

# Atención de Emergencia para el Manejo de un Estudiante con Diagnóstico de Anafilaxia

## Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina

MONTGOMERY  
COUNTY  
PUBLIC  
SCHOOLS  
Maryland

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MONTGOMERY  
Departamento De Salud Y Servicios Humanos Del Condado De Montgomery  
Rockville, Maryland 20850

Formulario 525-14  
de MCPS  
Agosto 2023  
Página 1 de 2

### PARTE I: DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/GUARDIÁN

Por este medio solicito y autorizo al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (DHHS, por sus siglas en inglés) a que administren un auto-inyector de epinefrina según lo indicado por el prescriptor autorizado (Parte II, abajo). Yo acuerdo liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a MCPS y DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes, de juicio, reclamo, demanda o acción en su contra por administrar un medicamento recetado a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS estén siguiendo las órdenes del prescriptor autorizado, según lo escrito 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 según se requiere.

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

Nombre del/de la estudiante: Apellido(s) \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

Nº de estudiante de MCPS \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

El/la estudiante comerá la comida de la cafetería  Sí  No

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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 **do not** wait for symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

1. **Name of medication:** epinephrine auto-injector (*epinephrine auto-injector will not be accepted for the management of asthma*).

2. **Diagnosis:** Anaphylaxis/Severe allergic reaction to: \_\_\_\_\_

3. **Dosage of medication:** Check (✓) one:  epinephrine auto-injector 0.15 mg.  epinephrine auto-injector 0.3 mg.

4. 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.

5. **Time to be given at school:** PRN. Check (✓) all that apply

Ingestion of:

Peanut  Tree nut  Soy  Sesame  Fish  Shellfish  Wheat

Milk—safe in baked goods  Yes  No  Egg—safe in baked goods  Yes  No

Other food(s) \_\_\_\_\_

Stinging insects—i.e., bees, wasps, hornets, yellow jackets

Other known or unknown allergen(s) (must include specific symptoms): \_\_\_\_\_

6. **Route of administration for epinephrine auto-injector:** Intramuscularly (IM) into anterolateral aspect of the thigh.

7. **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 SCHN OR PRINCIPAL (DEBE SER COMPLETADA POR EL/LA ENFERMERO/A ESCOLAR O EL/LA 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. El auto-inyector de epinefrina recetado individualmente para un estudiante por un prescriptor autorizado NO SERÁ ADMINISTRADO EN LA ESCUELA O DURANTE actividades patrocinadas POR LA ESCUELA sin una autorización y una exención firmada por el padre/guardián y sin la orden/autorización del prescriptor autorizado para los estudiantes con un diagnóstico comprobado de anafilaxia.
2. Este formulario debe mantenerse archivado en el expediente de salud del/de la estudiante. El padre/guardián es responsable de obtener la orden/autorización del prescriptor autorizado (vea la Parte II). El/la director(a) de la escuela y/o el/la enfermero/a escolar se asegurará(n) de que todo en el formulario haya sido completado.
3. El padre/guardián es responsable de entregar un nuevo formulario a la escuela cada ciclo escolar y cada vez 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. Un prescriptor 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 considera necesario, firma del prescriptor autorizado y fecha.
5. El medicamento debe estar etiquetados apropiadamente por un farmacéutico y debe coincidir con la orden del prescriptor autorizado. Si las órdenes del prescriptor autorizado incluyen repetir el auto-inyector de epinefrina, el padre/guardián deberá proporcionar un auto-inyector de epinefrina adicional.
6. El padre/guardián o el adulto designado debe entregar el medicamento en persona a la escuela. El personal **no** administrará medicamentos 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/guardián es responsable de recoger cualquier porción no utilizada de un medicamento dentro de una semana después del vencimiento de la orden del prescriptor autorizado o al finalizar el ciclo escolar. Los medicamentos no recogidos dentro de ese período serán destruidos.
9. La orden de un prescriptor autorizado y la autorización del padre/guardián son necesarios para portar/auto-administrar los medicamentos. El/la enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del/de la estudiante de auto-administrar el medicamento. El/la estudiante debe entender la necesidad de informar al personal de salud o personal de MCPS después de auto-administrar el auto-inyector de epinefrina.
10. El/la enfermero/a escolar llamará al prescriptor 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 la orden del auto-inyector de epinefrina.
11. Use el [Formulario 525-13 de MCPS, \*Autorización para Administrar Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización\*](#), para todos los otros medicamentos prescritos.