

Información para los Padres

En cuanto a los medicamentos en la escuela

- El Formulario de Medicamentos debe ser llenado y firmado por el médico **y** los padres.
- La enfermera/ personal escolar no puede administrar ningún tipo de medicamento sin primero obtener el formulario de medicación completado. Esto incluye medicamentos tales como Tylenol, ibuprofeno, Tums, pastillas para la tos, Benadryl, ungüentos/pomadas antibióticas, medicamentos para la tos, etc.
- Los padres deben proveer todos los medicamentos.
- El medicamento debe ser traído a la escuela en su envase y etiquetado original.
- Los padres deben transportar los medicamentos a la escuela. Los medicamentos no pueden ser enviados a la escuela en el autobús. Si se le dificulta, comuníquese con la enfermera escolar.
- Al comienzo de cada año escolar, usted debe proporcionar nuevos formularios de medicación.
- **Los padres son responsables de recoger cualquier medicamento sobrante al final del año escolar. Los medicamentos que sobren serán desechados, a menos que los padres se comuniquen con la enfermera escolar y soliciten que sean retenidos.**

Iredell Statesville Schools

Nombre de la Escuela: _____

Solicitud Para Administración de Medicamento Durante Horas Escolares

(Se requiere la firma de los padres/tutores y medico)

To Be Completed By Physician (Para ser completado por el medico):

Pupil's Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ Diagnosis: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time to be given: _____ Purpose of Medication: _____

Significant Information (side effects, toxic reaction): _____

Duration of order from _____ to _____

Yes No If medication is used for asthma/allergic reaction or diabetes (ie: inhaler, epipen, insulin) I certify this student has been taught to self-administer and should be allowed to carry own medication and use as prescribed.

Telephone _____

Physicians Name (please print) _____

Physicians Signature _____

Date _____

Physician and Parent please note per ISS School Board Policy Code 6125: NO controlled substance (with the potential to impair students ability to function at school ie: stay awake in class, potential for falling) shall be maintained or given by the school unless imperative to have for the student's education or for life threatening situation.

Physician's Stamp

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES:

Solicito que mi hijo(a) pueda recibir el medicamento como lo indica la orden anterior del médico. Entiendo que el personal escolar sin formalidad médica puede administrar o inyectar el medicamento después de recibir el entrenamiento por la enfermera escolar. Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar este medicamento dentro de su recipiente debidamente etiquetado por el farmacéutico con la información de identificación. El estudiante debe demostrar al personal el nivel de habilidad adecuado para el consumo.

Autorizo la divulgación y el intercambio de información médica y educativa de mi hijo(a) entre el médico de mi hijo(a) y el personal escolar que sea necesaria para llevar a cabo este servicio para mi hijo(a).

(Marque una opción) Sí / No - Doy permiso para que mi hijo(a) cargue y se administre su propio medicamento según lo recetado por el médico, tales medicamentos como: inhalador, epi-pen, o insulina.

Firma de Padre/Tutor _____

Número de Teléfono/Celular _____

Fecha _____

Reviewed by Nurse _____ Date _____

Leer atras

