

# 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

MCPS Form 525-14  
Febrero 2018  
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 autorizado (Parte II, abajo). Acuerdo liberar, indemnificar 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 autorizado 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 \_\_\_\_\_

No. de Estudiante de MCPS \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Firma, Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARTE II (PART II): TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO AUTORIZADO)

In accordance with Maryland State Regulations, the epinephrine auto-injector may be administered by unlicensed staff (DHHS School Health Room Technician 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Signature, School Nurse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

☐ 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, Principal/School Nurse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. El auto-inyector de epinefrina recetado por el médico autorizado 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 autorizado 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 autorizado. (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 autorizado 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 autorizado y fecha.
5. El medicamento debe tener la etiqueta original de la farmacia y debe coincidir con la orden del médico autorizado. Si las órdenes del médico autorizado 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 administrará el enfermero/a escolar, el técnico de la enfermería de la escuela, o el personal de la escuela (MCPS) 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 no usada de un medicamento dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden del médico autorizado o al final del 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 de la enfermería escolar, o el personal de la escuela (MCPS) administrar epinefrina a un/a estudiante que haya sido identificado/a como sujeto a reacción anafiláctica fuera del esquema de los procedimientos detallados arriba.
10. Se necesita una orden del médico autorizado 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 autorizado, 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 Suministro de Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización](#), para todos los demás medicamentos recetados.