

Escuelas Públicas De Durham

Solicitud de padres y Formulario de pedido del proveedor para el Procedimiento De Enfermería Especializada.

Este formulario debe utilizarse sólo cuando el personal de la escuela administre un procedimiento de enfermería especializada a su hijo/a

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Escuela:** _____

Con el fin de ayudar a proteger la salud de su hijo/a, se requiere su consentimiento y autorización por escrito de un proveedor de atención medica cuando sea necesario para que su hijo/a reciba un procedimiento de enfermería especializada en las Escuelas Públicas De Durham. No se administrará procedimientos de enfermería especializada a su hijo/a en la escuela hasta que se haya recibido esta autorización. Se requiere de un formulario separado por cada procedimiento. Se requiere de nuevos formularios de autorización cada año al comienzo de la escuela, siempre que haya cambios, cuando se prescriba un nuevo procedimiento, o al reingresar después de una hospitalización.

Yo _____ entiendo que:

- Es mi responsabilidad comprar y proporcionar todos los suministros médicos necesarios para realizar el procedimiento en la escuela.
- La Junta Directiva de Educación de las Escuelas Públicas de Durham y sus empleados y agentes autorizados para administrar el procedimiento prescrito por un médico a petición mía por escrito, no serán responsables en daños civiles por una administración o por cualquier omisión relacionada con la administración, a menos de que ese acto u omisión equivalga a negligencia grave, conducta deliberada o descuido intencional.
- La información compartida puede ser en forma de un plan de atención de emergencia o individual para mi hijo/a y puede incluir información proporcionada por el proveedor de atención medica de mi hijo/a, yo mismo, o de registros que han sido liberados a la escuela de otra agencia.
- La información intercambiada se limitará al mínimo necesario para proporcionar la asistencia requerida para mi hijo/a y se compartirá solo con aquellos empleados que necesiten proveer la asistencia requerida para mi hijo/a y se compartirá solo con aquellos empleados que puedan necesitar proveer asistencia especializada para él /ella.
- Este consentimiento para divulgar información debe firmarse antes de que los maestros de mi hijo/a puedan proporcionar asistencia médica especializada aparte de notificar a los padres y proporcionar servicios de emergencia (911).
- Si mi hijo/a participa en actividades/deportes de la Escuelas Públicas De Durham antes/después de escuela, asumiré la responsabilidad de notificar al asesor/entrenador de la condición médica de mi hijo/a dado que los medicamentos /suministros solo están disponibles durante el horario escolar regular, proporcionaré medicamentos/suministros de emergencia adicionales que puedan ser necesarios durante la actividad. Puedo comunicarme con la enfermera de la escuela si es necesario recibir asistencia para instruir al asesor/entrenador en un procedimiento médico o si es necesario compartir una copia de la información con ellos.

Yo, _____, autorizo la liberación e intercambio de información médica entre el proveedor de atención medica de mi hijo/a, la enfermera escolar, y las Escuelas Públicas de Durham que sea necesaria para llevar a cabo servicios para mi hijo _____.

Yo, _____, también por la presente doy permiso para que se le administre mi hijo/a _____ el procedimiento especificado e indicado por su proveedor de atención médica en el reverso. Entiendo que el personal no médico realiza la administración. Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado en la técnica de administración. Entiendo que es mi responsabilidad transportar los suministros/medicamentos a la escuela a menos que se hagan arreglos especiales con el director.

Firma del Padre/tutor

Fecha

Nombre del Padre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

DPS Employees Designated and Trained to Perform Procedures/Give Medications

Name	Title	Name	Title

Signature of Principal: _____ Date: _____

Durham Public Schools

Parent's Request and Provider's Order Form for Skilled Nursing Procedure

Student Name: _____ **DOB:** _____ **School:** _____

Please check if this is an emergency procedure, also provide an Emergency Action Plan

Name of Procedure	Purpose	Time(s) or PRN	Side Effects	Description of Skilled Procedure
G-tube bolus by gravity Formula: _____ Amount (formula): ____mL Amount (H2O flush): ____mL				
G-tube feed by pump Formula: _____ Rate: _____mL/Hour Volume: ____mL Flush: _____mL				
Vagal Nerve Stimulator				
Intermittent Bladder Catheterization Catheter size: ____ (Fr)				
Other Procedure:				

I _____ (Provider's Name) state that it is necessary for this student to receive this procedure and/or medication during school hours in order to maintain or improve health and benefit from school attendance.

Practice Stamp/Contact Information

Healthcare Provider's Signature

Date

Firma del Padre/tutor

Fecha