



**PERMISO DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA ADMINISTRAR
MEDICAMENTO O PROCEDIMIENTO EN LA ESCUELA Y ORDEN
FIRMADA POR LA PERSONA QUE RECETA EL MEDICAMENTO**

Health Services

El **padre/tutor legal** de _____, Fecha de nacimiento _____
(Nombre del estudiante)

pide que el personal empleado por el Adams 12 Five Star Schools administre o supervise la administración de medicamentos o procedimientos como lo prescribió abajo la persona autorizada para prescribirlo. **Este permiso es efectivo durante el año escolar actual.**

El Adams 12 Five Star Schools requiere, como condición a su acuerdo de administrar cualquier medicamento, que el medicamento haya sido recetado por un médico, dentista u otro recetante autorizado, y que será provisto por el padre/tutor del estudiante en un frasco proporcionado por la farmacia o en el envase original del medicamento sin receta con etiqueta que indica el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, y cuándo se ha de administrar el medicamento. Se entiende que se administra el medicamento sólo por solicitud de y como un favor al padre/tutor que firma abajo. Al firmar este permiso autorizo a los empleados del Adams 12 Five Star Schools para que se comuniquen con el recetante autorizado si es necesario clarificar la orden prescrita. La política del Adams 12 Five Star Schools requiere que los medicamentos que no son urgentes, recetados o sin receta, sean guardados en un área asegurada en la oficina de salud de la escuela. El medicamento será administrado por empleados del Adams 12 Five Star Schools de acuerdo a las órdenes escritas del médico/plan de tratamiento, el permiso de los padres, y tal como se especifica en la Política 5420 del Superintendente.

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del **PADRE/MADRE**: _____ Fecha: _____

**ORDEN FIRMADA POR EL RECETANTE AUTORIZADO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS o
PROCEDIMIENTOS EN LA ESCUELA**

Nombre del Medicamento _____ Dosis del Medicamento 1. _____ MG Tabletas / Cápsulas / Líquidos / Ampolleta O 2. Inhaladores – Cantidad de inhalaciones necesarias: _____ inhalaciones Vía de Administración Oral Tópico Rectal Inhalado Nebulizador Tubo G Procedimiento: Alimentación con tubo G Cateterización Oximetría del pulso Otro: _____ Horario en que debe ser administrado: _____ Antes de ejercitarse: Sí No Puede repetirse cada _____ Instrucciones especiales: _____ _____	Fecha de Comienzo _____ Fecha de Terminación _____ Propósito: Posibles Efectos Secundarios: Comentarios adicionales:
--	--

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA del recetante autorizado: _____

Firma del recetante autorizado: _____ Fecha: _____

Dirección de la oficina: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la oficina: _____ Número de fax de la oficina: _____

Firma de Enfermera Escolar: _____ Fecha: _____