



**DISTRITO ESCOLAR NORTH CLACKAMAS
ASISTENCIA DE MEDICINAS**

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Escuela

Nombre del Maestro/Grado

Solicito que el personal escolar ayude a mi hijo en la administración de esta medicina de acuerdo con las instrucciones escritas de nuestro proveedor de servicios de salud.

1. Diagnóstico (indicación para la inyección de medicina o de emergencia):

2. Medicina prescrita: _____ Fecha de Expiración: _____

Dosis: _____ Frecuencia/hora: _____

3. Reacción posible a la medicina: _____

4. Otras instrucciones específicas: _____

5. Fecha para discontinuar la medicina: _____

Si se requiere que el medicamento / inyección de emergencia que sea programada durante el horario escolar.

- El tratamiento médico es la responsabilidad de los padres y el médico. La administración de medicinas es un servicio que la escuela no tiene la obligación legal de realizar. Sin embargo, cuando es absolutamente necesario que la medicina se tome durante el horario escolar, se requiere esta forma, con instrucciones específicas del proveedor de cuidado de salud y la firma del padre / tutor.
- Se entiende que la escuela no está legalmente obligada a ayudar en la administración de medicina a mi hijo. Por lo tanto, estoy de acuerdo en que el distrito escolar y sus empleados estén libres de cualquier y toda responsabilidad por los resultados en que esta medicina o la manera en que se administra, e indemnizar a cada uno de ellos frente a la pérdida por motivos de cualquier fallo civil que surja de estos arreglos que puedan prestarse en contra de ellos.
- Voy a notificar a la escuela inmediatamente si cambiamos los proveedores de cuidado de salud o si se cambia o se suspende la medicina. Los cambios en la dosis deben ser verificados por un profesional de salud. Si soy notificado por personal de la escuela que hay medicinas restantes después del curso de tratamiento o al final del año escolar, voy a recoger la medicina en la escuela o comprendo que la escuela se deshará de ella apropiadamente.

La medicina debe ser provista en el envase original de la farmacia.

Se requiere la firma del proveedor de salud para medicinas con receta (tal vez sea en forma de una etiqueta actual en el envase).

Firma del Proveedor de Salud

Nombre del Proveedor de Salud (escrito)

Número de Teléfono de proveedor de Salud

Fecha



DISTRITO ESCOLAR NORTH CLACKAMAS ASISTENCIA DE MEDICINAS

MEDICINA DE ESTUDIANTES

Si se requiere que el estudiante tome la medicina (con o sin receta) para que continúe en la escuela, los siguientes procesos aplican:

1. El padre / tutor debe completar la forma de Asistencia de Medicinas antes de que la medicina se pueda administrar.
2. Se requiere la firma de un médico para todas las medicinas recetadas. (Esto puede ser en forma de una etiqueta en la medicina si toda la información está completa.) Todas las medicinas no debe estar vencidas, y en el envase original. La etiqueta de la receta debe ser actual e incluir el nombre del estudiante, nombre de la medicina, instrucción de dosis y el nombre del médico y número de teléfono.
3. El padre / tutor debe proporcionar todos los materiales necesarios para la administración correcta de la medicina (es decir, dispositivos de medidas y pastillas pre-cortadas).
4. Toda la medicina debe ser guardada en un área con seguro y administrada solo por los empleados entrenados. Los maestros no deber guardar o dispensar medicinas de su salón de clase.
5. Todas las medicinas sin prescripción necesaria durante las horas de escuela, que es necesaria para que el niño permanezca en la escuela, necesitan tener esta forma completa de Asistencia de Medicamentos. La medicina no debe estar vencida y debe estar en el envase etiquetado original con instrucciones.

He leído y comprendido la información en esta forma. He recibido una copia de esta forma.

Firma del Padre

Número de Teléfono

Fecha