

**Williamson County Schools**  
**Plan de acción por Crisis Adrenal**  
 (este formulario debe firmarlo el doctor)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Ciclo escolar \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

**ORDEN MÉDICA–MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA ADRENAL (diaria/stress/crisis si es necesario)**

Nombre del medicamento	Potencia y dosis a administrar	Cuándo administrar en la escuela (ej.: diario, stress, emergencia)

**PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA**

1. Contactar con la enfermera escolar al \_\_\_\_\_.
2. Administrar medicamentos como se indica arriba.
3. **LLAMAR AL 911** luego de inyección de emergencia o en caso de duda.
4. Permanecer con el estudiante y vigilar.
5. Notificar a los padres o contacto de emergencia.

**La crisis adrenal es la complicación más seria de la insuficiencia adrenal. Si no se trata de inmediato, puede causar la muerte; en estos casos, una inyección de corticosteroide puede salvar la vida. Notificar al 911/clínica de inmediato para cualquiera de los síntomas de arriba en este estudiante. La enfermera notificará a los padres.**

<b>Síntomas leves</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fiebre</li> <li>• vómito o diarrea</li> <li>• otro _____</li> </ul>	<b>Dosis oral de stress</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrar _____.</li> <li>2. Llamar a padres/tutor</li> </ol>
<b>Para uno o más síntomas de emergencia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor súbito y fuerte en la espalda baja, abdomen o piernas</li> <li>• Vómito y diarrea</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Confusión</li> <li>• Pérdida de conciencia</li> </ul>	<b>Administración de Emergencia – Inyección de Corticosteroide</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrar _____ de inmediato, colocar al estudiante de lado y vigilar su respiración.</li> <li>2. Llamar al 9-1-1</li> <li>3. Llamar a los padres/tutores</li> <li>4. Documentar las acciones.</li> </ol>

**Entrenamiento:**  Yo, doctor supervisor, autorizo a la enfermera escolar a entrenar a otros empleados escolares en la administración de hidrocortisona de emergencia.

Firma del doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del doctor (Imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR (Requerido)**

Doy permiso para que los medicamentos mencionados se administren en la escuela por la enfermera o personal entrenado. Doy consentimiento para la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud o clínica que prescribe para discutir el manejo de la enfermedad y la administración del medicamento. El padre/madre/tutor firmante acepta eximir y liberar al distrito escolar y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo, demanda o acción de cualquier tipo que surja de cualquier daño, pérdida o lesión que mi estudiante o yo/nosotros podríamos sufrir o que ahora tienen o pueden tener en el futuro como resultado de la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor (imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_