



Autorización para Administrar Tratamiento Médico Prescrito

Acuerdo de Liberación e Indemnización

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850

Formulario 525-12 de MCPS
Febrero 2019
Página 1 de 2

PARTE I: DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Por este medio solicito y autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) a que provea el tratamiento médico prescrito indicado por el médico/a certificado/a (Parte II, abajo). Yo acuerdo liberar, indemnizar y mantener indemnes de juicios, reclamos, demandas o acción en su contra a MCPS y a DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes, por proveer el tratamiento a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y DHHS estén siguiendo las órdenes del médico/a certificado/a, según está escrita en la Parte II. Soy consciente de que el tratamiento puede ser administrado por un funcionario, miembro del personal, empleado/a o agente de MCPS y/o DHHS que no es un/a profesional de la salud que ha sido capacitado/a por un/a profesional de la salud licenciado/a.

Nombre del/de la Estudiante: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Estudiante de MCPS # _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Nombre de la Escuela _____

Firma, Padre/Madre/Guardián _____ Teléfono ____-____-____ Fecha ____/____/____

PARTE II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO/A CERTIFICADO/A)

Entiendo que los tratamientos pueden ser administrados en MCPS por personas que no son profesionales de la salud. Estas personas pueden ser empleados/as de MCPS que han sido designados/as para administrar el tratamiento/s o el Técnico/a de DHHS en la Sala de Enfermería de la Escuela. Estas personas recibirán capacitación del Enfermero/a de la Comunidad Escolar (School Community Health Nurse-SCHN) para administrar el tratamiento específico.

Diagnóstico de Tratamiento _____

Frecuencia de administración (no se aceptan dosis no específicas, como por ejemplo cada 2 a 4 horas) _____

Si se debe administrar según lo necesario, especificar cuándo sería indicado (señales/síntomas) _____

Órdenes de tratamiento efectivas Ciclo escolar en curso Efectivas del ____/____/____ al ____/____/____

Posibles complicaciones y/o consideraciones particulares

Equipamiento necesario para el tratamiento, incluyendo cualquier cuidado y manejo especial

Síntomas/observaciones que deben ser reportados

Indique cualquier otra condición o condiciones y/o diagnóstico/s del/de la estudiante sobre el cual/los cuales el personal necesite tener conocimiento

Nombre del Médico/a Certificado/a (en letra de imprenta o usando un teclado) _____

Firma del Médico/a Certificado/a _____

Número de Teléfono ____-____-____ Fecha ____/____/____

PARTE III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL (DEBE SER COMPLETADA POR EL ENFERMERO/A DE LA COMUNIDAD ESCOLAR O EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA)

Parts I and II are complete, including signatures.

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN

"Tratamiento médico prescrito" no significa "servicios médicos" según se define en las regulaciones de la *Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act-IDEA)*, 34 C.F.R. Sección 300.13, y/o el *Código de Regulaciones de Maryland (Code of Maryland Regulations)*, 13A.05.01.02. **Este formulario es para ser utilizado en consulta con el Enfermero/a de la Comunidad Escolar (SCHN, por sus siglas en inglés) para tratamientos tales como: cateterismo urinario, traqueostomía, alimentación por gastrostomía y succión/aspiración oral. Estas son sólo ilustraciones de tratamientos típicos y no una lista que incluye todo. Consulte con el/la SCHN para más información.**

1. El padre/madre/guardián es responsable de obtener las instrucciones del médico/a certificado/a (Parte II) en este formulario, firmarlo (Parte I) y devolverlo a la escuela. Es solamente válido durante el ciclo escolar en el que fue firmado. Cada año se debe presentar un nuevo formulario, y también cada vez que haya un cambio en el tratamiento médico o en las condiciones bajo las cuales se suministra el tratamiento.
2. El director/a de la escuela **y/o** el Enfermero/a de la Comunidad Escolar se asegurará/n de que todo en el formulario haya sido completado. **Este formulario debe mantenerse archivado en la carpeta del expediente de salud del/de la estudiante.**
3. Es la responsabilidad del padre/madre/guardián suministrar el equipamiento necesario para proveer el tratamiento y mantener el equipamiento en buen funcionamiento. Además, es la responsabilidad del padre/madre/guardián recoger cualquier equipamiento provisto a más tardar una semana después de que haya finalizado el ciclo escolar.
4. No se administrarán tratamientos médicos en la escuela o durante actividades patrocinadas por la escuela sin la autorización y exención firmadas por el padre/madre/guardián y sin una declaración del médico/a certificado/a.
5. El Enfermero/a de la Comunidad Escolar llamará al médico/a certificado/a, según lo permite la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996-HIPPA)*, si se presenta cualquier pregunta sobre el/la estudiante y/o el tratamiento prescrito para el/la estudiante.