

**Autorización para implementar planes de tratamiento de salud**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Las escuelas y los contratistas del cuidado de niños (CCC, por sus siglas en inglés) deben obtener la autorización específica por escrito de los padres/tutores antes de que se pueda proporcionar cualquier tratamiento médico, lo que incluye la administración de medicamentos. Este consentimiento informado por escrito autoriza al personal capacitado de la escuela/CCC para implementar la orden médica. Cuando los padres/tutores autorizan un tratamiento médico para su hijo en la escuela/Centro de Cuidado de Niños en Edad Escolar (SACC), dicha autorización incluye el permiso para establecer comunicaciones adecuadas entre el profesional de la salud de la escuela y el médico en relación con el tratamiento específico ordenado. Los planes de tratamiento de salud que no estén firmados y fechados por el padre/tutor no se implementarán. Las comunicaciones basadas en las órdenes médicas generalmente incluyen lo siguiente:

- La receta del tratamiento en sí (p. ej., preguntas sobre la dosificación, método de administración, posibles interacciones farmacológicas);
- Implementación del tratamiento de salud en la escuela (p. ej., preguntas relacionadas con temas de seguridad, control de infecciones, problemas o modificaciones en la orden de tratamiento en relación con el entorno escolar o el programa académico del estudiante); y
- Resultados del tratamiento en los estudiantes (p. ej., preguntas sobre los efectos secundarios observados, posiblemente reacciones adversas, observación del comportamiento en el aula).

Yo/Nosotros estoy/estamos conscientes de que personal que no sea médico puede realizar el anterior procedimiento a mi hijo/a.

De conformidad con el artículo 22.1-274 del *Código de Virginia*, acepto lo siguiente:

No responsabilizaré a la Junta Escolar, a ninguno de sus empleados, ni al CCC de ningún resultado negativo resultante de la autoadministración de dicho medicamento de emergencia por parte del estudiante.

Tras la revisión y el acuerdo de la enfermera/o de la escuela, el CCC, el padre/tutor y el proveedor de atención médica, este Plan de Tratamiento de Salud permanecerá vigente hasta la fecha de renovación anual o hasta que el estado médico del estudiante requiera cambios.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor      Firma del padre/tutor      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la enfermera/o escolar      Firma de la enfermera/o escolar      Fecha

Personal de la escuela/CCC capacitado en el procedimiento de tratamiento:

Nombre en letra imprenta	Firma	Firma del Instructor	Fecha de la capacitación