

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH
Servicios de Apoyo al Estudiante / Servicios de Salud Escolar

FECHA:		DEVOLVER A:	
		ESCUELA:	
PARA:		DIRECCIÓN:	
REF:		TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO:		FAX:	
PADRE/REPRESENTANTE LEGAL:			

Le estamos enviando este formulario con el fin de solicitarle:

- Órdenes de su médico, para procedimientos médicos a seguir.
 Información médica: pasada () / presente (); se incluye una autorización firmada por los padres.
 Intercambio de información.

COMENTARIOS (Para ser completado por personal de los servicios de salud escolar, con la ayuda de los padres / representantes legales)

El Automóvil-inyector de Epinephrine Órdenes Médicas

1. ¿A qué es alérgico el estudiante? _____
2. ¿Cuáles son las señales y los síntomas de que el estudiante tiene una reacción alérgica? _____
3. El **Automóvil-inyector de Epinephrine** será guardado en la escuela
(marque en dónde) En la enfermería ____ Con el estudiante ____
4. ¿Está el estudiante consciente de su alergia y de la posible gravedad? Si ____ No ____
5. ¿Ha recibido el estudiante instrucciones sobre el uso del **Automóvil-inyector de Epinephrine**? Si ____ No ____
6. ¿Se debe usar el **Automóvil-inyector de Epinephrine** inmediatamente? Si ____ No ____
(Si la respuesta es "No") ¿Cuánto tiempo después de haber estado expuesto a la sustancia que le produjo la alergia se le debe administrar? _____
¿Cuáles son las señales específicas que determinan la necesidad de usar epinefrina? _____
7. ¿Es necesario que el estudiante lleve con él mismo el **Automóvil-inyector de Epinephrine**? Si ____ No ____
8. ¿Se auto-inyectará el estudiante? Si ____ No ____
9. ¿Existen algunas otras instrucciones específicas a seguir? _____

Se solicita respuesta Si ____ No ____ Firma: _____

Respuesta/Orden (Para ser completado por el médico)

Éste estudiante estará asistiendo a la escuela en un futuro cercano, y nosotros estamos solicitando la orden médica para llevar a cabo el procedimiento que se explica a continuación, dentro de la escuela. Por favor lea la información anterior y la declaración que aparece a continuación. Agregue o suprima información según sea necesario. Gracias.

El Automóvil-inyector de Epinephrine debe ser administrado por la enfermera y otra de los servicios médicos de School personal entrenado de la escuela en caso de una reacción alérgica severa.

Firma del médico: _____ Fecha: _____