



BCSD Medicamentos recetados

Permiso para la administración escolar

 IHP
 EAP

Debe ser completado por el proveedor de atención médica del niño y el padre / tutor legal

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

1. Los medicamentos deben ser administrados por un padre/tutor legal antes o después del horario escolar, cuando sea posible.
2. Los medicamentos deben ser llevados a la enfermera de la escuela por un adulto responsable. **(No envíe medicamentos con un niño).**
3. Todos los medicamentos recetados deben proporcionarse a la escuela en el envase original con la etiqueta emitido por el farmacéutico y acompañado de este formulario de permiso. **(la etiqueta y la orden del proveedor de atención médica en este formulario deben coincidir)**
4. Cualquier sustancia controlada recetada debe ser llevada a la enfermera de la escuela por el padre / tutor legal cuando se llena la receta cada mes y debe proporcionarse a la enfermera de la escuela en el recipiente etiquetado de farmacia más reciente.
5. El medicamento de "muestra" debe proporcionarse en un recipiente debidamente etiquetado, que identifique el medicamento y debe ir acompañado de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que incluya el nombre del estudiante y las instrucciones para la administración adecuada, junto con este formulario de permiso.
6. Los medicamentos / sustancias a base de hierbas no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por sus siglas en inglés y no serán administrados por la enfermera de la escuela.
7. Las primeras dosis de un medicamento que un niño nunca ha recibido no se administrarán en la escuela.
8. BCSD puede rechazar solicitudes para que ciertos medicamentos se administren en la escuela.
9. Este formulario sigue siendo válido y vigente si el niño se transfiere a otra escuela dentro de BCSD para el año escolar actual.
10. DEBE completar un **formulario separado para cada medicamento** que se administrará en la escuela.

Nombre completo del Niño: _____

Nivel de grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

 Género: Masculino Femenino

Section below must be completed and signed by the child's HEALTHCARE PROVIDER:

Name of Prescription Medication to be given at school:		Reason(s) for this Medication to be given at school:
Prescribed Dose/Strength : (i.e. 50 mg, mcg, grams)	Amount to be given at School: (i.e., 1 tab, 5 ml, 0.5 tab, 2 puffs)	Frequency or Time to be given at school: (For time, please specify preferred time. "Lunch" times vary from 10:30a-1p)
Prescribed Route :	Controlled Substance: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Number of days medication is to be given at school: <input type="checkbox"/> until the end of the current school year <input type="checkbox"/> _____ day(s)
List possible side effects from this medication:		Special Storage Required: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____

 Prescribing Health Care Provider's Name & Office: *(please print or stamp)* Office Phone: _____

Fax: _____

Signature of Healthcare Provider: _____

Date: _____

* Por favor tenga en cuenta que este formulario solo es válido si está firmado y fechado a partir del 1 de julio para el próximo año escolar

La siguiente sección debe ser completada y firmada por el PADRE / ENCARGADO LEGAL:

¿Este niño tiene alguna alergia conocida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere todas las alergias conocidas y el tipo de reacción(es): _____)
¿Este niño toma algún medicamento adicional en casa o en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere los medicamentos que toma en casa): _____

Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento anterior según lo prescrito mientras está en la escuela según las políticas de BCSD.
- Doy permiso para que se intercambie información sobre este medicamento y/o la salud de mi hijo entre la enfermera de la escuela BCSD o el empleado designado de BCSD y/o el proveedor de servicios médicos, el farmacéutico que surtió esta receta y/o su designado.
- Además, doy permiso para que la información sobre mi hijo se comparta con personas que legítimamente necesitan saber para la seguridad y el bienestar de mi hijo.
- Estoy de acuerdo en permitir que los medicamentos de los estudiantes viajen con el maestro / personal en las excursiones, si el tiempo de medicación ocurre durante la excursión.
- Estoy de acuerdo en seguir las políticas de BCSD con respecto a los medicamentos.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad proporcionar a la escuela los medicamentos para mi hijo y cualquier suministro necesario.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad notificar a la escuela si la salud y / o los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

Firma del padre/encargado _____

Nombre (Impreso) del padre/encargado _____

Fecha _____

Número de Teléfono _____