

ESTUDIANTES

Servicios de salud y requerimientos para los estudiantes

Lineamientos para que el Personal de la Escuela ponga en práctica el Procedimiento para el Tratamiento Médico o los Procedimientos para Tratamiento en Caso de Emergencia en el Ambiente Escolar

Los servicios médicos, salvo la evaluación realizada durante el proceso de determinación de elegibilidad para servicios de educación especial, no deberá ser responsabilidad de la división escolar. Los servicios médicos se definen como los servicios prestados por o bajo la dirección de un médico y la asignación de un/a enfermero/a para atención individualizada. Los procedimientos para tratamiento médico (HTP) y los procedimientos para tratamiento en caso de emergencia se identifican como servicios relacionados con la salud que pueden administrarse por parte de un integrante capacitado de la familia o personal capacitado de la escuela. Cualquier procedimiento ligado a una afección de un menor que requiera que el personal de la escuela lo realice en la escuela debe contar con órdenes de HTP por escrito para el tratamiento especificado.

Los procedimientos de tratamiento médico son los servicios de salud que de forma rutinaria requiere un estudiante con una afección, usualmente a diario, con el fin de que se le mantenga en el entorno escolar, por ejemplo, cateterismo. Los procedimientos de tratamiento en caso de emergencia son servicios de salud que puede necesitar un estudiante que padece una afección solamente una vez cada mucho tiempo, o posiblemente nunca, en respuesta a un evento inusual relacionado con tal afección; es decir, re inserción de sonda de gastrostomía y reacción alérgica a ciertos alimentos. Es responsabilidad del padre de familia/tutor proporcionar todos los insumos necesarios para realizar el procedimiento médico del estudiante. Si la instrucción del proveedor de servicios de salud es vaga o no queda clara, es posible que el/la enfermero/a de la escuela deba intercambiar información con él para fines aclaratorios. (Consulte el Anexo IV, de ser necesario.)

I. Plan de tratamiento en caso de emergencia

- A. La solicitud para un plan de tratamiento en caso de emergencia deberá realizarla la escuela al enterarse de que un estudiante padece una afección que podría requerir una respuesta para la que se necesite capacitación del personal.
- B. El padre de familia deberá conseguir el plan de tratamiento en caso de emergencia con el médico del menor, en donde se deberá especificar 1) posibles emergencias debido a una afección específica 2) respuesta apropiada y 3) capacitación, de ser necesario. El padre de familia y el médico deben firmar el plan de tratamiento en caso de emergencia (vea el Anexo I).
- C. Cualquier re inserción de sondas de gastrostomía o de traqueotomía debe realizarla únicamente un/a enfermero/a registrado o que cuente con licencia para ejercer.

- D. El plan de tratamiento en caso de emergencia deberá revisarlo el Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela.
- E. Tres miembros del personal deberán recibir capacitación en el procedimiento impartida por profesionales apropiados. Miembros capacitados del personal deberán firmar el plan de tratamiento en caso de emergencia.
- F. El plan de tratamiento en caso de emergencia deberá activarse el momento en que se le necesite y se deberá revisar por lo menos anualmente.

II. Procedimiento de tratamiento médico

Siempre que un procedimiento de tratamiento médico se pueda administrar apropiadamente a un menor en otro horario que no sea durante el día escolar, no se deberá solicitar a la división escolar que lo administre.

Las recomendaciones relacionadas con la idoneidad de cualquier procedimiento de tratamiento médico para que lo administre personal de la escuela deberán revisarse los Servicios de Salud de la Escuela, cuando sea necesario. No debe implementarse acción alguna en un procedimiento de tratamiento sino hasta que el Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela revise minuciosamente las recomendaciones escritas. Todos los HTP deberán revisarse por lo menos cada año y, cuando suceda la revisión por parte del/de la enfermero/a de la escuela, los padres de familia y el médico, los HTP -salvo para asma, diabetes, acción alérgica y convulsiones- pueden permanecer vigentes durante años consecutivos. El/la enfermero/a deberá solicitar un nuevo HTP, si hay algún cambio en la situación médica del estudiante durante el año escolar. Todos los HTP nuevos los debe revisar y aprobar el Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela.

Las solicitudes de renovación de autorizaciones anteriormente aprobadas deberán enviarse a Servicios de Salud en la Escuela no después del 1 de agosto de cada año escolar.

Se deben acatar los siguientes procedimientos siempre que se requiera un procedimiento de tratamiento médico:

- A. En el expediente debe haber una copia de la autorización del médico para un procedimiento de tratamiento médico y los lineamientos a seguir (vea Anexo II). Una autorización mecanografiada con la firma del o de los médicos con licencia para ejercer deberá incluir:
 - 1. Nombre del procedimiento de tratamiento en términos claros que no lleve abreviaturas en lo absoluto.
 - 2. Motivo(s) del procedimiento de tratamiento.

3. Capacidades necesarias en los miembros del personal que administra el procedimiento de tratamiento.
 4. Equipo e insumos necesarios para el procedimiento de tratamiento que deberá suministrar el padre de familia.
 5. Procedimientos exactos a seguir en el entorno escolar, incluidos los intervalos entre las aplicaciones del o de los tratamientos.
 6. Afección (afecciones)/síntoma(s) exacto(s) que hacen necesario repetir el o los tratamientos.
 7. Precauciones/contraindicaciones antes, durante y después del tratamiento.
 8. Problemas que pueden surgir y procedimientos en caso de emergencia a seguir.
 9. Equipo e insumos necesarios para el tratamiento.
 10. La fuente de la capacitación y asesoramiento continuo a proporcionar a los miembros del personal según lo autorice el médico.
- B. El permiso para continuar con cualquier procedimiento de tratamiento médico debe otorgarse solamente al realizarse lo siguiente:
1. El padre de familia/tutor realiza una solicitud anual por escrito al Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela. La autorización del médico deberá adjuntarse con la solicitud.
 2. Al recibir la solicitud, el Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela deberá revisar el plan para determinar si el procedimiento de tratamiento médico califica como servicios de tratamiento médico que las Escuelas Públicas del Condado de Prince William estarían obligadas a proveer. La aprobación o la denegación deberá enviarse al administrador de la escuela después de la revisión.
 3. Una vez aprobado, el padre de familia/tutor deberá firmar una declaración ante la presencia de un designado que asigne el Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela, donde se le autorice al personal de la escuela apropiado el almacenamiento de los insumos para el tratamiento y la ejecución del plan de tratamiento, según se detalla en la autorización del médico, lo que incluye la o las sesiones de capacitación.

4. El padre de familia deberá proveer todo el equipo y los insumos para el tratamiento. Cuando sea apropiado, todos los insumos deberán sellarse en un recipiente debidamente fechado por el médico o el farmacéutico autorizado para ejercer.
 5. Siempre que el equipo y los insumos para el tratamiento requieran limpieza o esterilización, los procesos deberán realizarse en casa.
- C. Cuando un médico autorice la administración de un tratamiento médico que se deba administrar por parte de personal de la escuela, deberán seguirse los siguientes procedimientos:
1. Un mínimo de tres personas en el edificio deberán aprender el procedimiento de tratamiento médico según se designe en la autorización del médico. Lo anterior es para garantizar que por lo menos una persona tenga conocimientos en cómo realizar el procedimiento del tratamiento médico y que estará en el edificio durante el horario escolar. Se recomienda además que la o las personas que trabajen directamente con cualquier estudiante que presente deficiencia cardiovascular estén certificadas en resucitación cardiopulmonar (CPR) en nivel básico. Los conductores y asistentes de buses escolares también deberán contar con la capacitación apropiada.
 2. Todas las personas que administran tratamientos médicos deberán estar capacitadas según lo indica(n) el o los médicos. Las sesiones de capacitación para el aprendizaje del procedimiento de tratamiento autorizado se pueden grabar en video y conservarse como parte del expediente confidencial del menor, si se recibe permiso del padre de familia. Se deberá utilizar una lista de comprobación de destrezas específicas para documentar la capacitación para cada miembro del personal capacitado y esta deberá mantenerse en el expediente en la escuela.
 3. Deberá usarse un registro de tratamientos/procedimientos para documentar todos los tratamientos/procedimientos médicos realizados en el entorno de la escuela (vea el Anexo III).
 4. El padre de familia/tutor ha suministrado a la escuela todo el equipo y las dosis previamente envasadas/empackadas y previamente medidas de todos los medicamentos necesarios para que se administren como parte del tratamiento médico.
 5. El padre de familia/tutor ha asumido la responsabilidad de la limpieza o esterilización del equipo y de los insumos del tratamiento. Este proceso se realizará fuera del entorno de la escuela.

6. En caso de que sea necesario que el médico con licencia para ejercer realice algún ajuste en el o los procedimientos del tratamiento médico, el padre de familia/tutor se deberá avisar por escrito al administrador del edificio y al Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela. La nueva autorización del médico deberá adjuntarse a la solicitud escrita del padre de familia. Todos los cambios deberán estar sujetos a aprobación y acatar los procedimientos detallados en esta regulación. Al recibir la aprobación, entonces deberá instruirse al personal de la escuela responsable del procedimiento de tratamiento médico acerca de todos los cambios.
 7. Siempre que se autorice más de un medicamento o procedimiento de tratamiento, el o los médicos con licencia para ejercer, el o los médicos con licencia para ejercer deberá/n especificar el orden en el que se deberán administrar el o los medicamentos o planes de tratamiento.
- D. Los menores con enfermedades infecciosas o contagiosas deberán, de acuerdo con la Política 728 de la Junta Escolar del Condado de Prince William y el Código de Virginia, sección 22.1-272, quedar excluidos de la escuela mientras dure tal afección.
- E. Cuando surge una situación que hace que proporcionar un procedimiento de tratamiento médico no sea aconsejable o este no se encuentre disponible temporalmente, al estudiante se le puede excluir temporalmente de la escuela.
- F. Las denegaciones para administrar un procedimiento de tratamiento pueden apelarse ante el Supervisor de Servicios de Salud de la Escuela.
- G. Los estudiantes identificados con un trastorno convulsivo o epilepsia requieren únicamente un plan de atención por convulsiones (vea Regulación 757-7, Manejo de Convulsiones Epilépticas en el Entorno Escolar.)

El Director de la escuela y el Director de la Oficina de Servicios Estudiantiles son responsables de implementar y supervisar esta regulación.

El Superintendente Asociado para el Aprendizaje y Responsabilidad de los Estudiantes (o su designado) es responsable de revisar esta regulación en el 2010.

Firma de aprobación
Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela

Fecha

PLAN DE TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

ESCUELA DEL ESTUDIANTE _____

GRADO DEL ESTUDIANTE _____

AFECCIÓN _____

LISTA DE POSIBLES EMERGENCIAS QUE PODRÍAN RELACIONARSE CON UNA AFECCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:

1. _____
2. _____
3. _____

ENUMERE LOS PROCEDIMIENTOS APROPIADOS NECESARIOS PARA LAS EMERGENCIAS INDICADAS ANTERIORMENTE:

1. _____
2. _____
3. _____

INDIQUE LA CAPACITACIÓN NECESARIA CORRESPONDIENTE A LOS PROCEDIMIENTOS APROPIADOS PARA LA EMERGENCIA MÉDICA ESPECÍFICA:

1. _____
2. _____

Firma del médico

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Las firmas del personal a continuación indican que recibieron capacitación en cuanto al Plan de tratamiento en caso de emergencia del estudiante:

Nombre en letra de molde	Firma	Firma del Instructor	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma de aprobación
Supervisor de Servicios de Salud en la Escuela

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA PROCEDIMIENTO(S) DE TRATAMIENTO MÉDICO
(a mecanografiarse y redactarse en términos claros/sin abreviaturas)

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR: _____

FECHA DE AUTORIZACIÓN: _____ DURACIÓN: _____

ENCIERRE UNO EN CÍRCULO: INICIAL RENOVACIÓN AUTORIZACIÓN REVISADA

<u>Año escolar</u>	<u>Firma del médico</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. Nombre del procedimiento de tratamiento: _____

2. Motivo(s) del procedimiento de tratamiento durante el día escolar: _____

3. Procedimiento(s) exacto(s) a seguir en el entorno escolar, incluidos los intervalos entre una aplicación y otra del o de los procedimientos. _____

4. Condiciones exactas en que puede ser necesario repetir el tratamiento: _____

Nombre del estudiante _____

5. Precauciones/contraindicaciones antes, durante y después del tratamiento: _____

6. Problemas que pueden surgir y procedimientos en caso de emergencia a seguir: _____

7. Equipo e insumos necesarios para el tratamiento: _____
(Los deben suministrar los padres de familia/tutores) _____

8. Insumos: _____

En donde haya insumos para procedimientos almacenados: _____

9. Personal de la escuela capacitado en el procedimiento del tratamiento:

Nombre en letra de molde	Firma	Firma del instructor	Fecha de la capacitación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del estudiante _____

Acepto/aceptamos la implementación del procedimiento del tratamiento médico antes indicado. Autorizo/autorizamos al/a la enfermero/a de la escuela a comunicarse con el proveedor de servicios de salud según lo permita la ley HIPAA. Estoy/estamos enterado(s) de que personal no médico puede practicarle a mi hijo/a el procedimiento antes indicado. **Yo/nosotros por este medio descargo/descargamos al Distrito de Escuelas Públicas del Condado de Prince William y a todos sus empleados de cualesquiera y todas las responsabilidades estipuladas por ley por daños en los que nosotros o nuestro hijo podamos incurrir debido a la realización de este procedimiento.**

_____ Nombre en letra de molde de los padres/tutor legal Nombre	_____ Padres/tutor legal Firma	_____ Fecha
--	--------------------------------------	----------------

Al recibir la revisión y aceptación de parte del/de la enfermero/a de la escuela, padre de familia y proveedor de servicios de salud, este plan de tratamiento médico permanecerá en vigencia hasta que la situación médica del estudiante requiera cambios.

_____ Nombre del médico en letra de molde	_____ Firma del médico	_____ Fecha
--	---------------------------	----------------

_____ Nombre en letra de molde de los padres/tutor legal Nombre	_____ Padres/tutor legal Firma	_____ Fecha
--	--------------------------------------	----------------

_____ Nombre del/de la enfermero/a de la escuela en letra de molde	_____ Firma impresa del/de la enfermero/a de la escuela	_____ Fecha
--	---	----------------

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS
A LLENAR POR EL MÉDICO (un formulario por medicamento)

ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ ESCUELA: _____

MOTIVO DEL MEDICAMENTO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

DOSIS/HORA: _____

SÍNTOMAS PARA REPETIR EL MEDICAMENTO: _____

DURACIÓN: _____

FECHA DE LA RECETA: _____

FECHA: _____ NOMBRE DEL MÉDICO: _____

(Letra de molde)

FIRMA DEL MÉDICO: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

NOTA: Devuelva este formulario con el medicamento o pídale a su médico que lo envíe de vuelta por correo postal o vía fax a la escuela de su hijo/a, con atención a: Enfermero/a de la Escuela.

Códigos del procedimiento:

- (C) Cateterismo
- (D) Cambio de vendajes (olor, drenaje, color, enrojecimiento, calor)
- (F) Alimentación por sonda (cantidad administrada, se toleró (Sí/No)
- (G)Supervisión por glucosa
- (N) Nebulizador (sonidos al respirar; solo por enfermero/a registrado/a)
- (S) Succión

Registro de firmas: Obligatorio para cada miembro del personal que realice el procedimiento

Iniciales	Firma	Fecha

Comentarios (documente cualquier cambio inusual o información pertinente):

Anexo IV
Regulación 757-3

Las Escuelas Públicas del Condado de Prince William
Autorización y consentimiento para intercambiar y divulgar información médica

_____ Nombre del estudiante	_____ N.º de Id. del estudiante	_____ Fecha de nacimiento
_____ Nombre del padre de familia/tutor	_____ Teléfono	_____ Escuela

La información que se obtiene de estudiantes individuales se clasifica como confidencial. No se puede discutir ni divulgar información privada con alguien ajeno al Distrito Escolar, salvo según lo autorice el padre de familia/tutor.

Por este medio, el firmante autoriza a: Nombre del proveedor _____
Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
divulgar a

Enfermero/a de la escuela: Nombre de la escuela _____ Dirección _____
Teléfono _____ Fax _____ información de su registro de salud.

Se solicita la siguiente información:

- _____ Historial clínico
- _____ Informe del examen físico
- _____ Registros de inmunizaciones
- _____ Otro (especificar) _____

La información que recibamos sobre su hijo se usará para uno o más de los siguientes:

1. Facilitar la evaluación del programa de educación individual de su hijo.
2. Determinar las necesidades de salud de su hijo que pueden requerir servicios especiales durante la escuela.
3. Facilitar servicios de salud en la escuela o terapia de la salud que deseara usted para su hijo/a.
4. Proporcionar al personal del distrito escolar un mejor entendimiento de las necesidades de salud de su hijo/a.

Esta autorización puede revocarla usted en cualquier momento por escrito y vence automáticamente el 30 de junio al final del año fiscal escolar.

_____ Fecha	_____ Firma del padre de familia/tutor	_____ Relación con el menor
----------------	---	--------------------------------

La escuela no está autorizada ni cuenta con fondos para pagar por esta información.