



Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado/Maestra: _____

Nombre del médico que prescribe: _____ Número de teléfono _____

Concedo permiso para que la enfermera de la escuela o un miembro del personal delegado administre medicamentos / tratamiento a mi hijo en la escuela según lo indique el médico de mi hijo en consecuencia a continuación. Entiendo que debo proporcionar cualquier medicamento recetado en su envase original etiquetado.

También reconozco la necesidad y doy permiso para una comunicación adecuada entre el profesional de salud de la escuela y el médico prescriptor relacionado con el tratamiento específico en las preguntas, incluida la comunicación sobre: 1. La receta o el tratamiento en sí (por ejemplo, preguntas sobre la dosis, el método de administración, el potencial). Interacciones farmacológicas, tamaño del catéter para la inserción de emergencia en la pista de un tubo de gastrostomía desmontado); 2. Implementación del tratamiento en la escuela (por ejemplo, preguntas relacionadas con problemas de seguridad, problemas de control de infecciones o medicamentos en la orden de tratamiento relacionada con el entorno escolar o el calendario académico de los estudiantes); 3. Resultados de los estudiantes del tratamiento (por ejemplo, preguntas sobre los efectos secundarios observados, posibles reacciones adversas, observaciones de cambios de comportamiento en el aula); 4. Y otras cuestiones pertinentes relacionadas con el diagnóstico, la afección o el tratamiento del estudiante.

Entiendo que la política de la Junta de Educación de USD 250 mantendrá un registro individual de cada medicamento administrado, cualquier cambio en el medicamento recetado (por ejemplo, tipo de medicamento, dosis y / o tiempo de administración) debe ir acompañado de una nueva Autorización para medicamentos / Procedimiento para ser administrado en la escuela, excursiones y formulario de actividades extracurriculares y un contenedor recién etiquetado. En la administración de medicamentos, no se considerará que el empleado de la escuela ha asumido ninguna responsabilidad legal, aparte de actuar como un empleado debidamente autorizado del distrito escolar.

Firma del Padre/ Tutor Legal

(Nombre Impreso)

Fecha

Physician to Complete

Current Diagnosis (es): _____, _____, _____, _____

PHYSICAN MEDICATION AND/OR TREATMENT ORDERS: (please specify)

Medication/Treatment	Dosage	Time/Frequency
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Special Instructions: _____

Physician/Midlevel Signature

Physician/ Midlevel (Printed Name)

Date