

Información para Padres sobre Procesos Médicos y de Medicina

El Distrito Escolar de Charleston ha establecido reglas (JLCD) identificando administración segura de medicinas y de procesos médicos realizados durante horas escolares. Ningún estudiante debe llevar medicina en la escuela excepto cuando el estudiante tenga permiso para hacerlo según el Plan de Cuidados de Salud Individualizados (Individualized Healthcare Plan) para controlar contra una condición que amenaza la vida del estudiante.

REGLAS GENERALES

Medicinas

1. Cuando sea posible, los padres deben dar las medicinas a sus niños durante horas antes o después del horario escolar. Cualquier medicina dada al estudiante durante el horario escolar, incluyendo medicinas no recetadas, deben ser acompañadas por el formulario completo con las instrucciones del doctor (*doctor's Order*) ya sea del médico o de un profesional de salud reconocido por el Departamento de Trabajo, Licencias y Reglas de Carolina del Sur (SC's Dept of Labor, Licensing, and Regulation) que autoriza para recetar medicinas. La parte del formulario que corresponde al padre o guardián legal también debe estar completada.
2. CCSD y sus empleados reservan el derecho de rehusar peticiones para administrar medicina que no sean consistentes con los estándares profesionales o que consideran peligrosos para el entorno escolar. Si esto ocurre, la alternativa es reunirse para discutir las necesidades del estudiante.
3. Peticiones de padres o apoderados para administrar productos medicinales alternativos/herbarios "sin-etiqueta" o medicinas usadas como investigación serán evaluadas individualmente.

Proceso

1. Proceso médico requiere recibo del formulario completo de las órdenes del doctor (*Doctor's Order*) y el equipo necesario para el procedimiento. La orden del doctor tiene que ser completado por un profesional de salud reconocido por el Departamento de Trabajo, Licencias y Reglas de Carolina del Sur que autoriza para realizar procedimientos médicos. La parte del formulario que corresponde al padre o guardián legal también debe estar completada.
2. La enfermera de la escuela, en consulta con los padres, doctor y estudiante, desarrollarán un plan de administración individualizado para el procedimiento médico.

RESPONSABILIDAD DEL PADRE

1. Entregar la Orden del Doctor junto con la medicina en el frasco original con la etiqueta de receta y/o el equipo apropiado para el procedimiento médico a la escuela.
2. Informar a la escuela sobre cualquier cambio en la condición de salud, procedimiento médico o de medicina del estudiante.
3. Actualizar los formularios del CCSD anualmente o cuando haya cualquier cambio en la medicina o en el procedimiento médico.
4. Recoger cualquier medicina que no haya sido usada o artículos médicos dentro de una semana de discontinuación o el último día escolar para estudiantes; si no lo hace las medicinas serán deshechadas.
5. Proveer no más de treinta (30) días de medicina a la escuela.
6. Sea responsable por la medicina/equipo hasta que sea recibido por el director de la escuela o persona designada.

RESPONSABILIDAD DE LA ESCUELA

1. Recibir y revisar el formulario completo de la Orden del Doctor junto con la medicina (con su etiqueta apropiada en el frasco original) y/o el equipo médico apropiado.
2. Ayudar a los estudiantes con la medicina o con la realización del procedimiento médico según las reglas JLCD del distrito escolar.
3. Comunicarse con los padres sobre cualquier problema relacionado con la administración de medicina o de procedimiento médico.
4. Destruir la medicina según las reglas una semana después de discontinuación de la medicina o a fines del año escolar si no son reclamados por los padres.

ADMINISTRANDOSE O MONITOREANDOSE LA MEDICINA A SÍ MISMO

Ciertos estudiantes con necesidades de cuidados especiales de salud pueden administrarse a sí mismos o monitorearse si cumplen con los siguientes requisitos:

1. La orden del doctor es completada con lo siguiente: nombre de medicina/procedimiento; dosis, hora y ruta por donde tomar la medicina; declaración del recetador legal que el estudiantes puede administrarse la medicina a sí mismo y/o monitorearse; firma del recetador legal; firma del padre o guardián legal.
2. Un Plan de Administración de Salud Individualizado ha sido desarrollado por la enfermera de la escuela con la recomendación del proveedor de salud del estudiante y el padre/guardián y el estudiante.
3. Documentación del proveedor de salud del estudiante indicando que el estudiante ha sido entrenado y que es capaz de monitorearse y de administrarse medicina a sí mismo.
4. El padre ha firmado el permiso de compartir la información con el proveedor de salud del estudiante y a los empleados de la escuela que tengan necesidad legítima.
5. Medicina es proveída en un recipiente llevando la etiqueta de receta apropiada.
6. Determinación que el estudiante puede monitorearse y administrarse la medicina a sí mismo y que no va a perjudicar la salud del estudiante o de otros.
7. Una declaración firmada por el padre/guardián legal indicando que el distrito escolar no será responsable legalmente si el niño se hace daño como resultado de monitorearse y administrarse la medicina a sí mismo. El padre/guardián legal no puede demandar al distrito escolar y a sus empleados o agentes por causas ocasionadas por el estudiante monitoreando o administrando la medicina a sí mismo.

Medication/Procedure Doctor's Orders

To Be Completed By Legal Prescriber

Name of Student: _____

Date of Birth: _____ School: _____

Diagnosis: _____

List any known drug allergies or other allergies: _____

Doctor's orders for medications or procedures to be administered or performed at school:

Name of Medication: _____ **Reason for Taking:** _____

Dosage: _____ **Route:** _____

Frequency/Time(s) to be given at school: _____

Date to begin medication/procedure: _____ **Stop date if not end of school year:** _____

Potential side effects/adverse reactions: _____

Comments or Special Instructions:

Legal Prescriber, print name/title

Signature of Legal Prescriber

Office phone #: _____

FAX #: _____

Date: _____

To Be Completed By Parent/Legal Guardian

I have read and understand the CCSD Medication/Procedure policy and give permission for my child to receive the above medication or have the above procedure performed as directed.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Home Telephone #: _____

Work Telephone # _____

This order is valid through the end of the school year and new doctor's orders are required at the start of each school year.