



Enviar

ESTADO DE WASHINGTON

WASHINGTON STATE SCHOOL FOR THE BLIND

2214 E. 13th St. · Vancouver, Washington 98661-4120 · (360) 696-6321 · FAX # (360) 737-2120

Centro de Salud (360)947-3388 • FAX 833-606-1508

Consentimiento del tutor para el Centro de Salud

Este formulario debe ser completado al comienzo de cada año escolar para informarnos de cuáles son sus preferencias en cuanto a la atención médica de su hijo en la Escuela para Ciegos del Estado de Washington (WSSB, por sus siglas en inglés). Por favor, lea detenidamente cada sección y marque todas las casillas correspondientes. No deje ninguna sección en blanco.

TENGA EN CUENTA QUE: Las enfermeras de la WSSB no pueden administrar medicamentos recetados a los estudiantes sin que la hoja resumen de información del paciente del proveedor de atención médica autorizado esté debidamente completada y firmada.

Sexo asignado al nacer

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ M F FEC. DE NAC.: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

1. Información médica, tratamiento y comunicación

Table with 4 columns: Question, Sí, No, Comentarios. Rows include questions about student health, medical providers, emergency care, and dietary restrictions.

*Por favor, tenga en cuenta que, según el WAC 246-840-700, las enfermeras pueden ponerse en contacto con el proveedor de atención médica del estudiante según sea necesario para obtener y transmitir la información de salud necesaria para proporcionar servicios de atención médica a su estudiante.

Firma del TUTOR _____ Fecha: _____

2. Administración de medicamentos de venta sin receta

Por favor, tenga en cuenta que: Las enfermeras de la WSSB tienen una lista completa de medicamentos con recetas permanentes para administrar a los estudiantes. Sin una hoja resumen de información del paciente firmada, el paracetamol (Tylenol), el ibuprofeno (Motrin), la difenhidramina (Benadryl), los antiácidos y el jarabe para la tos son los únicos medicamentos de venta sin receta que se pueden administrar.

Table with 3 columns: Question, Sí, No. Rows include questions about medication administration and restrictions.

Por favor, anote los medicamentos que su estudiante NO PUEDE tomar:

Firma del TUTOR: _____ Fecha: _____

3. Medicamentos recetados y de venta sin receta de uso regular

	Sí	No
Mi estudiante tomará un medicamento recetado regularmente mientras esté en la WSSB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi estudiante tomará un medicamento recetado según sea necesario para una enfermedad específica mientras esté en la WSSB. (Los ejemplos incluyen medicamentos para la migraña).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi estudiante tomará un medicamento de venta sin receta regularmente mientras esté en la WSSB. (Por ejemplo: vitaminas, medicamentos para las alergias, cremas para el acné).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sírvase notar lo siguiente: Los medicamentos DEBEN ser proporcionados a las enfermeras de la WSSB en envases originales y debidamente etiquetados según el RCW 28A.210.260(6). No se aceptarán medicamentos en bolsitas, envases semanales de pastillas, etc. y no se permitirá que el estudiante resida en el campus hasta que se proporcionen los medicamentos debidamente etiquetados.

Firma del TUTOR Fecha: _____

4. Medicamentos - Otros asuntos

	Sí	No
Considero que mi estudiante es capaz de transportar sus medicamentos de forma segura en caso de que no haya un monitor disponible para el transporte. (Por ejemplo, estudiantes que vuelan a casa o toman el tren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me comprometo a informar al Centro de Salud de los medicamentos enviados, la cantidad y el motivo de los mismos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en el Programa de medicamentos autodirigido supervisado por enfermeras de la WSSB. Se puede solicitar más información sobre este programa al Centro de Salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo que el transporte de medicamentos se basa en la discreción de la enfermera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA WSSB

Como tutor legal de _____ solicito que los medicamentos sean administrados a mi hijo por un miembro del personal de la WSSB de acuerdo con las instrucciones de mi proveedor de atención médica autorizado. Los medicamentos se administrarán en la WSSB o en excursiones sancionadas por la WSSB. Notificaré a la escuela inmediatamente si cambio de proveedor de atención médica autorizado o si los medicamentos o las dosis cambian.

Estoy de acuerdo en proporcionar a las enfermeras de la WSSB los medicamentos recetados y de venta sin receta que estén debidamente etiquetados con la siguiente información: fecha, nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, razón por la que necesita el medicamento, cantidad (conteo) del medicamento que se proporciona, método de administración, hora a la que se debe administrar, efectos secundarios que se deben vigilar, firma del tutor y firma del proveedor de atención médica autorizado.

Entiendo que los medicamentos que no se proporcionen en los envases originales y debidamente etiquetados, no se le darán al estudiante. El estudiante no podrá residir en la WSSB hasta que los medicamentos sean proporcionados con el etiquetado apropiado.

Firma del TUTOR _____ Fecha: _____