



Unidad Intermedia Carbon Lehigh #21 [CLIU #21]

4210 Independence Drive
Schnecksville, PA 18078-2580

Gregory S. Koons, Ed.D.
Director Ejecutivo

Kimberly A. Talipan
Asistente del Director Ejecutivo

610-769-4111
800-223-4821
Fax 610-769-1290
www.cliu.org

 facebook.com/CarbonLehighIntermediateUnit21

 @CLIU21

 youtube.com/user/CarbonLehigh

Formulario de Información de Gastrostomía/Autorización

Autorización de Padre/Tutor

Por la presente autorizo al proveedor designado a administrar la alimentación como se indica en este formulario de información de gastrostomía que he proporcionado para el estudiante indicado a continuación.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Padre/Tutor: _____

Preparación de Fórmula e Instrucciones de Alimentación: Para que el Doctor lo Complete

Autorización Médica

Por la presente, autorizo al proveedor designado a administrar la alimentación como lo he indicado en esta hoja de información sobre gastrostomía para el estudiante que se indica a continuación.

Nombre Impreso: _____ Teléfono: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Dirección/ciudad /estado/código postal: _____

Nombre del Estudiante: _____

Doctor Primario del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Doctor que Colocó el Tubo: _____ Teléfono: _____

Tipo de Tubo G: _____ Tamaño: _____

Fluido del Globo: _____

Volumen: _____

Tipo de Fórmula: _____

Tiempos de Alimentación: _____

¿Qué tan rápido se está entregando la alimentación?: _____ *i.e. más de 20 minutos a una hora*

Cantidad de Fórmula: _____ La tasa de alimentación continua de la fórmula en la bomba: _____ por hora

¿Qué se usa para enjuagar después de alimentar?: _____ Cantidad: _____ cc./oz.

¿Debería verificarse el residuo?: Sí ___ No ___ Protocolo a seguir si el residuo ha terminado: _____ Cantidad

Protocolo residual a seguir: _____

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Ayudar a los Niños a Aprender

"CLIU es una agencia de servicio comprometidos a Ayudar a los Niños a Aprender."

Nombre del Estudiante: _____

Fechas de Reemplazo del Tubo Gástrico: Médico responsable fecha de inicio e inicial

Direcciones Especiales:

Protocolo de Caída del Tubo:

Protocolo del Sitio Irritado:

Original: Building Nurse

Copy: Teacher Class File, Student File