

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA  
AUTORIZACIÓN DE PADRES/ RECETA MÉDICA ESCOLAR

Año Escolar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

No se le conoce alergias a medicina---Si tiene alergias a medicina, diga cuál: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ lbs

**AUTORIZACIÓN MÉDICA DE MEDICINA DE MOSTRADOR (FORMA B)**

Nombre de Medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_

Frecuencia/Hora para administrarse: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ORDEN DEL MÉDICO REQUERIDO por LEA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Razones para tomar la medicina: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: \_\_\_\_\_

Tratamiento ordenado en caso de reacción adversa: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECIALES:**

¿Es esta medicina una sustancia controlada? Sí No

¿Se permite y recomienda la autoadministración? Sí No

Si "sí" por la presente afirmo que se ha instruido al estudiante

En la autoadministración apropiada de la medicina recetada.

¿Recomienda que la medicina la lleve "consigo" el estudiante? Sí No

Nombre impreso del Proveedor de Salud con Licencia: \_\_\_\_\_ Te.: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de Salud con Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PADRES**

Yo autorizo la enfermera de la escuela, la Enfermera Registrada (RN) o la Enfermera Práctica Licenciada (LPN) a que administre o delegue al personal de la escuela sin licencia la labor de ayudar a mi hijo(a) a tomarse la medicina mencionada arriba, de acuerdo con las reglas del código de práctica de administración. Entiendo que una declaración firmada por los padres/tutores adicional será necesaria si la dosis de la medicina cambia. También autorizo la Enfermera Escolar a que hable con el prescriptor o farmacia si surge alguna pregunta en cuanto a la medicina.

**Medicina Prescrita** debe ser registrada con la Enfermera Escolar o las Asistentes de Medicación Entrenadas. Las medicinas recetadas deben estar etiquetadas apropiadamente con el nombre del estudiante, nombre del prescriptor, nombre de medicina, dosis, intervalos de tiempo, vía de administración y la fecha de expiración de la droga cuando sea apropiado.

**Medicina de Mostrador** debe ser registrada con la Enfermera Escolar o las Asistentes de Medicación Entrenadas, OTC en su envase original, sin abrir y sellada, a seguir la Póliza de Agencia Local de Educación para Medicamentos de Mostrador:

Firma de Padres/Tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**AURORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN**

**(Para ser completado SOLO si el estudiante está autorizado a completar su autocuidado por un proveedor de salud con licencia)**

Yo autorizo y recomiendo la automedicación de mi hijo de la medicina mencionada arriba. También afirmo que él/ella ha sido instruido apropiadamente en la autoadministración de la medicina recetada por su médico asistente. Yo indemnizaré y eximiré a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta local de educación de cualquier reclamación que pueda surgir relacionada con la autoadministración de medicamentos prescritos por parte de mi hijo.

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_