

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE 196
Escuelas Públicas de Rosemount-Apple Valley-Eagan
Educando a nuestros estudiantes para que alcancen su máximo potencial

Número de serie 506.2.2.1P Adoptado en diciembre de 1987 Revisado en abril de 2015

Título Autorización para la Administración de Medicamentos Recetados en la Escuela
Formulario de Autorización de Medicamentos (ECSE - Grado 12)

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
 _____ Año escolar _____ Escuela _____
 _____ Alergias _____

NOTA: Los medicamentos deben suministrarse en el frasco de prescripción original etiquetado.
***No se administrarán analgésicos narcóticos durante el día escolar a menos que lo autorice un médico.**

Medicamento	ICD-10/Condición médica	Dosis	Hora	Ruta	Posibles efectos secundarios
1.					
2.					
3.					

Otras consideraciones/direcciones _____

 firma del médico/recetador autorizado

 nombre del médico/recetador autorizado

 fecha

 nombre de la clínica

 teléfono de la clínica

 fax de la clínica

Autorización del Padre/Madre/Tutor

1. Solicito que el/los medicamento/s mencionados anteriormente se administren durante el horario escolar según lo indique el médico/recetador autorizado de mi estudiante. También solicito que se administre/n el/los medicamento/s en las excursiones según lo prescrito.
2. Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en el/los medicamento/s, es decir, cambio de dosis, suspensión del medicamento, etc.
3. Doy permiso para que el/los medicamento/s sea/n administrado/s por personal escolar capacitado cuando sea delegado por la enfermera de la escuela en su ausencia.

 firma del

 fecha

 relación con el/la

Permiso para Divulgar Información

1. Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique, según sea necesario, con el personal de la escuela sobre la condición médica de mi hijo/a y la acción del/ de los medicamento/s.
2. Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico/recetador autorizado de mi hijo/a sobre cualquier pregunta con respecto al/a los medicamento/s enumerado/s o la/s afección/es médica/s que se tratan con medicación/es.
3. Doy permiso al médico/prescriptor con licencia para divulgar información relacionada con el/los

 firma del

 fecha

 relación con el/la

Enviar a _____

teléfono _____

fax _____

Enfermera Registrada (RN),