

Student	Last Name	First Name	MI	Date of birth	/ / _	School
----------------	-----------	------------	----	---------------	-------	--------

CONTROL DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE, MEDICAMENTOS Y DIETA ESPECIAL:

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR 2016-2017

Por medio de la presente autorizo el:

- (1) el control del contenido de azúcar en sangre de mi hijo
- (2) la prestación de tratamientos recetados por el médico
- (3) el tratamiento de episodios de hipoglucemia en la dependencia escolar o actividades escolares según las indicaciones adjuntas de su médico

Por medio de la presente autorizo el almacenamiento y administración de medicamentos, así también como el almacenamiento y utilización de cualquier instrumento necesario para administrar la medicación, de acuerdo con las indicaciones del prestador del área salud de mi hijo. Entiendo que debo proveer a la escuela de la medicación e instrumentos necesarios para su administración, incluso de inhaladores distintos del Ventolin. El medicamento debe entregarse en el envase original rotulado adecuadamente por la farmacia (obtendré otro envase para que mi hijo lo utilice fuera de la escuela), la etiqueta del medicamento recetado debe incluir el nombre y apellido del alumno, el nombre y número de teléfono de la farmacia, el nombre y apellido del profesional matriculado que recetó el medicamento, fecha y número de veces permitido para rellenar el envase, nombre del medicamento, dosis, frecuencia de administración, vía de administración y otras indicaciones; los medicamentos de venta libre y las muestras deben encontrarse en el envase original del fabricante, con el nombre y apellido del alumno pegado en el envase. Entiendo que de proveer cualquier medicamento, debo hacerlo en la caja SIN ABRIR del medicamento original. Entiendo que debo suministrar todos los refrigerios, instrumentos y suministros médicos necesarios y que debo notificar de inmediato a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en la receta o en las indicaciones que figuran más arriba.

Entiendo que este consentimiento es válido únicamente hasta el final de las sesiones del programa educativo de verano patrocinado por el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), o hasta el momento en que entregue a la enfermera escolar la nueva receta o las nuevas indicaciones del médico de mi hijo con respecto a la administración del control y tratamiento que figura más arriba (cualquiera que ocurra primero).

Comprendo que el Departamento de Salud y Salud Mental (DOHMH), el DOE y sus delegados tienen la responsabilidad de garantizar que la sala de enfermería y cualquier otro lugar donde mi hijo pueda medirse el nivel de azúcar en sangre sea un ambiente seguro. Haré todo lo que esté a mi alcance para proporcionar a la escuela lancetas de seguridad y otros dispositivos seguros para controlar la glucosa y administrar insulina.

Al presentar este Formulario de Administración de Medicamentos para la Diabetes solicito que el DOHMH preste servicios de salud específicos a mi hijo por medio de la Oficina de Salud Escolar (OSH). Entiendo que parte de estos servicios pueden incluir exámenes clínicos y un chequeo médico efectuado por un médico de la Oficina de Salud Escolar. En este formulario se incluyen indicaciones completas para la prestación de los servicios de salud que se mencionan más arriba. Entiendo que la OSH, sus funcionarios y empleados que participan de la prestación de los servicios de salud que se solicitan arriba, confían en la exactitud de la información que figura en este formulario. Entiendo que el presente formulario no constituye un acuerdo de la oficina OSH o del DOE para proveer los servicios solicitados, sino más bien mi petición, y consentimiento para dichos servicios. Si se determina que estos servicios son necesarios, un Plan de Adaptaciones para Alumnos puede ser necesario también, y la escuela completará dicho plan.

Entiendo que la oficina OSH y el departamento DOE y sus delegados y empleados pueden comunicarse, consultar y obtener cualquier otra información que consideren adecuada con respecto a la enfermedad de mi hijo, sus medicamentos y su tratamiento, a cualquier prestador de cuidados de salud y/o farmacéutico que haya provisto servicios médicos o de salud a mi hijo.

****AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: Marque con sus iniciales este párrafo para el uso de epinefrina, inhalador para el asma y otros medicamentos aprobados para autoadministrarse.**

___ Por medio de la presente certifico que mi hijo ha sido instruido completamente y que es capaz de autoadministrarse el medicamento recetado. Además autorizo a mi hijo a llevar consigo, almacenar y autoadministrarse en la escuela la medicación que figura más arriba. Entiendo que soy responsable de proveer la medicación para mi hijo en envases rotulados como se describió más arriba, y del seguimiento y control del uso de mi hijo de tal medicamento, y de todas y cada una de las consecuencias que padezca mi hijo debido al uso de dicho medicamento. Entiendo que la enfermera escolar confirmará la capacidad de mi hijo para llevar consigo y autoadministrarse el medicamento de manera responsable. También expreso mi consentimiento a proveer medicamento "de reserva" en un contenedor claramente rotulado que debe almacenarse en la sala médica, en caso de que mi hijo no cuente con suficiente medicamento a disposición para autoadministrarse.

___ También autorizo a la enfermera escolar a almacenar y/o administrar dicho medicamento a mi hijo en caso de que mi hijo sea provisionalmente incapaz de guardar o autoadministrarse dicho medicamento.

Firma del padre/madre/tutor	Nombre y apellido del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)
Firmado el ___/___/_____	Dirección del padre/madre/tutor:
Número telefónico: Día (____)____-____	Hogar (____)____-____ Teléfono celular* (____)____-____
Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor*	
Nombre y apellido alternativo de contacto ante emergencias	Número telefónico de contacto (____)____-____
NO ESCRIBIR DEBAJO - PARA USO DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR ÚNICAMENTE (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name	Date ___/___/_____
Reviewed by: Name	Date ___/___/_____
bG monitoring without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Insulin administration without supervision: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner.	

