

Distrito escolar 197

Autorización para la administración de medicamentos en la escuela

Nombre del estudiante: _____
 Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: _____
 Año escolar: _____ Grado: _____

Condición Médica / ICD 10 CM	Medicamento / Tratamiento	Dosis	Frecuencia	Via	Efectos secundarios

(Todas las autorizaciones vencen el último día del año escolar en curso)

Los estudiantes pueden cargar consigo / administrar su inhalador / autoinyector de epinefrina con la orden del médico/ recetador autorizado, la autorización del padre / tutor y, si corresponde, según lo determine la enfermera de la escuela.

 Escriba en letra de imprenta o escriba el nombre del médico/
 recetador autorizado

 Firma del médico / recetador autorizado

Dirección de la clínica: _____
 Número de teléfono: _____

Número de fax: _____
 Fecha: _____

Autorización del padre / tutor

1. Solicito que los medicamentos arriba mencionados se administren durante el horario escolar según lo indique el médico / recetador autorizado de este estudiante. También solicito que los medicamentos se administren en excursiones, según lo prescrito y según la política del distrito.
2. La primera dosis de un medicamento recién recetado se administrará en casa para monitorear la respuesta del estudiante.
3. Libero al personal de la escuela de toda responsabilidad en caso de que se produzcan reacciones adversas por tomar medicamentos.
4. Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en el medicamento(s), (por ejemplo: cambio de dosis, suspensión del medicamento, etc.).
5. Doy permiso para que la enfermera registrada (RN) o su designado se comuniquen con los maestros del estudiante sobre la condición de salud del estudiante y la acción de los medicamentos.
6. Doy permiso para que el(los) medicamento(s) sean administrados por el personal designado por delegación de la enfermera registrada.
7. Doy permiso para que la enfermera registrada o su designado consulten (en formato oral o escrito) con el médico / prescriptor autorizado del estudiante mencionado anteriormente con respecto a cualquier pregunta que surja con respecto a los medicamentos o condiciones médicas enumerados.

Esta autorización puede ser revocada por usted en cualquier momento por escrito y vence automáticamente en la última fecha del año escolar actual. Tenga en cuenta:

- Los medicamentos deben ser suministrados en el frasco original / recetado y transportados hacia y desde la escuela por un padre / tutor a menos que se hagan otros arreglos a través de la comunicación con la enfermera de la escuela.
- La responsabilidad de compartir información médica con programas que se llevan a cabo fuera del día educativo recae en el padre / tutor.
- Deben completarse las firmas para poder administrar medicamentos. Si no se sigue la política de medicamentos, los servicios de salud de la escuela no podrán administrar medicamentos, lo que puede afectar negativamente los resultados educativos o la seguridad de este estudiante.

Firma del padre / tutor: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono de día: _____ Fecha: _____