

<b>Autorización de rescate en caso de crisis por insuficiencia suprarrenal</b> <b>Administración de medicamentos/Plan de acción en caso de Emergencia (PAE)</b> Según la ley UCA 53G-9-507 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Consejo de Educación del Estado de Utah			Fotografía
<b>Información del alumno</b>		Año escolar:	
Nombre del alumno:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Nombre de los padres:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Nombre del médico:	Teléfono:	Fax o correo electrónico:	
Nombre del enfermero escolar:	Teléfono de la escuela:	Fax o correo electrónico:	
Diagnóstico(s) médico(s):		Edad al momento del diagnóstico:	
<b>Plan de acción en caso de emergencia de una crisis por insuficiencia suprarrenal</b>			
Los alumnos con insuficiencia suprarrenal pueden necesitar un plan de la Sección 504 para acceder a su educación con las modificaciones necesarias.			
Historial médico:			
<b>Amarillo: Síntomas leves - Dosificación</b> <b>Si observa esto:</b>		<b>Acciones de intervención (medicamento oral)</b> <b>Haga esto:</b>	
Si el alumno presenta alguna señal o síntoma leve indicado a continuación: <input type="checkbox"/> Fiebre arriba de [ ] <input type="checkbox"/> Vómitos una vez, o [ ] veces. <input type="checkbox"/> Lesión grave (por ejemplo, fractura de huesos, lesión en la cabeza, accidente de automóvil o bicicleta). <input type="checkbox"/> Otros (especifique):		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llamar a los padres o tutor legal</li> <li>2. Suministrar [ ] tableta(s) de [ ] (hidrocortisona) (tabletas de 5 mg).</li> <li>3. Si se suministró debido a vómitos, ofrezca pequeños sorbos de agua, bebida enriquecida con electrolitos o agua mineral hasta que lleguen los padres.</li> <li>4. Completar la documentación requerida.</li> <li>5. Otros (especifique):</li> </ol>	
<b>Rojo: Síntomas graves - Dosificación</b> <b>Si observa esto:</b>		<b>Acciones de intervención (inyección)</b> <b>Haga esto:</b>	
Si los síntomas anteriores no se resuelven, o si los síntomas graves asociados con la insuficiencia suprarrenal empeoran repentinamente, incluyendo: <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento. <input type="checkbox"/> Vómitos más de una vez o [ ] veces. <input type="checkbox"/> Dolor intenso en la parte baja de la espalda, el abdomen o las piernas. <input type="checkbox"/> Alteración del estado de ánimo (por ejemplo, debilidad o cansancio excesivo, desorientación, confusión o dificultad para hablar). <input type="checkbox"/> Otros (especifique): <b>Una dosis de emergencia será necesaria para evitar que se produzca una crisis suprarrenal.</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llamar al 911.</li> <li>2. Llamar a los padres o tutor legal.</li> <li>3. Suministrar (nombre del medicamento y dosis) [ ] mg, por vía intramuscular en el músculo del muslo (sólo personal cualificado).</li> <li>4. Permanezca con el alumno.</li> <li>5. Completar la documentación requerida.</li> <li>6. Dé instrucciones de emergencia al equipo de socorro (si dispone de ellas).</li> <li>7. Otros (especifique):</li> </ol> <p><b>Suministre el medicamento lo antes posible; este es un tratamiento de auxilio inmediato.</b></p>	
<b>Plan de acción:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permita que el alumno siempre tenga acceso a agua o a una bebida enriquecida con electrolitos en la escuela.</li> <li>• Evitar el contacto entre el alumno y personas que se sepa que están enfermas o padecen de una infección. Si es necesario, cambiar de asiento.</li> <li>• Si el alumno presenta síntomas o se siente mal, envíelo a la oficina o a la enfermería acompañado de un adulto.</li> <li>• Avisar inmediatamente al enfermero y a los padres si el alumno está enfermo o lesionado. Si los padres no están disponibles, llame al 911.</li> </ul>			
<b>Consideraciones y precauciones especiales (para actividades escolares, excursiones, deportes, etc.):</b>			

Student name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

**Autorización de uso de medicamentos en caso de crisis por insuficiencia suprarrenal****Prescribing Healthcare Professional to Complete (MD, DO, APRN, PA as per 53G-9-507)**

Daily maintenance medication name: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

 Taken at home Taken at school. If taken at school, dose: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_**Yellow: Minor symptoms *stress dose* (Oral Medication)**

Name of medication:	Dose:	Instructions:

**Red: Severe symptoms *adrenal crisis* (Emergency injection)**

Name of medication:	Dose:	Instructions:

Additional orders:

 I certify that I have prescribed an adrenal crisis rescue medication for the above-named student.

Prescriber name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Prescriber signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Para completar por los padres o tutor legal (según 53G-9-507):** Sí  No Certifico que el proveedor de atención médica de mi alumno le ha recetado medicamentos para la insuficiencia suprarrenal. Sí  No Solicito que la escuela identifique y capacite a los empleados que estén dispuestos a ofrecerse como voluntarios para administrar medicamentos para la insuficiencia suprarrenal. Sí  No Autorizo a un empleado de la escuela capacitado para que administre los medicamentos para la insuficiencia suprarrenal.

Nombre de los padres o tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para compartir la información contenida en este plan de acción de emergencia a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que sean responsables por el bienestar de mi alumno y que necesiten saber esta información para proteger la salud y seguridad de mi alumno. También doy permiso al enfermero de la escuela para colaborar con el proveedor de atención médica de mi alumno.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**School nurse** Signed by prescriber and parent  Medication is appropriately labeled  Medication log generated

Person to administer adrenal crisis rescue medication:

 School nurse  Parent  School volunteer (specify): \_\_\_\_\_  Other (specify): \_\_\_\_\_

Attach volunteer(s) training documentation

Adrenal crisis rescue medication is kept:

 Classroom  Health office  Front office  Other (specify): \_\_\_\_\_

Adrenal Crisis EAP distributed to "Need-to-Know" staff:

 Teacher(s)  Front office/administration  Transportation  Other (specify): \_\_\_\_\_

School nurse signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_