

**SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD**  
**ORDEN MÉDICA PARA EL USO DE AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA**

Estudiante: \_\_\_\_\_ N° del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Padre/Madre/Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Estimado Doctor:

Le presentamos este formulario para solicitarle una orden para un procedimiento médico. El estudiante cuyo nombre se menciona arriba va a asistir a una escuela próximamente y estamos necesitando sus órdenes dar seguimiento en la escuela, al procedimiento que se menciona abajo. Por favor complete los numerales del 1 al 9, lea la declaración y devuelva la orden via fax o devuélvala a la enfermería o a la enfermera escolar.

1. ¿A qué es alérgico el estudiante? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son las señales y los síntomas que indican que el estudiante tiene una reacción alérgica? \_\_\_\_\_

3. El **Autoinyector de Epinefrina** se mantendrá en la escuela (marque uno)      En la enfermería \_\_\_\_\_ Con el estudiante \_\_\_\_\_

4. ¿Está consciente el estudiante de esta alergia y de la posible gravedad?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recibido el estudiante instrucción con respecto al uso del **Autoinyector de Epinefrina**?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. ¿El **Autoinyector de Epinefrina** es para ser usado inmediatamente?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no, en que momento después de una mordida o picadura deberá aplicarse? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las señales específicas que alertan la necesidad de epinefrina? \_\_\_\_\_

7. ¿Debe el estudiante llevar consigo el **Autoinyector de Epinefrina**?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. ¿Se autoadministrará el medicamento el estudiante?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Por favor describa cualquier otra instrucción que deba seguirse. \_\_\_\_\_

En caso de una reacción alérgica grave el **Autoinyector de Epinefrina** será administrado por el personal de enfermería de los Servicios de Salud Escolar y otro miembro capacitado del personal de la escuela.

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_