

Sin receta (OTC) Formulario de Autorización de Medicamentos

Fecha de Solicitud: _____ escolar: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____ Padres Teléfono durante el día: _____

Alergias: Medicamentos: _____ Alimentos / ambiental: _____

Nombre del medicamento: _____

La cantidad y frecuencia de la medicación deben estar de acuerdo con las instrucciones del paquete, de lo contrario se requiere una orden del médico

Cantidad que será entregada: _____ **Frecuencia de administración** _____

Fecha medicamento debe ser descontinuado: _____. Una nueva solicitud se requiere cada año escolar.

Solicito se dará este medicamento a mi niño durante el horario escolar. Entiendo perfectamente que el personal no médico capacitado del distrito pueden administrar el medicamento. Yo entiendo que el distrito escolar, la Junta, y sus empleados estarán exentos de responsabilidad civil debido a la reacción alérgica u otras lesiones que resultan de la administración del medicamento a un estudiante, siempre y cuando dicha administración cumple con los requisitos de esta política.

Pre-K - 3er Grado: Ningún medicamento de venta libre se dará antes de las 11 am o después del 1 PM a los estudiantes en estos grados, a menos que la enfermera de la escuela es notificada por el padre (por teléfono o una nota escrita). Esto es para evitar accidental excesiva de medicamentos a estos niños pequeños.

DIRECTRICES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

1. Over-the-counter (OTC) o medicamentos no sujetos a prescripción sólo puede ser administrado en la escuela con un formulario de autorización de medicamentos sin receta (Formulario WFISD # 499-185) que está firmado por un padre / tutor del estudiante.
2. Todos los medicamentos de venta libre deben ser proporcionados por el padre / tutor y se entregan a la clínica de la escuela por el padre / tutor o persona designada, mayores de 18, **sin incluir el estudiante**.
3. Todos los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original, sellado de fábrica.
4. Las instrucciones que vienen en envases over-the-counter en cuanto a edad, dosis y frecuencia serán estrictamente. Las solicitudes de alterar la dosis o la frecuencia de los medicamentos de venta libre deben estar acompañados por una nota escrita de un médico que indica la dosis y la frecuencia de la medicación que debe darse (fax puede ser aceptada).
5. **Se requerirá una solicitud por escrito de un médico para cualquier OTC administrada durante 10 días consecutivos (fax puede ser aceptada).**
6. Sin medicación de venta libre se dará para la reducción de la fiebre en el entorno escolar.

Firma del padre / tutor

del padre / tutor Dirección de correo electrónic

For Clinic Use Only.

Medication Order Reviewed by Supervising RN: _____

Date: _____

Date	Time	Medication Name	Amount of Medication (Number) / Medication Destroyed Code*	Parent/Guardian Signature	Nurse's Signature

*Medication Destroyed Codes: **W:** Wasted (contaminated); **E:** End of school (left in clinic); **C:** Student changed schools/moved (left in clinic).