



## INFORMACIÓN PARA LOS PADRES/GUARDIANES ACERCA DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Yo certifico que soy el padre, guardián legal, u otra personal en control legal de este estudiante. Yo solicito y autorizo a la escuela a administrar el medicamento recetado, como autorizado por RCW 28.A210.260-270 y RCW 18.71.030 (3). Esto incluye oral, inhalado, tópico, nasal, rectal, gotas de los ojos y los oídos que serán administradas por la escuela **solamente cuando sea absolutamente necesario**. Los empleados designados/entrenados administrarán este medicamento de acuerdo con las órdenes del proveedor de salud licenciado (LHCP).

Yo entiendo que el medicamento debe ser proveído en el **recipiente actual y original** de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y la cantidad que se debe dar. Los medicamentos no recetados deben estar en su recipiente original del fabricante. Todos los medicamentos deben estar en la forma lista para ser administrados y **no deben requerir** ninguna preparación por parte del personal. Si la dosis o el tiempo cambian, una nueva receta y recipiente será proporcionado.

Yo entiendo que es **mi** responsabilidad el traer y mantener un suministro adecuado del medicamento en la escuela.

Yo entiendo que las recetas de medicamento son válidas solamente para el año escolar actual (incluyendo la escuela de verano). Todo medicamento que queda al final del año escolar, y no es recogido inmediatamente después del último día de escuela, se desechará, con la excepción de los medicamentos de los estudiantes con año escolar extendido.

Si auto-administración es requerida (y aprobada por el director/enfermera), yo certifico que mi hijo/a tiene el nivel de habilidad necesario para hacerlo, y la escuela no asumirá responsabilidad/obligación por la administración del medicamento o su uso. El estudiante solo puede traer la dosis de un día de medicamento oral.

### ASTHMA ACTION PLAN

- Intermittent** has symptoms of wheezing and coughing no more than 2 days a week, with nighttime flare-ups twice a month or less. Outside to these few episodes, a student is free of symptoms.
- Mild** Symptoms occur more than twice a week but less than once a day, flare-ups may affect activity.
- Moderate** Symptoms occur daily, flare-ups usually last several days. Symptoms disrupt normal activities and make it difficult to sleep.
- Severe** Symptoms occur daily and often, also curtail the student's activities and disrupt sleep.

WARNING SIGNS OF AN ASTHMA ATTACK:	EMERGENCY RESCUE PLAN:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constant cough</li> <li>• Difficulty breathing with struggling or gasping for breath, or an audible wheeze with breathing</li> <li>• Stooped body posture</li> <li>• Trouble walking or talking, or stops playing and can't start activity again</li> <li>• Lips or fingernails are grey or blue (light complexion only)</li> <li>• _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remove student from known triggers, if possible.</li> <li>• Accompany student to health room</li> <li>• Give medication as prescribed:</li> <li>• Keep student sitting up and reassure student</li> <li>• Encourage student to drink warm fluids</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notify parent.</li> <li>• Call school nurse</li> <li>• If parents are unable to come within 10 min call 911</li> </ul>
If student is in severe distress	<b>Call 911.</b> Notify parent, principal and school nurse.