

**TULSA PUBLIC SCHOOLS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA POR PERSONAL DESIGNADO DE LA ESCUELA

La ley de Oklahoma provee que la enfermera de la escuela, administrador u otro empleado designado de la escuela no será responsable a los alumnos, padre o guardián del alumno por daños civiles resultando de daños personales al alumno que resultan de la omisión de la enfermera de la escuela, administrador u otro empleado de la escuela designado en la administración de cualquier medicina de acuerdo con las provisiones de la ley con excepción de actos o omisiones que constituyen negligencia total, a propósito o insensible.

La medicina será dada al alumno solo con el permiso por escrito del padre, guardián legal o persona responsable para el cuidado del alumno. Los empleados designados no pueden administrar medicinas por medios invasores. La medicina que se vende sin receta tiene que estar presentada en su envoltorio original con la dosis apropiada impresa para la edad y peso del alumno. La medicina por receta tiene que estar con fecha corriente y con etiqueta en el envase que correctamente indica el nombre y apellido del alumno, el nombre del médico o dentista y direcciones para la administración de la medicina. La aspirina (ácido acetilsalicílico) puede estar administrada solamente con el permiso escrito del médico o dentista. Hay que llenar una autorización nueva para cada cambio de medicina y tiene que estar renovada cada año escolar. La medicina que no sea reclamada el último día oficial de escuela será destruida, según la póliza. Las reglas para la administración de medicinas a alumnos están disponibles al pedir las.

Nombre y Apellido del Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de Casa _____ Teléfono _____
 Escuela _____ Grado _____ Teléfono de Emergencia _____

ORDEN DEL DOCTOR O DENTISTA

Diagnosis que Requiere Medicina _____
 Nombre de Medicina #1 _____
 Hora y Cantidad _____
 Para Administrar _____ a.m. _____ p.m.
 Fecha de Receta _____ Fecha de Vencimiento _____
 Efecto Deseado de Medicina _____
 Efectos Malos: Para Esperar _____
 Para Reportar _____
 Plan cuando Efectos Malos Resultan _____
 Droga Controlada? _____
 (Si controlada un menor no puede transportarla)
 Nombre de Médico/Dentista (Use Letra de Molde) _____
 Teléfono de Oficina _____
 Teléfono de Emergencia _____
 Dirección _____
 Firma de Médico o Dentista (Si Es Requerida) _____

Diagnosis que Requiere Medicina _____
 Nombre de Medicina #2 _____
 Hora y Cantidad _____
 Para Administrar _____ a.m. _____ p.m.
 Fecha de Receta _____ Fecha de Vencimiento _____
 Efecto Deseado de Medicina _____
 Efectos Malos: Para Esperar _____
 Para Reportar _____
 Plan cuando Efectos Malos Resultan _____
 Droga Controlada? _____
 (Si controlada un menor no puede transportarla)
 Nombre de Médico/Dentista (Use Letra de Molde) _____
 Teléfono de Oficina _____
 Teléfono de Emergencia _____
 Dirección _____
 Firma de Médico o Dentista (Si Es Requerida) _____

AUTORIZACIÓN POR PADRE/GUARDIAN PARA ADMINISTRACIÓN POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA DE LA MEDICINA NOMBRADA ARRIBA:

Por medio de este documento autorizo a las Escuelas Públicas y a sus empleados designados para administrar a mi hijo medicinas de receta según la ley en tal manera descrita arriba. Acepto que esto puede estar hecho por individuo además de la enfermera de la escuela y específicamente acepto tal práctica. Yo acepto y aclaro que renuncio cualquier reclamación contra el Distrito #1 de las Escuelas de Tulsa, sus empleados y agentes que podría ocurrir por la administración de dicha medicina. Estoy de acuerdo para mantener a sus empleados inocentes de y contra todas las reclamaciones, perjuicios, causas de acción o daños que puedan ocurrir o resultar de la administración, esfuerzos para administrar o omisiones de tal medicina según las provisiones de la ley de Oklahoma, excepto para actos o omisiones que constituyen negligencia mayor, con gana o negligencia insensible. También autorizo a la enfermera de la escuela o a su designado comunicarse con el (los) médico(s)/dentista(s) nombrado(s) arriba para información médica que es pertinente al cuidado del alumno durante la escuela y/o actividades aprobadas por la escuela.

Firma de Padre/Guardián Legal o Persona Responsable Para el Cuidado del Alumno _____ Fecha _____
 Relación al Alumno _____ Dirección _____
 Teléfono de Casa _____ Nombre en Caso de Emergencia _____
 Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Emergencia _____

**PETICIÓN DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL
DESIGNANDO QUE SU HIJO MENOR TRANSPORTE MEDICINA*/EQUIPO MEDICO**

Yo, la persona que firma abajo, el padre/guardián legal de _____ quien está matriculado como alumno en grado _____ de la escuela nombrada _____, por medio de este designo a mi hijo menor y/o el hermano transporte la(s) medicina(s) _____ y/o equipo médico _____

A la clínica de la escuela.

Ritalin y otras sustancias controladas tienen que ser transportas por un adulto.

Nombre y Apellido de Hijo Menor _____

Relación al Alumno _____

La razón que pido esto es por lo siguiente:

Entiendo que por designar a mi hijo, que soy responsable por pérdida, robo, contaminación o uso inapropiado hecho de la(s) medicina(s) y/o equipo médico con otros individuos antes del depósito de tal cosa con un miembro designado de la facultad de la escuela. Entiendo que si este arreglo constituye un riesgo sin mérito, que me pedirán revisar/cambiar mi petición.

Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián Legal/Persona Responsable para Cuidado _____

Firma de Padre/Guardián Legal/Persona Responsable para Cuidado _____

Dirección _____

Dirección _____

Firma de Enfermera _____

Fecha _____

Firma del Director del Sitio _____

Fecha _____

Nota: Esta petición es válida solamente para este año escolar.

Comentarios: _____

**CONTRATO DE EXCEPCION
PARA ADMINISTRAR SI MISMO Y MANTENER MEDICINA EN SU PERSONA**

Fecha _____

_____ (Nombre y Apellido de Hijo) ha recibido instrucciones en el uso correcto del inhalador _____. Nosotros, _____ (Médico) y _____ (Padre, Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno), pedimos que _____ (Nombre y Apellido del Niño) tenga el permiso para llevar en su persona dicha medicina o para guardar en un lugar seguro, y lo consideramos responsable. El/Ella ha recibido instrucciones y entiende el propósito y método apropiado y la frecuencia del uso de la medicina.

Entiendo que esta petición está gobernada por las reglas de las Escuelas Públicas de Tulsa sobre administración de medicina por si mismo y que hay condiciones y excepciones para tal administración. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta regla si la pido. También he dado instrucciones a mi hijo que informe al personal de la escuela si síntomas sigan de modo que cuidado de emergencia puede estar proveído, si es necesario. También he dicho a mi hijo de la importancia de llevar una pulsera médica y entiendo que este permiso puede ser cancelado si mi hijo hace mal uso de la medicina, incluyendo dando permiso a otros para usar la medicina.

Nosotros los que firmamos abajo absolvemos la escuela de cualquier responsabilidad en salvaguardar la medicina del niño.

Firma del Médico _____

Fecha _____

Firma del Padre/Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____

Fecha _____

Firma del Padre/Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____

Fecha _____

***Esta petición se vence al fin del año de este año escolar.**

****Este contrato no aplica a Ritalin o a cualquier otra sustancia controlada.**