

Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
Plan de acción para la insuficiencia Suprarrenal / Orden del médico

Pon Foto del
Estudiante Aquí

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 ID # del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Padre/Guardian: _____ Celular: _____ Año Escolar: _____

To be completed by a Licensed Healthcare Provider (Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner)

Daily Maintenance Medication

Name of Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____
 Time to be administered: _____ Length of Time: School Year Other: _____

Oral Stress Dose

Name of Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Give oral stress dose immediately AND call parent for one or more of the checked symptoms:

oral temperature above 101° F _____ _____

Emergency Solu-Cortef IM

Name of Medication: _____ Dosage: _____ Location: _____

Give Solu Cortef IM immediately for one or more of the checked symptoms:

oral temperature above 101° F AND unable to take oral stress dose vomiting >1 time
 severe injury- broken bone/deep cut/concussion
 sudden confusion/loss of consciousness
 _____ _____

CALL 911- State that the student is in adrenal crisis and has received Solu-Cortef.

- Healthcare Provider's note should accompany student to the Emergency Department.
- Student may carry and consume water, Gatorade, and snacks as needed.
- Other: _____

Healthcare Provider's Name (Print/stamp): _____

Healthcare Provider's Signature: _____ Date: _____

National Provider Identifier (NPI): _____ Phone: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela y/o el profesional escolar capacitado designado, administre medicamentos recetados, incluido Solu-Cortef, o su genérico, a mi hijo, según lo prescrito por su médico. Entiendo que se llamará al 911 cada vez que se administre Solu-Cortef a mi hijo. Entiendo que la enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor que receta con preguntas aclaratorias sobre el medicamento y la orden. Mi firma libera al distrito escolar y a sus empleados de cualquier reclamo, responsabilidad, acción y juicio relacionado con la atención de emergencia de mi hijo de acuerdo con el Código de Virginia §8.01-225. Entiendo que si no recojo el medicamento al final del año escolar, será desechado.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

*Loudoun County Public Schools
Adrenal Insufficiency Action Plan / Physician's Order*

Page 2 for LCPS Health Office Use

To Be Completed with Health Office Staff	
Oral Medication received: _____	Expiration Date: _____
Injectable Medication received: _____	Expiration Date: _____
Medication received by: _____ / _____	
Health Office Staff Signature/ Date	Parent Signature/ Date