

ESCUELAS PÚBLICAS DE DILLER-ODELL
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DE
MEDICAMENTOS

Esta solicitud es válida solo para el año escolar (en curso) _____.

Este formulario debe ser completado en su totalidad para que la escuela pueda administrar el medicamento requerido. Un nuevo formulario de administración de medicamentos debe ser completado al principio de cada año escolar, para cada medicamento y cada vez que haya un cambio en la dosis o en la hora de administración de un medicamento.

- *Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por el farmacéutico o el profesional que extiende la receta.
- *Los medicamentos sin receta médica deben estar en el envase original con la etiqueta intacta.
- *Un adulto debe traer el medicamento a la escuela.
- *La enfermera de la escuela u otro personal autorizado de la escuela llamará al que prescribe la receta, según lo permitido por HIPAA, en caso de que surgiera una pregunta sobre el niño o el medicamento del niño.

Autorización del que prescribe

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Condición por la que se está administrando el medicamento: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Tiempo/Frecuencia de administración: _____ Si es PRN, frecuencia: _____

Si es PRN, para qué síntomas: _____

Se esperan efectos secundarios relevantes: No Sí Especifique: _____

El medicamento se administrará a partir de (fechas): _____

Nombre/título del profesional que extiende la receta: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección: _____

Firma del que prescribe: _____

Fecha: _____

(Utilizar para el sello de la dirección del profesional que extiende la receta)

**AUTORIZACIÓN DE LOS
PADRES/TUTORES**

Por favor, ponga sus iniciales:

_____ Yo/Nosotros pedimos al personal designado de la escuela que administre el medicamento como lo prescribió el profesional arriba mencionado.

_____ Yo/Nosotros le pedimos que nuestro niño pueda de llevar consigo el medicamento arriba mencionado y se pueda autoadministrar este medicamento.

Yo/Nosotros certificamos que yo/nosotros tenemos autoridad legal para autorizar el tratamiento médico para el estudiante mencionado arriba, incluyendo la administración de los medicamentos en la escuela. Yo/Nosotros entendemos que al final del año escolar, un adulto deberá recoger el medicamento, de lo contrario será desechado. Yo/Nosotros autorizamos a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica según lo permitido por HIPPA. Yo/Nosotros autorizamos al personal de la escuela que trabaja con nuestro niño a recibir información sobre la condición médica de nuestro niño.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Tel. de casa: _____ Tel. móvil: _____ Tel. trabajo: _____

Fecha en la que este medicamento se trajo a la escuela: _____ Ubicación del medicamento: Centro de salud Oficina Aula Otro _____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____