Cherokee County School District

# AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICINAS

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento_____ Peso_____

Escuela_____ Maestro/Profesor_____ Grado ___

Teléfono de casa_____ Teléfono celular _____

Alergias _____

Nombre de la madre_____ Teléfono_____

Nombre del padre_____ Teléfono _____

Nombre del médico_____ Teléfono _____

Enfermedad (razón por la cual toma la medicina) _____

¿Esta enfermedad reaparece periódicamente? Sí_____ No_____

LA ESCUELA NO ACEPTARÁ MÁS DE UN MES DE SUMINISTRO DE MEDICINAS, TANTO RECETADAS COMO DE VENTA LIBRE. LA ENFERMERA A CARGO EVALUARÁ CADA CASO INDIVIDUAL QUE REQUIERA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS REGULADAS Y/O MEDICINAS QUE PUEDAN ALTERAR LOS SIGNOS VITALES O LOS NIVELES DE CONCIENCIA. LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBERÍAN SER QUIENES TRAIGAN LA MEDICINA A LA ESCUELA, SEGÚN LAS EXPECTATIVAS DEL CCSD.

Medicina_____ Cantidad_____

Hora para tomarla _____(mañana) _____(tarde) *O* según lo necesite_____cada _____horas

¿Cómo debe administrarse? _____ por boca _____ gotas en los ojos _____ gotas en el oído
_____ tópico (en la piel) _____ otro

Posibles efectos secundarios_____

PROGRAMA ESCOLAR ANTES Y DESPUÉS DEL HORARIO REGULAR DE CLASES. SE REQUIERE QUE ENVÍE UN SEGUNDO ENVASE CON LA MEDICINA RECETADA SI EL ALUMNO DEBE TOMAR LA MEDICINA EN ESE HORARIO. ESTE ENVASE TIENE QUE TENER LA ETIQUETA ORIGINAL DE LA FARMACIA. EL PRIMER ENVASE SE CONSERVARÁ EN LA CLÍNICA DE LA ESCUELA.

LAS MEDICINAS RECETADAS DEBEN ESTAR EN EL ENVASE ORIGINAL DE LA FARMACIA. SE SEGUIRÁN LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN EN LA ETIQUETA (DOSIS Y HORARIOS). SI HAY ALGÚN CAMBIO EN LA DOS IS O EN EL HORARIO, DEBERÁ PROVEER UN NUEVO ENVASE CON SU ETIQUETA CORRESPONDIENTE.

LAS MEDICINAS DE VENTA LIBRE DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL, SELLADO. LA DOSIS QUE SE SUMINISTRARÁ NO SUPERARÁ LA INDICADA EN EL ENVASE, INDEPENDIENTEMENTE DE LO QUE INDIQUEN LOS PADRES. SÓLO SE SUMINISTRARÁN POR 7 DÍAS CONSECUTIVOS. PARA UN TRATAMIENTO MÁS PROLONGADO DEBERÁ PRESENTAR UN FORMULARIO APROBADO POR EL MÉDICO.

Yo, _____, autorizo al consultorio médico a entregar información confidencial relativa a mi hijo.

Autorizo al personal de_____ a brindar ayuda a mi hijo para que tome sus medicinas. Por la presente libero y eximo de todo reclamo al Consejo de Educación del condado de Cherokee, los miembros individuales, agentes, empleados y representantes, y a la vez acepto indemnizar y librar de cualquier tipo de responsabilidades o rembolsos a las partes anteriormente mencionadas, ante cualquier demanda que yo, cualquier otro progenitor o tutor legal, hermano o hermana, el alumno o cualquier otra persona, firma o corporación pueda tener o afirme tener, con o sin conocimiento directo o indirecto, como consecuencia de cualquier pérdida, daño o lesión que surja de la administración de esta medicina, durante la administración o relacionado con la administración de la medicina.

Firma del padre/madre/tutor legal_____ Fecha_____

***NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MENOS QUE SU HIJO DEBA TOMAR MEDICINAS EN LA ESCUELA***