



Rankin County  
School District

TRADITION OF EXCELLENCE

## CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

ACUERDO DE AUTORIZACION-INDEMNIDAD DE LOS PADRES Y PEDIDO DE MEDICO PARA  
LA ADMINISTRACION DE PRESCRIPCION O  
MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EN LA ESCUELA

### INFORMACION DE ESTUDANTE (Para ser llenado por el padre):

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### Padres/Tutor Legal) Contactos de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono #: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Los padres o tutores del estudiante mencionado anteriormente, un niño menor de edad, han solicitado personal del Distrito Escolar del Condado de Rankin o de los Servicios de Salud Mental de la Región 8 y sus enfermeras, empleados, directores, agentes y voluntarios para administrar medicamentos recetados y/o over the Counter (OTC) a este estudiante. Esta solicitud se ha hecho para mi/nuestra conveniencia como sustituto de la administración parental de este medicamento. Si no hay una enfermera con licencia y registrada basada en la escuela disponible para administrar medicamentos en la escuela, se entiende que el director de la escuela o su designado asignará personal escolar sin licencia o empleado/voluntario que no tenga entrenamiento de enfermería, pero ha completado la Junta de Enfermería de Mississippi "Currículo de Autoadministración Asistida" la tarea de ayudar al niño en tomar el medicamento. Entendemos que serán necesarias declaraciones firmadas por padres/prescriptores adicionales si se cambia el medicamento o la dosis de la medicación. También autorizamos a la enfermera o empleado en la escuela a hablar con el prescriptor o farmacéutico en caso de que se presente una pregunta sobre el medicamento. Entendemos que el medicamento debe estar en el envase original y estar debidamente etiquetado con el nombre del estudiante, nombre del prescriptor, farmacia, número de farmacia, fecha de prescripción, nombre del medicamento, dosis, fuerza, intervalo de tiempo, administración, y la fecha de expiración del medicamento cuando sea apropiado. Si el medicamento está sin receta, entonces debe registrarse en la escuela en el envase original y el nombre del niño debe escribirse de forma legible en el frasco. Todos los medicamentos deben ser registrados por el director o su designado asignado y aprobados por la enfermera basada en la escuela antes de la administración de medicamentos en la escuela. Yo/Nosotros por siempre libero y descargo para mantener inofensivo al Distrito Escolar del Condado de Rankin, a su personal, a sus empleados, agentes, voluntarios o enfermeras y a la Junta de Síndicos o a los Servicios de Salud Mental de la Región 8 y sus enfermeras, empleados, directores, agentes y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, daños, gastos, pérdida de servicios y causas de acción pertenecientes al menor de edad o a los abajo firmantes que surjan de o debido a cualquier lesión, enfermedad, discapacidad, pérdida o daño de cualquier tipo administración del medicamento recetado. El abajo firmante acepta pagar al distrito escolar o a la Región 8, su personal o Fideicomisarios cualquier suma de dinero, gastos o honorarios del abogado que cualquiera de ellos pueda verse obligado a pagar en defensa de cualquier acción o a causa de cualquier lesión a causa de la medicina a el estudiante. He leído el acuerdo de liberación e indemnización anterior y lo he entendido completamente. Ejecuto este el \_\_\_\_\_ día del, 20. \_\_\_\_.

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

### AUTORIZACION DEL PRESCRIBIR (Para ser completado por un medico o profesional con licencia)

Nombre del medicamento (uno por pagina): \_\_\_\_\_ Comprobar receta  OTC

Condición para la cual se necesita medicación (Diagnóstico): \_\_\_\_\_

Dosificación: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_ Tiempo(s)/Frecuencia de dosis: \_\_\_\_\_

Si PRN, explique la frecuencia: \_\_\_\_\_

Y síntomas específicos cuando administrar: \_\_\_\_\_

*(Ejemplo: DOLOR DE CABEZA O ESTOMAGO, WHEEZING U OTROS SINTOMAS EXHIBIDOS CON LA CONDICION MEDICA)*

Si el medicamento es relacionado al Asma inhalador o Epinefrina/ epi-pen, este estudiante está autorizado para el autotransporte y ha sido instruido y demostrado la técnica adecuada en la administración del medicamento? Si  No

Nombre del prescriptor & Titulo (IMPRIMIR): \_\_\_\_\_ Firma del prescriptor (o sello de firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del doctor #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_