

# PCSD FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A ADMINSTRAR MEDICINAS

ESTE FORMULARIO ES OBLIGATORIO POR TODAS MEDICACIONES ADMINISTRADAS EN LA ESCUELA

Nombre de Alumno: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

- Por la ley estatal 53A-11-601, solamente se puede administrarle medicina a un alumno/a si: (a) un padre de familia o tutor legal haya proveído una carta firmada pidiendo que se le de al alumno un medicamento durante el horario escolar, y (b) el proveedor de salud del alumno haya recetado la medicina y proveído documentación indicando el método, la dosis, y el horario de administración, y una declaración que indica que la administración del medicamento por empleados de la escuela durante el horario laboral sea necesario.
- Cualquier cambio a la administración del medicamento (ej. la dosis) require que un NUEVO formulario esté preparado por su proveedor de salud.
- Los alumnos de K-7 NO pueden cargar en su persona cualquier medicamento (recetado o no).
- Los alumnos de 8-12 NO pueden cargar en su persona cualquier medicamento recetado; sin embargo, pueden cargar un suministro para un día de medicamentos no recetados en su frasco original y por su uso personal.
- Todos los alumnos pueden cargar EpiPens, inhaladores de asma, enzimas pancreáticas, y suministros diabéticos cuando esté indicado en el plan de salud del alumno.
- Medicinas narcóticas para controlar el dolor NO serán administradas por el personal de la escuela.
- BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PUEDE COMPARTIR MEDICINAS.
- Los empleados están entrenados a seguir a la letra las instrucciones del proveedor de salud. Las enfermeras y el personal no licenciado no serán responsables de cualquier reacción adversa sufrida por el alumno como resultado de tomar una medicina. (53A-11-601).

La firma del proveedor de salud está requerida por todos los medicamentos recetados o no recetados.

## MEDICINA NO RECETADA

Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de Administración: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

## MEDICINA RECETADA

Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de Administración: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

*Sí, es necesario administrar la medicina durante el horario de la escuela.*

Nombre del Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Yo reconozco que he leído y entiendo este formulario de medicaciones como se le aplica a mi hijo/a.*

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_