



WILLIAM H. FARQUHAR MIDDLE SCHOOL

17017 Batchellors Forest Road • Olney, Maryland 20832

Phone: 240-740-1200 • Fax: 301-774-7505

Office of the Principal

Estimados padres/tutores:

Los maestros de sexto grado se complacen en anunciar que todos los estudiantes de sexto grado participarán en Educación al aire libre el 6 o el 7 de abril de 2022. La pregunta que continúa impulsando el aprendizaje durante la Educación al aire libre en este significativo Watershed Environmental Experience (MWEE) es, *¿cómo nuestras acciones y elecciones impactan la salud de nuestra cuenca local?* El MWEE es una unidad de aprendizaje basada en proyectos centrada en el medio ambiente que culmina en una acción de administración. Para el grado 6, el aprendizaje ocurre en el salón de clases y en Educación al aire libre, y la acción se convierte en el Aprendizaje del Servicio Estudiantil (SSL) de los estudiantes que es una parte requerida del plan de estudios de ciencias del Grado 6.

Información importante:

Fecha:

Apellido: A-L Miércoles 6 de abril de 2022 (Azul)

Apellido: M-Z Jueves 7 de abril de 2022 (Amarillo)

Horario: 9:45 am – 7:30 pm

Costo: \$0

Vestimenta:

- Botella de agua, Máscara
- Pantalones largos
- Zapatos cerrados
- Vestirse para estar afuera todo el día (consulte el pronóstico del tiempo)
- Cambio de calcetines/ropa

Coordinadores:

Sra. Kristina Mason – Kristina_D_Mason@mcpsmd.org

Sr. Matthew Green – Matthew_D_Green@mcpsmd.org

- El transporte de MCPS recogerá a los estudiantes en FMS y los llevará al Smith Center. Al final del día, los autobuses de MCPS llevarán a los estudiantes de regreso a FMS.
- **Los padres *deben* recoger a su estudiante de FMS a más tardar a las 7:30 p.**
- Las máscaras son obligatorias
- Se proporcionará almuerzo y cena (consulte el menú adjunto).
- A medida que ingresamos a la comunidad, se espera un comportamiento excelente. cualquier estudiante que reciba un total de tres o más rebotes de sus clases a partir del 23 de febrero de 2022.

POR FAVOR CORTE Y GUARDE ESTA PÁGINA PARA SUS ARCHIVOS – EL RESTO DEL PAQUETE DEBE SER FIRMADO Y ENTREGADO AL MAESTRO DEL PRIMER PERÍODO DE SU ESTUDIANTE

Menu for OE at the Smith Center

Lunch

- Hamburger (beef)
- Hotdog (turkey)
- French fries
- Fruit
- Milk or Water
- *Vegetarian option: Veggie Burger*

Dinner

- Spaghetti with meatballs
- Vegetable and/or Fruit
- Flatbread
- Milk or water
- *Vegetarian option: Spaghetti with marinara sauce*

Programa de Educación Ambiental al Aire Libre

Permiso del Padre/Madre/Guardián



Outdoor Environmental Education Programs
Office of Curriculum and Instructional Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN: Por favor llene este formulario y devuélvalo al maestro/a de su hijo/a. El maestro/a le entregará el formulario completado al/a la asistente de salud o al enfermero/a al llegar al centro de educación al aire libre.

Primer Nombre del/de la Estudiante _____ Apellido del/de la Estudiante _____ No. de Estudiante de MCPS _____

Nombre de Preferencia del/de la Estudiante/Nombre Elegido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección _____

Nombre de la Escuela _____

Fecha del Programa de Educación al Aire Libre (Outdoor Education Program): _____

Por favor marque todos los que apliquen:

Mi hijo tiene requisitos dietéticos especiales. Por favor liste: _____

Medicación prescrita:

Mi hijo toma medicamentos a diario durante el día escolar regular o según sea necesario y todo el papeleo y la información está archivada en la Sala de Salud de la escuela.

Mi hijo necesitará que se le administren medicamentos más allá del horario escolar regular mientras participa en esta excursión.

Se ha completado el formulario MCPS 525-13 (al menos una semana antes de la excursión) y está archivado en la Sala de Salud de la escuela de mi hijo. Nota: prescripción el medicamento debe estar debidamente etiquetado por un farmacéutico, la etiqueta del medicamento y la orden del prescriptor autorizado deben ser los medicamentos consistentes y de venta libre deben estar en un recipiente original con la dosis del fabricante etiqueta y sello de seguridad intactos. Consulte los formulario 525-13 para obtener más detalles.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA*

Teléfono de la Casa del Padre/Madre/Guardián _____ - _____ - _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

Trabajo _____ - _____ - _____ Celular _____ - _____ - _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____

Trabajo _____ - _____ - _____ Celular _____ - _____ - _____

Contacto en Caso de Emergencia _____

Teléfono del Contacto de Emergencia _____ - _____ - _____

Contacto en Caso de Emergencia _____

Teléfono del Contacto de Emergencia _____ - _____ - _____

*Esta información de contacto para casos de emergencia que se exige es SOLAMENTE para esta actividad del Programa de Educación al Aire Libre. Si usted necesita actualizar la información de contacto para casos de emergencia de su hijo/a, por favor comuníquese con la escuela de su hijo/a.

Verifique si su hijo/a está sirviendo como estudiante asistente en la escuela secundaria, y escriba el nombre de la escuela a la que él/ella asiste: _____

Autorizo a que mi hijo/a participe en el programa de educación al aire libre descrito en la carta adjunta, que declaro haber leído. En caso de que no me puedan localizar en una emergencia, por este medio autorizo al personal del centro de educación al aire libre a que asegure el tratamiento adecuado para mi hijo/a.

Nombre del Padre/Madre/Guardián (en letra de imprenta/molde, por favor) _____

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

Por favor,
firme abajo.



Autorización del Padre/Madre/Guardián para Viajes

MCPS Provee Transporte

Office of School Support and Improvement
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 555-6
Julio 2018

PARTE I: Debe Ser Completada por el Patrocinador del Viaje

Escuela William H. Farquhar MS - 507 Nivel de Grado/Grupo 6th Grade
 Fecha/s del Viaje April 6th/7th De 9:45 a.m./p.m. A 7:30 a.m./p.m.
 Lugar del Viaje (incluir ciudad y estado) 5100 Meadows Lane Rockville MD 20855
 Coordinación de Transporte: Autobús de MCPS Costo para el/la Estudiante \$ 0.00
 Propósito del Viaje Outdoor Education
 Patrocinador de Personal Escolar Kristina Mason, Matthew Green Fecha 2 / 16 / 22
 El/la estudiante nombrado/a más abajo puede ser excusado/a de participar en la actividad descrita arriba.
 Firma del Director/a de la Escuela [Signature] Fecha 2 / 16 / 22

PARTE II: Debe Ser Completada por el Padre/Madre/Guardián o por el/la Estudiante Elegible

A. Responsabilidad Financiera del Padre/Madre/Guardián

Montgomery County Public Schools (MCPS) desea que usted conozca su responsabilidad financiera en las excursiones escolares.

Costo—Dependiendo del viaje, el costo podría incluir transporte, boleto o costo de entrada, comidas, hotel y/o tarifa de la compañía de viajes.

Pago—El pago puede efectuarse mediante cheque girado a nombre de la escuela; en efectivo; o, si estuviese disponible, a través de un sistema de pago en línea. Sin embargo, se recomienda que usted no envíe dinero en efectivo a la escuela con su hijo/a. Un cheque devuelto por el banco por cualquier motivo está sujeto a un cargo de \$25.00 por devolución de cheque. Por favor póngase en contacto con el consejero/a escolar o con un administrador/a escolar para coordinar opciones alternativas de pago. Hay becas, tarifas reducidas o planes de pago modificados disponibles, si el costo de la excursión escolar representase un problema para su familia.

Demora, Cambio o Cancelación—A veces es necesario postergar, cambiar o hasta cancelar un viaje por razones de seguridad, mal tiempo o por otras razones. A veces, cuando un viaje se cancela, se cambia o se posterga, hay tarifas de cancelación u otros pagos que se han efectuado anticipadamente y que MCPS no puede recuperar. Por ejemplo, podrían haber reservas de transporte, boletos que han sido adquiridos o tarifas pagadas a un agente de viajes. No es siempre posible un reembolso, pero haremos todo lo posible por reembolsar la totalidad o parte de su pago.

Costo Adicional—Si un viaje se posterga, es interrumpido o se cambia una vez comenzado, y eso hace que los estudiantes deban permanecer fuera de sus hogares y de la escuela por más tiempo del anticipado por razones de seguridad o por otras razones, podría haber costos adicionales por cosas tales como comida, alojamiento y transporte adicional o alternativo. Si esto ocurriese, haremos todo lo posible por mantener los costos al mínimo, pero usted será responsable de pagar estos gastos adicionales para su hijo/a o hijos.

B. Medicamentos Recetados

El personal de la escuela, cuando sea absolutamente necesario, administrará medicamentos a los estudiantes durante la jornada escolar y mientras participan en excursiones escolares que requieran estancia durante la noche, si el padre/madre/guardián ha completado el Formulario 525-13 de MCPS, *Autorización para Suministro de Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización*, y/o el Formulario 525-14 de MCPS, *Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*.

Mi hijo/a necesitará que se le administre un medicamento mientras participa en esta excursión escolar. El Formulario 525-13 de MCPS y/o el Formulario 525-14 de MCPS ha/n sido completado/s (por lo menos una semana antes del día de la excursión) y está/n archivado/s en la Sala de Enfermería de la escuela de mi hijo/a. *Nota:* Los medicamentos recetados deben tener la etiqueta correspondiente en el envase expedido por un farmacéutico, la etiqueta del medicamento y la orden del médico deben coincidir y los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original con la etiqueta de dosis expedida por el fabricante y el sello de seguridad intactos. Vea los Formularios 525-13 y/o 525-14 para más detalles.

C. Información sobre el Seguro de Viajes

El seguro de viajes podría ayudar a cubrir costos si el viaje se cancela, se posterga o se interrumpe, o si su hijo/a no puede viajar por razones tales como enfermedad. El costo del seguro de viajes varía dependiendo de la compañía y el plan que usted elija. Tenga presente, sin embargo, que las compañías de seguro de viajes no cubrirán un viaje que sea cancelado por la escuela como precaución. A menos que la escuela haya hecho arreglos para incluir un seguro grupal en el costo de la excursión escolar, la decisión de si debería o no usted adquirir seguro de viajes es suya. Si usted desea comprar seguro de viajes, deberá organizarlo y pagar el costo.

Nombre del/de la Estudiante _____ Maestro/a _____

Autorizo a que mi hijo/a participe en la actividad descrita arriba.

NO autorizo a que mi hijo/a participe en la actividad descrita arriba.

Quisiera ser voluntario/a acompañante durante esta excursión escolar.*

**Por favor tenga en cuenta que todos los voluntarios deben completar la capacitación en línea sobre cómo prevenir, reconocer y denunciar abuso y negligencia infantil. Los voluntarios para excursiones escolares de jornadas prolongadas (regresando después de las 7:00 p.m.), y aquellas que requieran estancia por la noche también deben someterse a una prueba de sus huellas digitales y una investigación de antecedentes penales.*

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____ Teléfono _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____/_____/_____

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE EDUCACIÓN AL AIRE LIBRE

Si su hijo necesita recibir medicamentos mientras está en Outdoor Ed, el Formulario de autorización de medicamentos debe completarse y enviarse con el medicamento a Farquhar MS Health Room antes **del 11 de marzo de 2022**.

Formulario de autorización de medicamentos (525-13) y Formulario de autorización de EpiPen (525 -14) se adjuntan o pueden descargar el formulario de los sitios web de Farquhar o MCPS.

Tenga en cuenta: El PADRE debe traer el medicamento a la Sala de Salud. No podemos aceptar medicamentos de un estudiante.

1. **MEDICAMENTOS RECETADOS:** El padre debe firmar y completar la Parte 1 del Formulario de Autorización de Medicamentos. Pídale al médico que complete la Parte 2 del formulario. Lleve el formulario firmado y el envase del medicamento original con la etiqueta de la farmacia (con la cantidad de dosis necesarias) a la sala de salud.

2. **MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE:** Un padre completa y firma las partes 1 y 2 del formulario. Lleve el formulario firmado y el envase del medicamento cerrado/sellado a la sala de salud.

3. **MEDICAMENTOS AUTOADMINISTRADOS:** Los estudiantes que traigan inhaladores o EpiPen a Educación al aire libre y que los lleven solos deben tener el dispositivo con ellos en el autobús en una mochila, riñonera o bolso con cordón. Necesitamos una orden de autotransporte firmada por el médico.

Si desea que le devuelvan el medicamento, consígalo de la enfermera cuando su hijo regrese de Outdoor Ed o dentro de la semana siguiente. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo o con la Sala de Salud.

Harriet Caplan RN SCHN
Farquhar MS Health Room 240-740-1205
Harriet_L_Caplan@mcpsmd.org

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS - PADRES/TUTORES

- En la sección "Fechas de vigencia" en la Parte 2, indique 'ED AL AIRE LIBRE', no las fechas reales.
- Escriba Grupo 1 o Grupo 2 en la parte superior del formulario de medicamentos.
- Indique cualquier alergia o problema de salud en el formulario de autorización.
- Los medicamentos de venta libre deben estar en un PAQUETE NUEVO SIN ABRIR.
- Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente con la etiqueta de la farmacia. Su farmacia puede darle un frasco vacío con una etiqueta si lo solicita.
- **NO SE PUEDEN EMPACAR MEDICAMENTOS EN LAS MOCHILAS DE LOS ESTUDIANTES.** Esto incluye Tylenol, Advil, medicamentos para el resfriado, etc. Lo retiraremos si lo encontramos.
- Si su hijo lleva un inhalador o EpiPen, aún necesita un formulario de medicamentos del médico. Podemos usar órdenes en la Sala de Salud.
- Si desea que su hijo tenga un analgésico (de venta libre), debe proporcionarlo. No hay medicamentos en Smith Center aparte de los que usted envía para su hijo.
- Si va a enviar un analgésico, simplemente escriba 'DOLOR' en la sección de diagnóstico de la Parte 2 del formulario del medicamento, a menos que solo desee que se lo administren para un dolor específico.
- Complete la Parte 1 y la Parte 2 (donde dice médico) en el formulario de Medicamentos, incluso para medicamentos de venta libre.
- Cada medicamento necesita un formulario separado.
- Si ya tiene un pedido y/o medicamentos en la Sala de Salud, podemos enviarlos a Outdoor Ed.



Autorización para Administrar Medicamento Recetado

Acuerdo de Liberación e Indemnización

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

Formulario 525-13 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 suministren el medicamento recetado, según lo indicado por un médico/a certificado/a (Parte II, abajo). Acuerdo liberar, indemnizar y mantener indemnes de juicios, demandas de reclamos o acciones en su contra a MCPS y a DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes por suministrar un medicamento recetado a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS estén siguiendo la orden del médico/a certificado/a según está escrita en la Parte II, abajo. He leído los procedimientos detallados al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades, según se exige.

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

Primer Nombre _____

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

Prescripción: Renovación Nueva Si es nueva, la dosis completa del primer día fue dada en el hogar en fecha: ____/____/____

Enumere todos los medicamentos que el/la estudiante esté tomando, incluyendo medicamentos de venta libre: _____

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

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

DHHS and MCPS discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication (trade name or generic): _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) to be given at school: _____
Ranges not accepted (i.e., 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)

Route of Administration: _____

Medication orders effective Current school year, **OR** Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify when indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

Authorized Prescriber's Name (print/type) _____ Phone ____-____-____ Date ____/____/____

Authorized Prescriber Signature _____

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and epinephrine auto-injectors must be authorized by the authorized prescriber and be approved by the school nurse according to the Maryland State School Health Services Guidelines.

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

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)

Check as appropriate:

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and authorized prescriber order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

____/____/____ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

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

INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. El auto-inyector de epinefrina recetado por el médico/a certificado/a NO SERÁ ADMINISTRADO EN LA ESCUELA O DURANTE actividades patrocinadas DURANTE EL HORARIO ESCOLAR sin la autorización y exención firmadas por el padre/madre/guardián y sin la orden/autorización del médico/a certificado/a para estudiantes con un diagnóstico comprobado de anafilaxia.
2. Este formulario debe mantenerse archivado en la carpeta del expediente de salud del/de la estudiante. El padre/madre/guardián es responsable de obtener la orden/autorización del médico/a certificado/a. (Vea la Parte II.) El director/a de la escuela y/o el enfermero/a escolar se asegurará/n de que todo en el formulario haya sido completado.
3. El padre/madre/guardián es responsable de presentar un nuevo formulario a la escuela en cada ciclo escolar y siempre que haya algún cambio en la dosis o un cambio en las condiciones bajo las cuales se deba administrar el auto-inyector de epinefrina.
4. El médico/a certificado/a puede usar papel con el nombre de su oficina o un talonario de recetas médicas en vez de completar la Parte II. La información necesaria incluye: nombre del/de la estudiante, alérgeno para el cual se ha recetado el auto-inyector de epinefrina, cantidad de epinefrina pre-medida, orden para repetir la dosis si se considerase necesario, firma del médico/a certificado/a y fecha.
5. El medicamento debe tener la etiqueta original de la farmacia y debe coincidir con la orden del médico/a certificado/a. Si las órdenes del médico/a certificado/a incluyen repetir el auto-inyector de epinefrina, el padre/madre/guardián deberá proveer un auto-inyector de epinefrina adicional.
6. El medicamento debe ser entregado personalmente a la escuela por el padre/madre/guardián o, bajo circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/madre/guardián. Bajo ninguna circunstancia deberá el enfermero/a escolar, el técnico/a de la sala de enfermería de la escuela o el personal de la escuela (MCPS) administrar medicamentos que hayan sido traídos a la escuela por el/la estudiante.
7. Todos los medicamentos que se guarden en la escuela serán almacenados en un área segura accesible solamente al personal autorizado.
8. El padre/madre/guardián es responsable de recoger cualquier parte sin usar de un medicamento dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden del médico/a certificado/a o al finalizar el ciclo escolar. Todo medicamento que no sea recogido dentro de ese lapso de tiempo será desechado.
9. En ningún caso puede el enfermero/a escolar, el técnico/a de la enfermería escolar o el personal (MCPS) de la escuela administrar epinefrina a un/a estudiante que haya sido identificado/a como sujeto a reacción anafiláctica fuera del marco de los procedimientos detallados arriba.
10. Se necesita una orden del médico/a certificado/a y el permiso del padre/madre/guardián para poder portar/auto-administrar medicamentos de emergencia, tales como un auto-inyector de epinefrina para anafilaxia. El enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del/de la estudiante de auto-administrar el medicamento. Es imprescindible que el/la estudiante entienda la necesidad de informar al personal de salud o al personal de MCPS que él/ella se ha auto-administrado un auto-inyector de epinefrina, para que así se pueda llamar al 911.
11. El enfermero/a escolar llamará al médico/a certificado/a, según lo permite la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act–HIPPA)*, si surge cualquier pregunta sobre el/la estudiante y/o el medicamento del/de la estudiante.
12. Use el Formulario 525-13 de MCPS, *Autorización para Administrar Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización*, para todos los demás medicamentos recetados.

Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia

Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina

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

Formulario 525-14 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 administren un auto-inyector de epinefrina según lo indicado por el médico/a certificado/a (Parte II, abajo). Acuerdo liberar, indemnizar y mantener indemnes de juicios, demandas de reclamos o acciones en su contra a MCPS y a DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes por administrar un medicamento recetado a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS estén siguiendo la orden del médico/a certificado/a según está escrita en la Parte II. Soy consciente de que la inyección puede ser administrada por un miembro del personal capacitado, no certificado. He leído los procedimientos detallados al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades, como se exige.

Entiendo que siempre que se administre un auto-inyector de epinefrina, se llamará a la patrulla de rescate (911), manifieste o no el/la estudiante algún síntoma de anafilaxia.

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)

In accordance with Maryland State Regulations, the epinephrine auto-injector may be administered by unlicensed staff (DHHS School Health Room Technician (SHRT) or MCPS employee) that are trained by the School Community Health Nurse (SCHN). Unlicensed staff are **not** allowed to wait for the appearance and observe for the development of symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

- Name of medication:** epinephrine auto-injector
NOTE: *Epinephrine auto-injector will not be accepted for the management of asthma.*
- Diagnosis:** Anaphylaxis/Severe allergic reaction to: _____
- Dosage of medication:** Check (✓) one: epinephrine auto-injector 0.15 mg. epinephrine auto-injector 0.3 mg.
- Repeat dose in 10 minutes if rescue squad has not arrived.* Yes No
*NOTE: *For repeat dose, a second epinephrine auto-injector must be ordered and brought to school.*
- Time to be given at school: PRN. Check (✓) all that apply:**
 Sting by bees, wasps, hornets, yellow jackets
 Ingestion of (specify): _____
 If other known or unknown allergen(s) (explain): _____
- Route of administration for epinephrine auto-injector:** Intramuscularly (IM) into anterolateral aspect of the thigh.
- Side effects:** Palpitations, rapid heart rate, sweating, nausea and vomiting: _____

THIS MEDICATION AUTHORIZATION IS EFFECTIVE Current school year, or Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Authorized Prescriber _____
Name—Print or Type Phone Number Original Signature, Authorized Prescriber Date

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION: AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to Maryland State School Health Services Guidelines.

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication:

Signature, Authorized Prescriber _____ Date ____/____/____

SCHN approval for self-carry/self-administration of emergency medication:

Reviewed by: Signature, SCHN _____ Date ____/____/____

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

Parts I and II are complete, including signatures. It is acceptable if all items in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form.

Medication properly labeled by a pharmacist. **Epinephrine auto-injectors** received: 1 injector 2 injectors

Reviewed by: Signature, SCHN/Principal _____ Date ____/____/____

INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. No se administrará ningún medicamento en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela sin la autorización escrita del padre/madre/guardián y sin una orden escrita del médico/a certificado/a. Esto incluye tanto medicamentos recetados como medicamentos de venta libre.
2. Este formulario debe ser completado para administrar medicamentos en la escuela. Para los auto-inyectores de epinefrina, se prefiere que se complete el Formulario 525-14 de MCPS, *Cuidados de Emergencia para la Atención de Un/a Estudiante con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación de Responsabilidad e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*.
3. El padre/madre/guardián es responsable de completar la Parte I y de obtener la declaración del médico/a certificado/a en la Parte II. Esto es obligatorio en cada ciclo escolar por cada nueva orden o continuación de una orden o si hay algún cambio en la dosis o en el horario de administración durante el ciclo escolar. (El médico/a certificado/a puede usar papel con el nombre de su oficina o un talonario de recetas médicas en vez de completar la Parte II.) La información necesaria incluye: nombre del/de la estudiante, diagnóstico, nombre del medicamento, dosis, horario de administración, vía de administración, duración de la orden del medicamento, posibles efectos secundarios, firma del médico/a certificado/a y fecha.
4. El medicamento debe ser entregado a la escuela por el padre/madre/guardián o, bajo circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/madre/guardián. Bajo ninguna circunstancia administrarán el personal de salud escolar (DHHS) o el personal de la escuela (MCPS) medicamentos que hayan sido traídos a la escuela por el/la estudiante.
5. Todos los medicamentos recetados deben estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original con la etiqueta de la dosis indicada por el fabricante y con el sello de seguridad intacto. Las muestras de medicamentos proporcionadas por un médico/a certificado/a deben estar debidamente identificadas con una etiqueta del médico/a certificado/a.
6. La dosis completa del primer día de cualquier nuevo medicamento para casos que no sean de emergencia debe haber sido administrada en el hogar antes de que se pueda administrar en la escuela.
7. El padre/madre/guardián es responsable de recoger cualquier parte sin usar de un medicamento dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden del médico/a certificado/a o al finalizar el ciclo escolar. Todo medicamento que no sea recogido dentro de ese lapso de tiempo será desechado.
8. Los medicamentos de auto-administración y/o medicamentos sin prescripción médica son totalmente la responsabilidad del padre/madre/guardián y no la responsabilidad de MCPS o DHHS. Los medicamentos que no estén acompañados de una orden de un médico/a certificado/a y con consentimiento del padre/madre/guardián no serán almacenados en la enfermería de la escuela.
9. Los estudiantes no pueden auto-administrarse sustancias controladas.
10. Se necesita una orden del médico/a certificado/a y el permiso del padre/madre/guardián para poder portar/auto-administrar medicamentos de emergencia, tales como un inhalador para asma o un auto-inyector de epinefrina para anafilaxia. **El enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del/de la estudiante de auto-administrar el medicamento. Es imprescindible que el/la estudiante entienda la necesidad de informar al personal de salud o al personal de MCPS que él/ella se ha auto-administrado su inhalador sin percibir ninguna mejora o que se ha auto-administrado un auto-inyector de epinefrina, para que así se pueda llamar al 911.**
11. El enfermero/a escolar llamará al médico/a certificado/a según lo permite la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPPA)*, si surge cualquier pregunta sobre el/la estudiante y/o el medicamento del/de la la estudiante.