



Adlai E. Stevenson High School District 125

Autorización para medicamentos

Nombre del estudiante: _____ ID #: _____

Fecha de nacimiento: _____

La autorización para medicamentos para la escuela se debe completar antes de administrar medicamentos en el entorno escolar para los medicamentos con y/o sin receta médica, con la excepción de que se requiere una autorización aparte para cannabis medicinal.

El servicio de salud tiene disponibles estos medicamentos sin receta médica: Ibuprofen (Advil), Acetaminophen (Tylenol), y Diphenhydramine (Benadryl). Todos los demás medicamentos sin receta médica se deben entregar a la Oficina de salud por un padre/tutor en el envase original del fabricante. La autorización del padre/tutor y el proveedor de servicios médicos para el(los) medicamento(s) sin receta médica se mantiene vigente hasta la graduación del estudiante a menos que se anule por escrito o que se indique de otra manera como se especifica a continuación.

Se debe rellenar por el médico, asociado médico, o enfermero especializado con autoridad para recetar:

Medicamentos sin receta médica

Autorizo a Adlai E. Stevenson High School District 125 para que administre el(los) siguiente(s) medicamento(s) durante las horas escolares:

- Ibuprofen/ Advil/Motrin cada 6 horas según sea necesario (Dosis: _____)
- Acetaminophen/Tylenol cada 4 horas según sea necesario (Dosis: _____)
- Diphenhydramine/ Benadryl 1-2 tabletas (25 mg cada una) para los síntomas o reacción alérgica
- Otro medicamento sin receta: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Duración u otra restricción para esta autorización (si no existe, escriba "N/A"): _____

Medicamento con receta médica:

Los medicamentos con receta médica se deben entregar a la Oficina de salud por el padre/tutor con la dosis apropiada, frecuencia, y nombre claramente visibles en el envase etiquetado de la farmacia. La autorización para medicamentos se debe renovar cada año para los medicamentos con receta médica.

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____

Diagnóstico que requiere este medicamento: _____

Propósito: _____

Es necesario que se administre este medicamento durante el día escolar y/o las actividades relacionadas con la escuela: Sí No

El horario para administrar el medicamento o bajo qué circunstancias:

Efectos secundarios esperados:

Otros medicamentos con receta médica que recibe/toma el estudiante actualmente:

Autorización para para quienes llevan consigo/se administran epinephrine, insulina u otro medicamento (No se requiere para un inhalador de asma):

1) ¿Autoriza a este estudiante a llevar consigo el medicamento arriba mencionado? Sí No

2) ¿Autoriza a este estudiante a administrarse a sí mismo el medicamento arriba mencionado? Sí No

Al señalar sí, certifico que se le ha enseñado al estudiante a usar el medicamento arriba mencionado, comprende la necesidad del medicamento y de informar al personal escolar sobre cualquier efecto secundario inusual, y si es autorizado a autoadministrarse el medicamento, es capaz de autoadministrárselo independientemente bajo la supervisión del personal de la escuela.

Nombre impreso de la persona que receta: _____

Dirección de la oficina: _____

Telf de la oficina: _____

Fax de la oficina: _____

Firma de la persona que receta: _____

Fecha: _____



A completar por el Padre/Tutor

Al firmar abajo, yo, padre/tutor del estudiante mencionado arriba, consiento que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o de una emergencia médica, autorizo a Distrito Escolar 125 y sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar medicamentos recetados legalmente de la manera descrita arriba (o a permitir que mi hijo/a lleve consigo/se autoadministre medicamentos según la ley del Estado, mientras está bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar 125). Se incluye la administración de inyectores de epinefrina no designados, antagonistas opiáceos, o medicamentos de asma a mi hijo/a cuando se cree, de buena fe, que mi hijo/a está sufriendo una reacción anafiláctica, sobredosis de opiáceos, o episodio de asma, se conozcan o no tales reacciones, y donde corresponda, glucagón sin designación cuando se lo autoriza el plan de salud para diabetes de mi hijo/a cuando el glucagón de mi hijo/a no está disponible en el lugar o se ha caducado. Reconozco que puede ser necesario que la administración de los medicamentos a mi hijo/a se lleve a cabo por un individuo que no sea la enfermera escolar, como por ejemplo, pero sin limitarse a ellos, entrenadores atléticos durante actividades deportivas, supervisores escolares durante las actividades después de la escuela, las excursiones, o los viajes por una noche, y yo, el padre/tutor, consiento específicamente a estas prácticas. Consiento exonerar de toda responsabilidad al distrito escolar, a sus empleados y agentes de toda queja que surja de la administración de medicamentos a mi hijo/a o de la autoadministración del medicamento.

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Autorización para quienes llevan consigo/se administran un inhalador para asma, epinefrina, insulina u otro medicamento necesario bajo un plan calificado:

Yo autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes a permitirle a mi hijo/a a ___ llevar consigo y/o ___ autoadministrarse (favor de escribir sus iniciales al lado de las autorizaciones aplicables) sus medicamentos para asma, inyector de epinefrina, o cualquier otro medicamento necesario bajo un Plan de acción para el asma, un Plan para la diabetes, un Plan de acción individual para el cuidado de la salud, un Formulario de Illinois de acción y tratamiento en caso de emergencia por alergias alimentarias, un Plan de acción en caso de convulsión, un plan bajo Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, o un plan bajo la Ley de educación para personas con discapacidades: (1) mientras está en la escuela, (2) mientras está en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras está bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes o después de actividades escolares regulares, como por ejemplo en una guardería antes o después de la escuela en una propiedad dirigida por la escuela. La ley de Illinois exige que el Distrito escolar les informe a los padres/tutores que el distrito y sus empleados y agentes, no incurrirán ninguna responsabilidad a excepción de aquella basada en conducta intencionadamente perversa que surja de que el estudiante lleve consigo y se autoadministre un medicamento para asma, inyector de epinefrina o cualquier otro medicamento autorizado.

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

POLÍTICA:

Los padres/tutores son los principales responsables de administrarles medicamentos a sus hijos. La administración de medicamentos durante las horas escolares normales y durante las actividades escolares es contraindicado a no ser que sea necesario para la salud y el bienestar fundamentales del estudiante. La administración de medicamentos al estudiante se somete a las pautas establecidas por el Superintendente o su designado, conforme a las recomendaciones de la agencia estatal (por ej. IDPR, IDPH, y ISBE). Política de la junta 7.270.

PROCEDIMIENTOS/NORMAS:

Formulario de autorización médica: El personal escolar no debe administrarles a ningún estudiante, ni debe poseer ni consumir ningún estudiante cualquier medicamento con o sin receta médica excepto después de entregar por completo la información de autorización médica. La enfermera escolar repasa la autorización y consulta con el

padre/tutor, proveedor legal de la receta o farmacéutico para más información según sea necesario. La autorización y cualquier cambio posterior incluye:

- A. Médico, enfermera especializada, asociado médico, dentista, o podólogo-receta médica escrita por un proveedor legal
- B. Nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, y fecha del orden
- C. Instrucciones de administración (vía, horario o intervalos, duración de la receta)
- D. Diagnóstico/Efecto que se pretende con la medicación y posibles efectos secundarios
- E. Permiso por escrito del padre/tutor

Envases apropiados: Los medicamentos y sus reabastecimientos se deben proveer en envases que son:

- A. La receta etiquetada por una farmacia o proveedor legal y que muestra el número de la receta, el nombre del estudiante, el medicamento, la dosis, y las instrucciones de administración, la fecha y horario de reabastecimiento y nombre del farmacéutico (*Su farmacia normalmente puede proporcionar un envase para guardar en la escuela cuando se pide*).
- B. Medicamentos sin receta médica en el envase del fabricante.

La administración de medicamentos se llevará a cabo por la enfermera escolar certificada, u otro empleado/agente designado por la escuela. Puede ser necesario que se lleve a cabo la administración de medicamentos por un empleado/agente de la escuela que no sea la enfermera escolar durante las actividades atléticas, actividades después de la escuela, excursiones fuera de la escuela y viajes de una noche. La enfermera escolar o administración retiene la discreción de denegar peticiones de administración de medicamentos.

Autoadministración: Un estudiante puede autoadministrarse un medicamento en la escuela y las actividades bajo el orden de su proveedor médico. La firma del padre en este formulario reconoce que "el distrito escolar no incurrirá ninguna responsabilidad, a excepción de aquella basada en conducta intencionalmente perversa que surja de que el estudiante se autoadministre el medicamento." Véase *IL PA 100- 0799 & IL PA 96-1485*

Los medicamentos en existencia: Acetaminophen, Ibuprofen y Benadryl genérico se guardan en existencia para la administración de medicamentos para estudiantes, sin embargo, un Formulario de autorización para medicamentos debe ser vigente, completado y registrado con la Oficina de salud antes de administrarlo. Se puede administrar una dosis de una sola vez con el permiso del padre por teléfono en casos urgentes. Un formulario de autorización para medicamentos se enviará a casa para completarlo y no se suministrará ninguna dosis más sin el formulario registrado.

Almacenamiento y conservación de registros: Los medicamentos se guardarán en un armario cerrado bajo llave. Los medicamentos que necesitan refrigeración se guardarán en un área segura. Todas las administraciones de medicamentos se anotarán en el registro de salud electrónico del estudiante. El recuento del medicamento se llevará a cabo y se registrará por escrito cuando se reciben medicamentos con receta médica. En caso de que no se administre una dosis y se deba tirar, se anotará la razón en el registro y se modificará el recuento del medicamento.

Documentación, cambios, reabastecimientos, y otras responsabilidades: Para facilitar la documentación, los órdenes médicos, cambios en órdenes médicos y permisos de los padres se pueden enviar por fax, por correo electrónico o se puede entregar en persona a las dos Oficinas de salud. El padre/tutor es el responsable de asegurarse de que todos los órdenes de medicamentos y permisos se entreguen a la escuela, que se proporcionen los reabastecimientos cuando sea necesario, y que se le informe a la enfermera de cualquier cambio importante a la salud del estudiante. Al final del año escolar, todos los medicamentos restantes deben ser recogidos por un padre/tutor. Si el padre/tutor no recoge el medicamento al final del año escolar, será destruido. Todos los órdenes de medicamentos bajo receta médica se deben renovar para cada año escolar. Los órdenes para medicamentos sin receta médica se respetarán durante la duración de la inscripción del estudiante en el Distrito escolar 125, a menos que el médico indique lo contrario.