

**AUTORIZACIÓN PARENTAL ESCOLAR PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN
PARA CUIDADO DE TRAQUEOSTOMÍA**

Año Escolar: _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Alergia a medicamentos --- si hay alergias, liste: _____ Peso: _____ libras

AUTORIZACIÓN PARA PRESCRIPCIÓN

(A completar por un proveedor de seguro médico autorizado)

FECHA DE COMIENZO: _____

FECHA DE FIN: _____

Información de tubo de Traqueostomía

Marca: _____ * Tamaño: _____ Longitud: _____

Marque según necesario: Mango Sin Mango Cintas para sujetar

En caso afirmativo, ubicación de tubo de repuesto: _____

El estudiante traerá un Kit de Emergencia / "Go Bag" a la escuela a diario.

Tipo de Humidificador:

Cuidados necesarios: _____

Órdenes de Succión de Traqueostomía:

Máquina de Succión: Poner a _____ mm Hg Permanece en la escuela Viaja con el estudiante de/a la escuela

Profundidad recomendada para succión: _____ mm

¿Irrigar con salino normal antes de succión? No Si Solo PRN Describa circunstancia para salino PRN con/succión: _____

Los padres o el proveedor de seguro médico autorizado deben facilitar instrucciones escritas para limpiar la máquina y éstas deben incluirse en el Plan de Seguro Médico Individualizado del estudiante.

Técnica de Succión: Limpia Estéril Tamaño de Catéter: _____ Cambiar Catéter: A cada succión Al final del día

*¿Está el estudiante autorizado a encargarse de su auto-succión? Si No

En caso afirmativo, afirmo por la presente que este estudiante ha sido informado sobre la técnica de succión apropiada.

En caso de que el estudiante no esté autorizado a auto-tratarse, toda actividad relacionada con la succión de traqueostomía será realizada por el enfermero autorizado de la escuela.

Pedido de Tubo de Traqueostomía de Repuesto en Caso de Descanulación Accidental:

Autorizo por la presente al Enfermero Autorizado de la Escuela, quien ha sido instruido y ha completado una demostración de competencia, a reemplazar el tubo de traqueostomía de este estudiante con uno de * mismo tamaño o inmediato inferior.

¿Asiste un respirador a la respiración del estudiante? Si No

En caso afirmativo, proporcione los siguientes:

Marca de respirador: _____

Propiedades de respirador: _____

Nombre de Proveedor de Seguro Médico Autorizado _____

Firma de Proveedor de Seguro Médico Autorizado _____ Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____

AUTORIZACIÓN PARENTAL

Entiendo que serán necesarias autorizaciones parentales/del proveedor adicionales si cambia el procedimiento. También autorizo al Enfermero Escolar a hablar con el proveedor de seguro médico autorizado en caso de surgir preguntas sobre los procedimientos. El equipamiento y/o suministros para los procedimientos deben registrarse con el enfermero autorizado de la escuela o con quien éste haya designado.

Firma de los Padres _____ Fecha _____ Teléfono _____ Celular _____

AUTORIZACIÓN PARENTAL PARA AUTO-TRATAMIENTO

(A completar **solo** si el estudiante está autorizado a su auto-tratamiento por un proveedor de seguro médico autorizado.)

Autorizo y recomiendo el auto-tratamiento por parte de mi hijo/a para el procedimiento arriba mencionado. *También afirmo que él/ella ha sido informado por su médico principal sobre el método correcto de auto-tratamiento para el procedimiento prescrito. Indemnizaré y eximiré a la escuela, los agentes de la escuela, y la junta de educación ante cualquier reclamación de daños que pudiera surgir en relación al auto-tratamiento por parte de mi hijo del procedimiento(s) prescrito(s).*

Firma de los Padres _____ Fecha _____ Teléfono _____ Celular _____