ya se ha pasado de la fecha de vencimiento del fabricante.

Nombre del Padre o Tutor Legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nº Teléfono: Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Emergencia: \_\_\_\_\_

## FOR SCHOOL NURSE USE ONLY.

Physician's Verbal Order Obtained: Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_

Content of physician's verbal order obtained: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Nurse

**Favor de leer el otro lado de este documento para la Información sobre la Autorización Médica**

## Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en las Escuelas Públicas del Condado de Collier

Estimados padres o tutor legal:

Si su hijo(a) necesita que se le administre medicamentos durante el horario de clases, los Reglamentos de la Florida y la Política de la Junta Escolar requieren que usted proporcione autorización por escrito para todos los medicamentos que serán administrados. Una autorización para medicamentos por prescripción, también tiene que ser completada y firmada por el doctor o cualquier otro proveedor de salud licenciado en el estado de la Florida (como lo estipula el Estatuto F.S.464 de la Florida.) **Los medicamentos no aprobados por la Agencia de Alimentos y Drogas (FDA) y medicamentos alternos, incluyendo medicamentos naturales, remedios de hierbas medicinales, medicamentos homeopáticos, suplementos dietéticos y vitaminas, no serán administrados en la escuela, excepto las enzimas digestivas o productos para la intolerancia a la lactosa recetados.**

- El Formulario de Autorización de Medicamento al dorso de este documento tiene que estar completado en su totalidad y acompañar cualquier medicamento (ya sea con o sin receta médica), que ha de ser administrado a su hijo(a) en la escuela. El formulario tiene que estar firmado por un padre o tutor legal. El proveedor de salud, quien receta cualquier prescripción también debe completar y firmar el formulario. **No se podrá administrar medicamentos sin un formulario de autorización de medicamento.**
- Los padres o tutor legal u otro adulto autorizado, tiene que traer el medicamento a la clínica de la escuela. Al momento de la entrega del medicamento, la cantidad del medicamento será verificada por la enfermera de la escuela o el personal escolar. **No envíe medicamentos a la escuela con su hijo(a).**
- Los medicamentos que deben ser administrados solamente una vez al día o que pueden ser administrados antes o después de clases, no se administran en la escuela.
- Los medicamentos por prescripción deben recibirse en la escuela en el envase original (sin haberse abierto nunca), con la etiqueta adherida sin alteraciones. **La etiqueta tiene que estar escrita en inglés** y debe mostrar toda la información requerida por ley incluyendo, pero sin limitarse a la fecha de emisión, fecha de vencimiento, nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, hora que debe ser administrado y el nombre del proveedor de salud.
- En la escuela, no se administrará medicina con fecha que caduca **o** “debe descartarse antes de” si ya se ha pasado de la fecha de vencimiento del fabricante.
- Los medicamentos de venta libre y medicamentos sin prescripción aprobadas por el FDA, tienen que estar en el envase original sellado (sin nunca haber sido abierto) emitido por la farmacia. Favor de también ponerle el nombre completo y fecha de nacimiento de su hijo(a) al envase. Los medicamentos de venta libre, incluyendo caramelos para la tos, sólo se administrarán de acuerdo con las instrucciones en la etiqueta. Si los padres o tutor legal solicitan la administración de una dosis diferente a la recomendada en la etiqueta del medicamento sin receta médica, los padres o tutor legal deben obtener una orden del proveedor de salud, explicando la razón por la variación en la administración del medicamento, y este será tomado en consideración por la enfermera de la escuela antes que pueda administrarse el medicamento. **Basándose en la evaluación de la enfermera de la escuela, se les puede requerir a los padres obtener la autorización de un doctor antes de aumentar o administrar diariamente un medicamento de venta libre.**
- Si su hijo(a) está autorizado para llevar consigo y utilizar medicamentos de salvamento como está prescrito por su médico o proveedor de salud, el estudiante debe demostrar ser competente en la auto administración de dicho medicamento y también un “Contrato para Llevar Medicamentos Consigo”, tiene que ser completado y firmado por los padres y la enfermera de la escuela. **Los medicamentos de receta con etiqueta vigente deben estar registrados y guardados en la clínica de la escuela.**

**Please see reverse side of this document for Medication Authorization**