



**A: Padres**

**De: Enfermeras del Distrito**

**Referente a: Administración de Medicinas por Personal del Distrito en la Escuela**

Es el reglamento de Elmhurst Community Unit District 205- Emhurst Distrito Escolar 205 que la administración de medicinas durante las horas regulares de escuela no son aconsejables a menos que sea necesario para mantener el estudiante en la escuela, o en caso de emergencia. Si la medicina tiene que ser administrada por el personal del Distrito, los siguientes requisitos deben ser cumplidos. Esto requisitos se aplican tanto a recetas de doctor como a las medicinas que no necesitan receta (over the counter).

1. Todas las medicinas deben ser traídas a la escuela en el frasco original, claramente marcado el nombre del niño, nombre de la medicina, manera de usarla y fecha. Duplicados de frascos de receta se pueden obtener de su farmacia.
2. Todas las medicinas que no necesiten receta (over the counter) deben ser traídas en el frasco original, sin abrir, y deben ser claramente marcado con el nombre del niño, el nombre de la medicina, manera de usarse y fecha. **PERSONAL DEL DISTRITO NO PUEDE NINGUN MEDICAMENTO ENVIADO A LA ESCUELA EN TUPPERWARE, BOLSITAS PLASTICAS (BAGGIES), Y SOBRES, ETC.**
3. Tanto el padre/madre del estudiante y el médico deben completar, firmar y ponerle fecha a la autorización de cualquier medicina que sea administrada a sí mismo. Favor de devolver una forma completa **FORMA PARA AUTORIZACION DE MEDICNAS ADMINISTRACION POR EL PERSONAL DEL DISTRITO** al Distrito Escolar por correo o por fax.
4. El padre(s) deben reportar inmediatamente cualquier cambio en la receta o dosis, completando una nueva forma de autorización para cada cambio.
5. La medicina debe ser traída a la oficina de la escuela por el padre(s). Al final del año, la medicina debe ser recogida por los padre(s). El Distrito escolar debe recibir una nueva forma de autorización cada año, para continuar la administración de la medicina.

Si Ud., tiene alguna pregunta en referencia a este reglamento de medicinas, llame por favor a la enfermera de su escuela. Gracias por su cooperación en este asunto.



**FORMA PARA AUTORIZACION DE MEDICINAS  
ADMINISTRACION POR EL PERSONAL DEL DISTRITO**

---

Apellido del Estudiante    Primer Nombre    Segunda Inicial    Fecha de Nacimiento    Escuela    Fecha

De acuerdo con la póliza del Distrito, medicamentos pueden ser administrado solamente (prescripción o no prescripción) *solo si el Distrito ha recibido esta forma, que debe completar firmando y con fecha por los dos, doctor y padres o guardián del estudiante. Las medicinas deben ser traídas a la escuela en el frasco original que cumplen con la póliza del Distrito.* Padres deben inmediatamente notificar el Distrito de cualquier cambio requerido por administración de medicina completando una nueva copia de esta forma y regresando firmada y con fecha por los dos padre(s) y el doctor. Una nueva copia de esta forma debe ser completa al principio de cada año escolar para continuar la administración de medicinas. Por favor mirar la póliza de medicamentos del Distrito para una completa descripción de directivas de medicamentos del Distrito.

---

**Debe ser completado por un Doctor**

Diagnostico Requiriendo medicina: \_\_\_\_\_  
Razón por la medicina durante horas de escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Modo de administración u otras instrucciones: \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo(s) de administración: \_\_\_\_\_  
Intención del efecto de la medicina: \_\_\_\_\_  
Reacción de la medicina(s)? ( ) No ( ) Si, por favor descríbalo: \_\_\_\_\_  
Otro medicamento que está recibiendo el estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comienzo de administración de la medicina      \_\_\_\_\_ Discontinuar/re-evaluar/fecha de próxima consulta (circule una)

NOMBRE DEL DOCTOR (letra de molde) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

FIRMA DE DOCTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

*Para contactarme en caso de una reacción de la medicina o emergencia:*

NÚMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELEFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_



**Completar por el Padre o Guardián:**

Yo entiendo y reconozco que soy responsable de la administración de medicina de mi hijo. Por que la administración de medicina es necesaria para mantener el estudiante en la escuela, o será necesario en caso de una emergencia, yo doy permiso para Elmhurst Community School District 205 y sus empleados y agentes, a favor de administrar la medicina a mi hijo en la forma indicada. Yo reconozco que esto tal vez sea necesario para la administración de medicina a mi hijo para ser dirigido por una individual o enfermera de la escuela, y específicamente con conocimiento en dicha práctica.

Yo reconoceré y estoy de acuerdo, que cuando la medicina recetada bajo la ley es administrada o tratar de administrarla, yo renuncio a cualquier reclamo yo o mi estudiante tiene o podría tener contra el Distrito de la Escuela, Board of Education y sus miembros, y empleados del Distrito, policías, agentes, y voluntarios desde cualquier reclamo, obligación, pérdidas, o gastos, incluyendo cargos legales, razonables cargos de abogados y cargos médicos, relacionados directamente o indirectamente a la administración de dicho medicamento a favor del estudiante. En adición yo estoy de acuerdo para sostener y indemnizar el Distrito de la Escuela, el Board of Education, y sus miembros, y empleados del Distrito, policías, agentes, y voluntarios, conjuntamente o severamente, desde o contra cualquier reclamos, daños, causa de acción o injurias traídas de o a favor de cualquier partida que esté relacionada directamente o indirectamente a dicha medicina.

NOMBRE (letra de molde) \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*Para contactarme en caso de una reacción de la medicina o emergencia:*

NÚMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELEFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_