



SERVICIOS DE SALUD DE KISD

Solicitud del Padre/Medico para la Administración de Medicamento Recetado proporcionado por el Personal de la Escuela

Fecha de petición: _____ Escuela: _____ Grado/Maestra: ____/_____

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono de Escuela: _____ Fax: _____ ATTN: _____

Entiendo que:

- Los medicamentos DEBEN estar en el envase original etiquetado (NO bolsas, papel de aluminio, etc.).
- Los padres llevarán todos los medicamentos directamente a la oficina de la enfermera / oficina principal del campus.
- El padre / tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y el equipo relacionado a la oficina de la enfermera o la oficina principal del campus.
- Será responsabilidad del padre / tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se complete un formulario nuevo y se proporcione contenedor.
- Todos los medicamentos que se administrarán en la escuela deben estar aprobados por la FDA a menos que su hijo tenga un plan 504 y se indique lo contrario.
- En caso de una excursión de KISD, mi estudiante recibirá su medicamento a menos que yo le notifique a la enfermera de la escuela que no debe administrarse en esa fecha.

Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Método (vía oral, tópica, etc): _____

Cuántas veces/hora de administrar: _____

Condición/Enfermedad que requiere medicamento: _____

Posibles efectos secundarios, si los hay: _____

Nombre de Medico: _____ Firma del Medico: _____

Número Telefónico del Medico: _____ Numero de Fax del Medico: _____

Solicito y autorizo a Kaufman ISD a administrar el medicamento anterior según recetado. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar a cualquier persona o personas calificadas para administrar este medicamento. Doy permiso para que el personal de la escuela administre medicamentos a mi hijo y libero a KISD de toda responsabilidad debido a cualquier reacción alérgica.

Autorizo a la enfermera de la escuela y al médico que prescribe a discutir y / o aclarar esta orden de medicamento o en el interés de la salud de este estudiante, discutir su respuesta a los medicamentos recetados requeridos por la Ley de Práctica de Enfermería y las Leyes de Práctica Médica de Texas. Si el consentimiento para que la enfermera y el médico consulten con respecto a esta orden de medicamentos no se otorga o se revoca, es posible que el personal de la escuela no pueda administrar los medicamentos recetados.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Teléfono de Casa

_____ ext _____
Teléfono de Trabajo

Teléfono Celular