



A: Padres

De: Enfermeras del Distrito

Referente a: Administración por sí mismos de Medicinas por Estudiantes en la Escuela

Es el reglamento de Elmhurst Community Unit District 205- Elmhurst Distrito Escolar 205 que la administración de medicinas, incluyendo administración de medicinas a sí mismo, 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 a sí mismo en la escuela, los siguientes requisitos deben ser cumplidos. Estos 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. 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 de AUTORIZACION DE MEDICINAS ADMINISTRADAS A SI MISMO al Distrito Escolar por correo o por fax.
3. El padre/madre y el doctor deben reportar inmediatamente cualquier cambio en la receta o dosis, completando una nueva autorización por cada cambio.
4. La medicina debe ser traída a la oficina de la escuela por el padre/madre, a menos que la medicina será poseído para emergencias (por ejemplo, epi pen, inhalador, etc.). Al final del año, la medicina debe ser recogida por alguno de los padres. El Distrito escolar debe recibir una nueva 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.

2/12/2010



**FORMA PARA AUTORIZACION DE MEDICINAS
ADMINISTRADAS A SI MISMO**

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

De acuerdo con la póliza del Distrito, los estudiantes pueden poseer y administrarse medicamentos (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 por sí mismo 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 por sí mismo la medicina: _____

Nombre de medicina: _____ Dosis: _____

Modo de administración u otras instrucciones: _____

Frecuencia: _____ Tiempo(s) por sí mismo administrada: _____

Intención del efecto de la medicina: _____

Reacción de la medicina(s)? () No () Si, por favor descríballo: _____

Yo, quien firma, estoy de acuerdo que el nombre del estudiante mencionado arriba sea autorizado a administrarse a sí mismo la medicina y con la dosis indicada, durante las horas de escuela. Yo certifico que el nombre de este estudiante ha sido instruido en el uso y administración por sí mismo de la medicina indicada. El estudiante entiende la necesidad de su medicina, y reportar al personal de la escuela cualquier inusual reacción de la medicina. El estudiante tiene la capacidad usando esta medicina independientemente.

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: _____

2/12/2010



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 por sí mismo es necesaria para mantener el estudiante en la escuela, o será necesario en caso de una emergencia, yo doy permiso para mi estudiante administrarse la medicina indicada, mientras esté supervisado por el personal de la escuela.

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 por sí mismo o dicho medicamento por el 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 administrada por sí mismo.

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: _____

2/12/2010