

AUTORIZACIÓN del que PRESCRIBE/PADRE para MEDICAMENTOS

Ciclo Escolar: _____

INFORMACIÓN del ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____ Maestro: _____
 No padece de alergias a medicamentos---escriba si padece de alergias: _____ Peso: _____ libras

AUTORIZACIÓN del que PRESCRIBE (Llenarse por un proveedor médico autorizado)

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____
 Frecuencia/Horario(s) de administración: _____ Inicia: ____/____/____ Termina: ____/____/____

Razón por la que toma el medicamento: _____
 Efectos secundarios posibles/contraindicaciones/reacciones adversas: _____
 Tratamiento a seguir en caso de una reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿Es el medicamento una sustancia controlada? Sí No
 ¿Se permite o recomienda el auto-suministro del medicamento? Sí No
 Si indico "Sí" por medio de la presente confirmo que se ha instruido debidamente a este estudiante en el auto-suministro del medicamento recetado.
 ¿Se recomienda que el estudiante lleve el medicamento consigo? Sí No

(Escribir) Nombre del Proveedor Médico autorizado: _____ Teléfono: () _____ - _____ Fax: _____ - _____

Firma del Proveedor Médico autorizado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN del PADRE

Autorizo a la enfermera(o) escolar, enfermera(o) registrada(o) (RN) o enfermera(o) práctica autorizada (LPN) para administrar o delegar a personal escolar autorizado la tarea de asistir a mi hijo para tomar el medicamento previamente mencionado de acuerdo a las reglas del código administrativo en práctica. Comprendo que se requerirán permisos firmados por el padre o quien prescribe si la dosis del medicamento cambia. Además autorizo a la enfermera(o) escolar a ponerse en contacto con quien prescribe o el farmacéutico en caso de surgir preguntas acerca del medicamento.

Medicamento con receta médica debe registrarse con la enfermera(o) o Asistentes Médicos capacitados. El medicamento con receta debe tener la etiqueta con el nombre del estudiante, persona que prescribe, nombre del medicamento, dosis, horarios, vía de administración y fecha de caducidad si es apropiado.

Medicamento sin receta médica debe registrarse con la enfermera(o) o Asistentes Médicos capacitados. Los medicamento sin receta- OTC deben estar en el envase original sin abrir y sellado. La política de la Agencia Educativa Local para OTC a seguir:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono: () _____ - _____

AUTORIZACIÓN de AUTO-SUMINISTRO

(Debe llenarse ÚNICAMENTE si el estudiante está autorizado por un proveedor médico autorizado.)

Autorizo y recomiendo el auto-suministro del medicamento previamente mencionado para mi hijo. Además confirmo que él/ella ha sido debidamente instruido por su médico de cabecera en el auto-suministro del medicamento recetado. Exonero de cualquier responsabilidad a la escuela, agentes de la escuela y la junta educativa local por cualquier reclamo que pueda surgir relacionado al auto-suministro del medicamento(s) recetado(s).

Firma del Padre: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono:() _____ - _____