

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO POR EL PERSONAL ESCOLAR

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado escolar: _____ Día Efectivo: _____

Por Favor Recuerde: Este documento debe de ser completado cada año escolar y tal vez más frecuentemente si es necesario. Antes que el medicamento sea administrado en la escuela, este documento debe ser llenada y firmada por un proveedor médico y por los padres/tutores. Este documento es valido por un (1) año escolar y para un (1) solo medicamento.

PORCIÓN DEBE DE SER LLENADA POR UN MÉDICO LICENCIADO- Por favor sepa que no tenemos personal médico autorizado en la escuela. Cuando sea posible, por favor prescriba medicamento que debe de ser administrado en fuera de las horas escolares. Si el medicamento debe de ser administrado durante las horas escolares, por favor llene el formulario de abajo. Solo un medicamento por cada formulario individual.

MEDICAMENTO: _____

RUTA DE DOSIFICACIÓN: _____ FRECUENCIA: _____

HORARIO PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO: _____

RASON POR EL MEDICAMENTO : _____

INSTRUCCIONES/PRECAUCIONES ESPECIALES: _____

SUBSTANCIAS CONTROLADAS? SÍ NO

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS: _____

TIENE ALGUNA ALERGIA EL ESTUDIANTE? SÍ NO

Si su respuesta es "SÍ" , describa las alergias) y el historial de reacciones: _____

ADMINISTRACIÓN:

A. Puede el estudiante ser autorizado para cargar su propio medicamento? SÍ NoB. Puede el estudiante autoadministrar su propio medicamento? SÍ No

**Nombre del Médico y su # de Licencia : _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Telephone: _____

Firma del médico licenciado: _____

**Practicante de enfermería/Asistente de medico: Por favor provea # mobiliaria y la información del Médico supervisor

PORCIÓN DEBE DE SER LLENADO POR PADRE/TUTOR

Por favor marque Uno de los siguientes:

Yo, el suscriptor, padre/tutor de: _____ (*Nombre del estudiante*), que autorizo que el medicamento sea administrado por un miembro designado escolar, de acuerdo con las instrucciones del Médico

Al aceptar que un personal entrenado administre el medicamento a su hijo/a, yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. En caso que una enfermera no esté disponible un miembro entrenado estará disponible para administrar y ayudar con el medicamento
2. Todo Medicamento debe de ser etiquetado por el farmacista y estar en su paquete pharmaceutical original. La etiqueta debe de indicar lo siguiente: Nombre del estudiante , fecha de nacimiento, nombre del medicamento, dosificación, Horario(s) que debe de ser administrar, instrucciones especiales, y nombre del médico.
3. Medicamento sin prescripción debe de estar en su paquete original y etiquetado con nombre del estudiante, fecha de nacimiento, y día de expiración del medicamento.

Yo, el suscriptor, padre/ tutor de: _____ (*Nombre del estudiante*), autorizo que mi hijo/a puede autoadministrar su propio medicamento, como lo indica el médico . Yo no estoy solicitando que ningún personal escolar le asista con el medicamento a mi hijo/a.

Nombre del Padre/Tutor: _____ # de Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Dirección de Padre/Tutor: _____

Contacto de Emergencia: _____ # de Teléfono: _____

*Por favor tenga en cuenta que: Para cada cambio/actualización para el medicamento(s), una nueva forma debe de ser realizada y entregada a la escuela. Este formulario es válido por (1) un año escolar y para (1) un medicamento.