

S-9: Formulario de medicamentos del estudiante



INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre (que no sea el padre/la madre/el tutor): _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/EL TUTOR

A través del presente documento, autorizo al personal de la escuela a administrarle el medicamento descrito a continuación a mi hijo. Comprendo que un profesor capacitado u otro personal de la escuela le administrarán únicamente los medicamentos especificados a continuación. Si la receta se modifica, se debe completar un nuevo formulario de autorización de los padres y una nueva orden del profesional de la salud antes de que el personal de la escuela pueda administrar el medicamento nuevo.

Los medicamentos recetados deben ser transportados hacia y desde la escuela por un adulto, en el envase original y con la etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora de la administración, la dosis y el nombre del proveedor de atención médica. Si es un medicamento de venta libre, el medicamento debe estar en el envase original. El personal de enfermería de la escuela podrá comunicarse con el proveedor de atención médica del estudiante si necesita alguna explicación para administrar el medicamento.

Autorizo a mi hijo a llevar, tener y autoadministrarse este medicamento.

Mi hijo y yo comprendemos que existen sanciones graves, las cuales pueden incluir la suspensión o la expulsión de la escuela, por compartir cualquier medicamento o suministros con otras personas. Consulte los [procedimientos administrativos](#) de la política S-3 del Consejo sobre comportamiento y disciplina de los estudiantes.

Me comprometo a cumplir con las responsabilidades paternas mencionadas anteriormente. Comprendo que el personal de la escuela puede divulgar información médica o personal de mi hijo en alguna situación relacionada con la salud si es necesario.

Nota: se solicitará un formulario de medicamentos nuevo cada año escolar.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO (COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	INDICACIONES	DOSIS	VÍA	HORA

El estudiante especificado anteriormente se encuentra bajo mi cuidado:

- Según mi opinión, es necesario administrar este medicamento durante la jornada escolar. El personal escolar capacitado deberá y estará autorizado a administrar este medicamento. Especifique cualquier conocimiento específico requerido para la administración: _____
- Según mi opinión, es necesario administrar este medicamento durante la jornada escolar. Considero que es correcto desde el punto de vista médico que el estudiante tenga este medicamento y se lo autoadministre.

Tiempo durante el cual se debe administrar el medicamento/tiempo durante el cual el estudiante está autorizado a llevar el medicamento: _____

Efectos secundarios típicos: _____

Alergias: _____

AVISO: esta orden solo puede ser firmada por un médico, dentista, enfermero profesional (enfermero de medicina familiar, enfermero pediátrico, enfermero registrado de práctica avanzada), asistente de médico matriculado o proveedor encargado de recetar medicamentos.

Firma del médico

Teléfono

Fecha

ARCHIVO/REGISTRO DE MEDICAMENTOS DEL DISTRITO ESCOLAR DE SALT LAKE CITY (PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE)

ESTUDIANTE:	PADRE/MADRE:		AÑO:	PROFESOR:	
MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	HORA	FECHA DE INICIO	FECHA DE

Firma del personal: _____ Iniciales: _____ Firma del personal: _____ Iniciales: _____
 Firma del personal: _____ Iniciales: _____ Firma del personal: _____ Iniciales: _____

ARCHIVO/REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Notas/instrucciones especiales: _____

(Códigos: **X** = no hubo clases, **OT** = receso, **A** = ausente, **NP** = el medicamento no estaba disponible, **R** = se negó, **PC** = se llamó/informó a los padres)

JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE				

Notas: _____

NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO				

Notas: _____

MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO				

Notas: _____

Ningún empleado o estudiante del distrito debe estar sujeto a discriminación en el empleo o cualquier programa o actividad del distrito en base a su edad, color, discapacidad, género, identidad sexual, información genética, origen nacional, embarazo, raza, religión, orientación sexual o estado de veterano. El distrito se compromete a brindar un acceso igualitario y las mismas oportunidades en sus programas, servicios y fuentes de empleo, incluidas las políticas, los procesos de quejas, la accesibilidad a los programas, la utilización de las instalaciones del distrito, los establecimientos y cualquier otro asunto relacionado con la Igualdad de Oportunidades de Empleo. El distrito también ofrece acceso equitativo a las instalaciones del distrito para todos los grupos de jóvenes que se especifican en el Título 36 de los Códigos de los Estados Unidos, incluidos los grupos de exploradores. La siguiente persona ha sido designada para atender las consultas y reclamaciones con respecto a la discriminación ilegal, el acoso y las represalias: Tina Hatch, Cumplimiento e Investigaciones, 440 East 100 South, Salt Lake City, Utah 84111, (801) 578-8388. También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles, Denver, CO, (303) 844-5695.