

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

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHEROKEE
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 DOSIS 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, INDEPENDIEMENTE 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 reembolsos 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