**Plano Independent School District**

**School Health**

**Enteral Feeding Orders**

Student’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Formula to be given via gastrostomy tube/button: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Amount of formula at each feeding: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Scheduled feeding at school/frequency:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(give range of time when possible)

1. Feeding:

Gravity drip over period of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutes.

Infuse feeding via feeding pump at rate of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ml/hr.

After each feeding, flush tube with \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cc’s of tap/bottled water.

1. Check residuals prior to each feeding by lowering extension tube attached to syringe.  Replace residual.

If greater than \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cc’s, hold feeding for 30 minutes or \_\_\_\_\_\_\_\_ minutes, then recheck.

1. Vent gastrostomy tube/button as indicated for distention/discomfort.
2. Other instructions/precautions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note:**

Adjustment in the treatment or discontinuation of the treatment requires a written, signed physician’s order. Order must be renewed each school year.

All equipment and supplies needed for enteral feedings will be provided by the parent.

Physician’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’s Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del padre de familia/tutor para la Alimentación Entérica por personal auxiliar no acreditado**

Yo **sí / no** (señale uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para prestar servicios de alimentación entérica a mi hijo mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que es posible que no se provea a mi alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre de familia** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para revelar los datos y la fotografía**

Yo  **sí /**  **no** (señale uno) autorizoal ISD de Plano a exhibir una fotografía de mi hijo (de venir al caso) e indicar que esta persona tiene \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar.

**Iniciales del padre/madre \_\_\_\_\_\_\_**

**Autorización del padre de familia/tutor para que el personal escolar comunique datos médicos**

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD solicitados para prestar servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra formar causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí.*

**Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_

**Exoneración del padre de familia/tutor de reclamaciones contra el distrito y Acuerdo de mantener indemne**

Hasta donde permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la Aplicación de Medicamento, Tratamiento/Procedimiento al alumno y/o la divulgación de Datos de Salud que Permiten la Identificación Individual. Deberá interpretarse esta exoneración de la forma más amplia posible. Incluye una exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo alguna responsabilidad que resulta de la infracción supuesta de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, se relaciona con, o surge de, sea directa o indirectamente, la aplicación al alumno del Medicamento y/o Tratamiento/Procedimiento por parte del Personal Escolar y/o la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables incluyendo, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no evaluó correcta y suficientemente el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y autoaplicar su Medicamento/Tratamiento/Procedimiento, por negligencia no reconoció los síntomas que requieren el uso del Medicamento/Tratamiento/Procedimiento, interpretó mal los síntomas que creía obligar el uso del Medicamento/Tratamiento/ Procedimiento, o "sobre divulgó" los datos de salud de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. §12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. § 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. § 1400 et seq.

Nombre el padre de familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre de familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_