NEW HANOVER COUNTY
PUBLIC HEALTH

Tiene que ser completado por un Proveedor del Cuidado de la Salud y tiene que ser enviado por fax a _____(la escuela actual del estudiante)

AUTORIZACION DEL DOCTOR PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A UN ESTUDIANTE EN LA ESCUELA 2020-2021

Nombre del estudiante_____ Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Medicamento _____ Dosis _____ Modo de administración _____

Hora que se debe tomar el medicamento y cuantas veces _____

Información importante(efectos secundarios, reacción toxica)_____

_____

_____

Contraindicaciones para la administración

Este medicamento debera estar bajo llave y sera llevado y traido de la escuela por los padres o Tutor legal en un contenedor con la etiqueta apropiada de la farmacia con la información del Paciente e instrucciones (nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis y la hora que debe administrarse).

Si una emergencia ocurre durante el día escolar o si el estudiante se enferma, los encargados de la escuela necesitan llamar a los padres, a mi oficina o al 911.

COMPLETE SI ESTA RECENTANDO MEDICAMENTO PARA EL ASMA, REACCION Anafiláctica O PARA ESTUDIANTES CON DIABETES (AZUCAR)

Los estudiantes pueden poseer y administrase el medicamento para el asma, reacción anafiláctica o para la diabetes durante el día escolar y/o en actividades escolares. Circule el **Sí** o **No**

Se le dio instrucciones al estudiante, constando que comprendió lo indicado, y demostró la habilidad adecuada para poseer y administrarse los medicamentos en la escuela. Circule el **Sí** o **No**

Los estudiantes que se pueden administrar el medicamento en la escuela, deberán tener medicamento de respaldo (medicamento extra) de acuerdo a G.S. 115c-375.2. Este estudiante tiene copia del plan de tratamiento.

_____ (___)_____ _____

Healthcare Provider Signature *Telephone Number* *Date*

PERMISO DE LOS PADRES

Yo le doy permiso a mi hijo(a) de recibir medicamento durante el día escolar. Este medicamento ha sido recetado por un doctor con su licensia apropiada. La Junta de la Escuela, sus agencies y empleados no son responsables por cualquier problema ocasionado por el uso de medicamentos recetados en la escuela.

_____ (___)_____ _____

Padre o Tutor legal *Número de Tel.* *Fecha*

Revisado por: _____ _____

Enfermera de la Escuela *Fecha*

CONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO

Yo entiendo y he demostrado a la enfermera de la escuela o a la enfermera designada los conocimientos necesarios para administrarme el medicamento. Yo estoy de acuerdo de **no** compartir el medicamento o material con nadie.

_____ _____

Firma del Estudiante *Fecha*