



Autorización de Administración de Medicamentos

Nombre del estudiante: _____

Número de identificación del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____

Farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Este formulario debe completarse en su totalidad para que el personal de salud de la escuela administre medicamentos a un estudiante. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento y cada vez que haya un cambio en las instrucciones de administración del medicamento. Lo siguiente es requerido por el proveedor del medicamento de acuerdo con el Código de Educación de Texas, Capítulo 22, Sección 22.052:

- Los medicamentos recetados y sin receta deben entregarse a la escuela en su envase original.
- El envase debe estar debidamente rotulado por un farmacéutico o médico prescriptor.

Permiso de los padres

- Solicito que las personas autorizadas (designado clínicamente capacitado por el director) en la escuela de mi hijo ayuden a mi hijo a tomar los medicamentos recetados o de venta libre que se describen a continuación en el momento indicado y según lo designado por su licenciado. prescriptor **Las dosis de medicamentos que podrían tomarse en casa no se administrarán en la escuela.**
- Solicito que se le permita a mi hijo llevar y autoadministrarse medicamentos. **(Bomba de insulina e inhalador solamente)** Eximiré de toda responsabilidad e indemnizaré al Distrito Escolar Independiente de Cleveland, sus agentes, empleados y miembros de la junta contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y el transporte de medicamentos por parte de mi hijo. **(Solo para estudiantes de secundaria o preparatoria)**
- Doy mi consentimiento para que la información médica de mi hijo se muestre en el sistema de documentación electrónica de la escuela.

Yo, o un adulto responsable, seremos responsables de llevar los medicamentos recetados y/o de venta libre a la clínica escolar en el envase original etiquetado del farmacéutico o del fabricante. (Las etiquetas de las recetas deben incluir **la fecha, el nombre del paciente, el nombre del medicamento, la dosis y el nombre del médico y la fecha de vencimiento**). **NO ENVÍE NINGÚN MEDICAMENTO EN EL AUTOBÚS**

También entiendo que soy responsable de mantener suficientes medicamentos en la escuela. El incumplimiento de esto resultará en una interrupción de la orden del prescriptor autorizado o la suspensión de la administración del medicamento por parte de la escuela para mi hijo. Entiendo que, si mi hijo se niega a tomar los medicamentos, no se administrarán y se notificará a los padres.

El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el prescriptor autorizado con respecto al uso, los efectos secundarios, la respuesta y las contraindicaciones de los medicamentos.

- Confirmando que mi hijo ha tomado este medicamento anteriormente.
- Mi hijo no ha tomado este medicamento anteriormente, pero es un medicamento de emergencia.

Todos los medicamentos que no sean recogidos por un padre o tutor el último día de clases serán destruidos.

Firma del padre/madre/tutor legal

Relación

Fecha:(Mes/Día/Año)

Nombre del padre en letra de imprenta

Número de teléfono celular Número de teléfono de casa