



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242**  
**FAX 530.885.5170**

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DIASTAT EN EL ENTORNO ESCOLAR

Estimado Padre/Tutor:

A fin de administrar un procedimiento de atención médica especializada en la escuela, se deben completar la Parte I (Sección para el médico) y la Parte II (Sección de Padres) de este formulario y devolver a la enfermera del distrito. Este formulario deberá completarse anualmente para garantizar que se administre el procedimiento/tratamiento más reciente recetado en la escuela. Este procedimiento puede ser realizado por personal escolar entrenado y supervisado por una enfermera escolar acreditada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera de distrito ([jserrano@auburn.k12.ca.us](mailto:jserrano@auburn.k12.ca.us))

Nombre del Estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año Escolar:

**PARTE I: Para ser completado por el padre/tutor**

<b>CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES</b>	
<p><b>NOTA:</b> El procedimiento para administrar un medicamento anticonvulsivo de emergencia (Diastat) debe ser realizado por una enfermera con licencia. De acuerdo con la ley SB 161 del estado de California, en ausencia de una enfermera escolar acreditada u otra enfermera con licencia, se ha capacitado a personal no médico, voluntario, de la escuela para administrar Diastat. Si el personal no médico de la escuela administra Diastat, se llamará al 911 para evaluar y determinar acciones adicionales.</p> <p><b>¿Solicita que, en ausencia de una enfermera escolar o una enfermera con licencia, personal no médico, voluntario, capacitado administre Diastat en la escuela?</b>    <input type="checkbox"/> Sí        <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Yo (nosotros), los abajo firmantes, los padres/tutores del estudiante mencionado anteriormente, solicito/solicitamos que mi (nuestro) estudiante sea asistido o se le administre el siguiente medicamento, de acuerdo con el Código de Educación de California 49423.5 y la Política de la Junta/Reglamento Administrativo. Estoy de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos.</li> <li>2. Notificar a la escuela si hay un cambio en el estado de salud del estudiante o del médico tratante.</li> <li>3. Notificar a la escuela de inmediato y proporcionar un nuevo consentimiento para cualquier cambio en las órdenes del médico.</li> <li>4. SER RESPONSABLE DE NOTIFICAR A LA ESCUELA QUE EL ALUMNO HA RECIBIDO DIASTAT EN EL HOGAR. Se recomienda que no se administre Diastat para más de 1 episodio en un período de 5 días O más de 5 episodios en un período de 30 días. Por lo tanto, los padres son responsables de notificar a la escuela si se ha administrado Diastat en el hogar ya que una dosis en la escuela excedería las recomendaciones del fabricante.</li> </ol> <p>Yo (nosotros) entendemos que si ocurre una emergencia durante el transporte escolar, se llamará al 911 y se administrará Diastat. Autorizo a la enfermera del distrito a comunicarse con el proveedor de atención médica autorizado cuando sea necesario con respecto a este medicamento específico y condición médica. Se me proporcionará una copia del plan de atención completo de mi hijo.</p> <p>Yo (nosotros) he/hemos leído y estoy/estamos de acuerdo con la información proporcionada anteriormente. Entiendo y doy mi consentimiento para que esta información se comparta con la escuela del estudiante, el transporte y el personal de emergencia, según se considere necesario para brindar atención de calidad. Este consentimiento es válido durante un año escolar y puede ser revocado en cualquier momento.</p>	
Firma del padre/tutor:	Fecha:
Nombre del Padre/Tutor:	



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE**  
**DIASTAT EN EL ENTORNO ESCOLAR**  
**(CONTINUACIÓN)**

**PART II: To be completed by primary healthcare provider (A completar por el proveedor de atención primaria de salud)**

<b>SEIZURE INFORMATION</b>
Seizure Type:
Frequency of Seizures:
Seizure Triggers:
Description of Seizures:

<b>DIASTAT ORDERS</b>
DIASTAT AcuDial (diazepam rectal gel)-check all that apply <input type="checkbox"/> _____mg, rectal as needed for seizure lasting greater than _____minutes <input type="checkbox"/> for clusters such as _____ or more seizures in _____ minutes/hours <input type="checkbox"/> Other:
If the child has breathing difficulties (i.e. known asthma), a respiratory infection or fever, should DIASTAT be given?
Possible adverse effects and action to be taken:
Additional Treatment Information:

<b>HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF DIASTAT BY SCHOOL PERSONNEL</b>
<b>Please check the appropriate box:</b> <input type="checkbox"/> I have reviewed and approved the attached AUSD protocol as written and I understand the service may be performed by trained non-medical school personnel. <input type="checkbox"/> I have reviewed and approved the attached AUSD protocol with the attached modifications and I understand the service may be performed by trained non-medical school personnel. <input type="checkbox"/> I do not approve AUSD's protocol and, therefore, have attached my alternative written recommendations.
My signature below provides the authorization for the above written orders. I understand that assistance with medications will be implemented in accordance with California state laws and regulations. I understand that specialized physical health care services and medication assistance may be performed by unlicensed, designated school personnel after the training by the school nurse. If changes are indicated, I will provide new written authorization (may be faxed). Medication is authorized through July 31 of each school year unless otherwise indicated.
Physician Signature: _____ Date: _____
Physician Name: _____
Address: _____ Phone: _____

Principal Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

District Nurse Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

## PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DIASTAT EN EL ENTORNO ESCOLAR

Este formulario de procedimiento debe adjuntarse a todos los formularios de órdenes de Autorización para la administración de Diastat en el entorno escolar para revisión médica

### PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR DIASTAT/DIAZEPAM GEL RECTAL

Un miembro del personal permanecerá con el estudiante. Comenzar a quitar los pantalones y mantener cubierto según corresponda.

Un miembro del personal adicional buscará el Diastat y los suministros necesarios

Un miembro del personal adicional llamará al 9-1-1

El miembro del personal asistente deberá:

- Verificar la dosis de la medicación según la orden del médico.
- Verificar que el medicamento no esté vencido.
- Comprobar que la tapa de plástico esté intacta y no esté rajada

Después de confirmar estos puntos, el miembro del personal asistente deberá:

- Colocar al estudiante de costado hacia usted, con la pierna superior doblada hacia adelante hasta la rodilla para exponer el recto
- No dejar solo al estudiante, mantener siempre la privacidad y la dignidad
- Empujar con el pulgar para quitar la cubierta protectora de la jeringa
- Lubricar la punta rectal con gel lubricante
- Separar las nalgas para exponer el recto.
- Insertar suavemente la punta en el recto
- Contar lentamente 1 ... 2 ... 3 ... mientras empuja suavemente el émbolo hasta que se detenga
- Contar lentamente 1 ... 2 ... 3 ... antes de retirar la jeringa del recto
- Contar lentamente 1 ... 2 ... 3 ... mientras mantiene las nalgas juntas para evitar pérdidas.
- Mantener al estudiante de costado frente a usted, anotar la hora y continuar observando
- Permanecer con el estudiante durante y después de la convulsión. Vigilar cuidadosamente la depresión respiratoria (cambios o disminución de los patrones de respiración) después de administrar Diastat.
- Haga que el Servicio de emergencia (EMS) evalúe al estudiante y lo traslade al hospital más cercano

Observe y documente lo siguiente en el Registro de convulsiones

- Circunstancias que condujeron a la convulsión y anote los síntomas durante la convulsión, incluida la hora y la duración de la convulsión.
- Respuesta del alumno al Diastat.
- Color de la piel antes y durante la convulsión.
- Estado respiratorio