



STUDENT SERVICES/SCHOOL HEALTH SERVICES
EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS PHYSICIAN ORDERS

DATE: _____	RETURN TO: _____
TO: _____	SCHOOL: _____
ADDRESS: _____	ADDRESS: _____
_____	_____
NAME: _____	Telephone: _____
DATE OF BIRTH: _____	FAX: _____
PARENT/GUARDIAN: _____	

The student shown above will be attending school in the near future, and we are requiring physician's orders to do the procedures listed below at the school. Please complete the items below and read the statement below. Thank you.

This form is being presented to you to request:

- Physician's orders for medical procedures (*Please specify under response.*)
- _____ Medical information: past (_____) current (_____) (An authorization signed by parent is attached)
- _____ Exchange information

1. What is the child allergic to? _____
2. What are the signs and symptoms of the student's allergic reaction? _____
3. The *Epinephrine Auto-injector* will be kept at the school (√ one) _____ In the clinic. _____ With the student.
4. Is the student aware of this allergy and its possible seriousness? Ye
s _____ No

5. Has the student been instructed in the use of the *Epinephrine Auto-injector*? Ye
s _____ No

6. Is *Epinephrine Auto-injector* to be used immediately? Ye
s _____ No

If no, at what time after bite, sting, etc. should it be given?

What are the specific signs that signal the need for epinephrine?

7. Is it necessary for the student to carry the *Epinephrine Auto-injector* on their person?

Yes _____ No _____

8. Will student self-administer?

Yes _____ No _____

9. Please list any other specific directions to be followed.

Epinephrine Auto-injector is to be administered by School Health Services Nursing Staff and other trained school personnel in the event of a severe allergic reaction.

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Printed Name: _____ Phone: _____

Distribution: Nurse

SB87033 (Rev. March 2017)

Page 1 of 2

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH
Servicios Estudiantiles / Servicios de Salud Escolar

FECHA:		DEVOLVER A:	
		ESCUELA:	
PARA:		DIRECCIÓN:	

REF:	TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO:	FAX:
PADRE/REPRESENTANTE LEGAL:	

Le estamos enviando este formulario con el fin de solicitarle:

- Órdenes de su médico, para procedimientos médicos a seguir.
 Información médica: pasada () / presente (); se incluye una autorización firmada por los padres.
 Intercambio de información.

COMENTARIOS (Para ser completado por personal de los servicios de salud escolar, con la ayuda de los padres / representantes legales)

El Automóvil-inyector de Epinephrine Órdenes Médicas

- ¿A qué es alérgico el estudiante? _____
- ¿Cuáles son las señales y los síntomas de que el estudiante tiene una reacción alérgica? _____
- El **Automóvil-inyector de Epinephrine** será guardado en la escuela (marque en dónde) En la enfermería _____ Con el estudiante _____
- ¿Está el estudiante consciente de su alergia y de la posible gravedad? Si _____ No _____
- ¿Ha recibido el estudiante instrucciones sobre el uso del **Automóvil-inyector de Epinephrine**? Si _____ No _____
- ¿Se debe usar el **Automóvil-inyector de Epinephrine** inmediatamente? Si _____ No _____
(Si la respuesta es "No") ¿Cuánto tiempo después de haber estado expuesto a la sustancia que le produjo la alergia se le debe administrar? _____
¿Cuáles son las señales específicas que determinan la necesidad de usar epinefrina? _____
- ¿Es necesario que el estudiante lleve con él mismo el **Automóvil-inyector de Epinephrine**? Si _____ No _____
- ¿Se auto-inyectará el estudiante? Si _____ No _____
- ¿Existen algunas otras instrucciones específicas a seguir? _____

Se solicita respuesta Si _____ No _____ Firma: _____

Respuesta/Orden (Para ser completado por el médico)

Éste estudiante estará asistiendo a la escuela en un futuro cercano, y nosotros estamos solicitando la orden médica para llevar a cabo el procedimiento que se explica a continuación, dentro de la escuela. Por favor lea la información anterior y la declaración que aparece a continuación. Agregue o suprima información según sea necesario. Gracias.

El Automóvil-inyector de Epinephrine debe ser administrado por la enfermera y otra de los servicios médicos de School personal entrenado de la escuela en caso de una reacción alérgica severa.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Distribution: Nurse