

Health Management Authorization Form

Page 2 – NOTE: Page 1 must be completed and accompany this form, as it contains required signatures for consent.

Student Name: _____ School: Ooltewah Elementary School _____ Date of Birth _____

Medications at School: (Note: pill counts required for all controlled medications; parent or employee witness necessary.)

| Name of Medication | Indication | Dosage | Route | Time | Side Effects |
|--------------------|------------|--------|-------|------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Individual Health Management Plans (IHP):

| | |
|---|---|
| <p>Asthma Self-Carry Inhaler: Yes ___ No ___ Signs: Short of breath, cough, vomiting, can't speak, bluish around lips, anxious, need to stand or lean forward, decreased consciousness. Other: _____ _____ Actions: Have student use inhaler. Encourage to deep breathe and relax. If symptoms resolve in _____ Minutes, student may return to class. If symptoms increase in severity, if no pulse or respirations present, or if level of consciousness decreases, Call 911 and start CPR if needed. Call parent. Other: _____ _____</p> | <p>Other Health Condition: _____ Signs: _____ Actions: _____ _____ _____ _____ Other: _____ _____ _____</p> |
| <p>Allergies Self-carry Treatment: Yes ___ No ___ Allergic to: _____ Hx of Anaphylaxis? _____ Signs: Wheezing, short of breath, hoarse, swelling of face or other area, bluish around lips. Other: _____ _____ Actions: Administer: _____ _____ If Epinephrine given, Call 911 Immediately. Call Parent. Other: _____ _____ _____</p> | <p>Seizures Signs: Stiffening or jerking of body parts; Lips/skin bluish color; Loss of bladder or bowel control; Unconsciousness; Other: _____ _____ Actions: Call for help; protect from injury; Loosen tight clothing; Administer: _____ Call 911 if: 1st seizure, different or prolonged seizure pattern, repeated seizure, no breathing or pulse (start CPR), or if Diastat given and: a) Administered by non-medical staff; b) Nursing judgment indicates medical emergency based on situation and assessment; c) Parent or MD requests 911 call with seizure. Other: _____ **Parents must notify school if Diastat is given within 8 hours before school** _____</p> |

PILL COUNTS (All controlled medications must be counted by the school nurse on receipt. A witness, either a parent or an HCDE employee, is required.)

| Medication | Dated Rec'd | Number Rec'd | Other | School Nurse Signature | Witness Signature |
|------------|-------------|--------------|-------|------------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MEDICATION DISPOSALS (All medications not picked up by parents will be disposed of by the school, as noted in the Board Medication Policy.)

| Medication | Amount Disposed | Signature | Date |
|------------|-----------------|-----------|------|
| | | | |
| | | | |

NOTES: _____

Formulario de Autorización para Gestión de la Salud

Página 2 – NOTA: La página 1 tiene que estar diligenciada y adjuntada a este formulario ya que contiene las firmas para consentimiento.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de Nacimiento _____

‡Medicamentos en la Escuela: (Nota: conteo de pastillas requerido para todo medicamento controlado; necesario testigo de padres o empleado.)

| Nombre del Medicamento | Indicación | Dosis | Ruta | Hora | Efectos Secundarios |
|------------------------|------------|-------|------|------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Planes de Gestión de Salud para Individuos (IHP en inglés):

| | |
|---|---|
| <p>Asma Señales: Falta de aliento, tos, vómito, no puede hablar, color azul alrededor de los labios, ansiedad, necesidad de ponerse de pie o inclinarse hacia adelante, disminución del estado de conciencia. Otro: _____</p> <p>Medidas: Haga que el estudiante use el inhalador. Anime a que respire profundo y se relaje. Si los síntomas desaparecen en _____ minutos, el estudiante podrá retornar a clase. Si los síntomas empeoran, si no hay pulso o respiración o si disminuye el nivel de conciencia, Llame al 911 y comience RCP si es necesario. Llame a los padres.</p> | <p>Otra Condición Médica: _____</p> <p>Señales: _____ Medidas: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Alergias Alérgico a: _____ ¿Ha sufrido de Anafilaxis? _____ Señales: Sibilancia, falta de aliento, ronquera, hinchazón de la cara u otra área, color azul alrededor de los labios. Otro: _____</p> <p>Medidas: Administrar: _____</p> <p>Si suministra Epinefrina, Llame Inmediatamente al 911. Llame a los padres. Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Convulsiones Señales: Rigidez o movimientos bruscos de partes del cuerpo; color azulado de los labios/piel; pérdida del control de esfínteres o intestino; pérdida del conocimiento; Otro: _____ Medidas: llame para ayuda; proteja de lesión; afloje ropa ajustada; Administrar: _____ Llame al 911 si: 1ª convulsión, patrón de convulsión diferente o prolongado, convulsiones repetidas, no hay pulso o respiración (comience RCP), o si suministra Diastat y: a) Administrado por personal no médico; b) el criterio de la enfermera indica emergencia médica basado en la situación y evaluación; c) Si los padres o médico solicitan llamada al 911 por convulsión. Otro: _____</p> |

CONTEO DE PASTILLAS (Todo medicamento controlado debe ser contado por la enfermera de la escuela al momento de recibirlos. Se requiere un testigo, bien sea el padre o un empleado de HCDE.)

| Medicamento | Fecha recibido | Número recibido | Otros | Firma Enfermera Escuela | Firma Testigo |
|-------------|----------------|-----------------|-------|-------------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DESECHO DE MEDICAMENTOS (Todo medicamento no recogido por los padres será desechado por la escuela, tal como está establecido por la Política sobre Medicamentos de la Junta.)

| Medicamento | Cantidad Desechada | Firma | Fecha |
|-------------|--------------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

NOTES:
