



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Maestro(a): _____ Sexo: _____

HEALTH CARE PROVIDER with prescriptive authority completes this section: (please print)

I have determined that the following medication is necessary during the school day.

Diagnosis for which medication is given: _____

Yes No This is a LIFE THREATENING condition for this student that requires medication and a nursing care plan at school prior to the student attending school safely per RCW 28A.210.320.

Name of Medication: _____ **Route:** _____

Dose: _____ **Strength if variable:** _____

If medicine is given DAILY, at what time: _____

If medicine is given WHEN NEEDED, describe indications: _____

May repeat in: _____ minutes / hours, as needed

- Store medication in school clinic with school staff to administer. (If no box checked, this option is the default.)
- The student is authorized to self-administer the medication. By checking this box, the Health Care Provider represents that they trained the student to self-administer the medication and that the medication is safe to self-administer.

Duration: Current school year Other: _____

Possible side effects: _____

Emergency procedures in the event of serious side effects: _____

Conditions when medication should not be given: _____

Date: _____ Signature: _____

Phone #: _____ Print Name: _____

Fax #: _____ Address: _____

EL PADRE/ TUTOR/ ESTUDIANTE ELEGIBLE llena esta sección:

Marque una casilla:

- Solicito que un miembro autorizado del personal escolar ayude a mi hijo a tomar el/los medicamento(s) mencionados anteriormente. Si no se marca ninguna casilla, esta opción es la predeterminada.
- Solicito que a mi hijo se le permita auto administrarse el/los medicamento(s) descritos anteriormente. Eximiré e indemnizaré al Distrito, a sus funcionarios, empleados y al personal en contra de todo reclamo o responsabilidad que surja de la auto administración o por la portación del medicamento de parte del estudiante.
- Tengo por lo menos 18 años de edad y firmo este formulario en mi nombre (RCW 26.28.015 o RCW 70.02.130).

Con mi firma indico mi autorización para el intercambio de esta información entre el personal escolar y el proveedor de salud y comprendo que ni el Distrito ni el personal escolar asumirán ninguna responsabilidad por ninguna lesión ocurrida cuando se administre el medicamento de acuerdo con las instrucciones del proveedor de salud y de la ley de Washington.

Fecha

Número(s) de teléfono

Dirección de Correo Electrónico: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES (cont.)

Siempre que sea posible, los estudiantes deben recibir medicamentos fuera del horario escolar. Para aquellos estudiantes que necesiten medicamentos en la escuela, lo siguiente es obligatorio de acuerdo a la ley del Estado de Washington y se debe llenar y archivar **ANTES** que se administre cualquier medicamento en la escuela:

- Todos los medicamentos (incluyendo aquellos sin receta) para que sean administrados en la escuela requieren de una firma autorizada del Padre/Tutor/Estudiante Elegible y del Profesional de Salud Titulado.
- Los medicamentos sin receta deben estar dentro de su envase original.
- Los medicamentos bajo receta deben estar adecuadamente etiquetados en el envase original de la farmacia y deben incluir:
 - Nombre del estudiante
 - Nombre y concentración del medicamento, incluyendo la dosis que se debe administrar
 - Hora y método de administración
 - Duración/Días que se debe administrar
- El personal no titulado que ha sido entrenado solamente puede administrar medicamentos de vía oral, por el oído u ojo y tópicamente. Con excepción de los auto-inyectores de Epinefrina (ej., Epi-Pen, Auvi-Q) . Cualquier otro medicamento inyectado y los medicamentos rectales pueden ser administrados solamente por una enfermera titulada. Para más información comuníquese con el/la enfermero(a) escolar.

POR FAVOR TOME NOTA:

- Por favor lea la Norma y Procedimiento para los Medicamentos 3416 del Distrito Escolar de Renton y la Norma y Procedimiento para la Autoadministración de Medicamentos para el Asma y la Anafilaxia 3419.
- Las solicitudes para la administración de medicamentos son validas solamente para los medicamentos listados y por la duración indicada.
- Las solicitudes para la administración de medicamentos deben ser reautorizadas cada ciclo escolar.
- Si los medicamentos permanecen en la escuela después del tratamiento, deberán ser recogidos por el padre/tutor/estudiante elegible o se dará por entendido que serán destruidos.
- Si el estudiante lleva consigo y se autoadministra el medicamento, se recomienda a las familias que proporcionen un medicamento extra para que sea almacenado por el distrito.
- Los medicamentos se almacenarán en la oficina/ clínica de salud escolar a no ser que el Proveedor de Salud lo indique de otra manera. Los medicamentos almacenados en esta área no estarán disponibles fuera del horario escolar.
- Es responsabilidad de los padres/tutores asegurarse que las medidas de emergencia (rescate) necesarias estén disponibles para sus hijos fuera del horario escolar, durante la ida y regreso de la escuela y durante los eventos después del horario escolar.
- El permiso para poseer y autoadministrar un medicamento puede ser revocado por el director o el enfermero escolar si se determina que el estudiante no está portando y autoadministrando el medicamento de manera segura y efectiva.
- El distrito se esfuerza por mantener temperaturas consistentes y seguras para el almacenamiento de los medicamentos mientras que estos permanecen en la escuela. Esto no se puede garantizar. El distrito no puede proporcionar el reemplazo de un medicamento debido a un apagón o a un acto de la naturaleza.

Gracias por su cooperación.