



Unidad Intermedia de Carbon Lehigh #21 [CLIU #21]

4210 Independence Drive
Schnecksville, PA 18078-2580


Elaine E. Eib, 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 Empleado designado de CLIU a administrar la alimentación según lo indicado en este formulario de Información de Gastrostomía que he proporcionado para el estudiante que se indica 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 Empleado de CLIU designado para que administre la alimentación como lo indiqué en esta hoja de Información de 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:

Irritated Site Protocol: