

YOAKUM INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Solicitud de Administración de Medicamentos

Cuando es necesario para que su hijo reciba la medicación durante el día escolar:

- Los padres / tutores deben proporcionar todos los medicamentos y firmar el formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos.
- Todos los medicamentos deben estar en su envase original, claramente etiquetado con el nombre del estudiante, la dosis, y las instrucciones para su administración. Los padres deben solicitar farmacéutico proporciona un contenedor para ser usados en la escuela con la cantidad de dosis y el tiempo requerido para la medicación que debe darse en la escuela. Sobre el contador de dosis no deben exceder las dosis y las instrucciones de la botella recomendadas si no van acompañados por orden de un médico.
- El formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos deberá ser llenado cada año y cuando hay algún cambio en la solicitud original. Una forma separada debe ser completada para cada medicamento.
- Se administran fármacos Sólo aprobados FDA (con receta y sin receta) fabricado con en los Estados Unidos. No se aceptarán los preparados homeopáticos y las inyecciones de alergia.
- Se requiere la solicitud de un médico por escrito para cualquier medicamento administrado más de cinco días.
- Los medicamentos de la muestra de un médico deben tener por escrito las instrucciones del médico.
- En aras de la seguridad para todos los estudiantes, los medicamentos deben ser transportados hacia o desde la escuela por un padre / tutor. Recuento de medicación se realizarán en todos (por ejemplo, la Lista II) medicamentos controlados
- Al final del año escolar, todos los medicamentos que no haya sido recogido por un padre / tutor será destruido.

ESTUDIANTE: _____ DOB: _____ FECH: _____

ALERGIAS: _____ PROFESOR: _____ GRADO: _____

MEDICAMENTOS: _____ DOSIS: _____ RECORRIDO: _____

Es hora de darse: _____ Fechas para dar: _____

Razón que reciben medicación: _____

NOMBRE IMPRESO DEL MÉDICO: _____ PHONE: _____ FAX: _____
FIRMA DEL MÉDICO: _____
Instrucción especial: _____
Mi firma abajo, como padre / tutor del estudiante, indica que solicito que el personal YISD administrar el medicamento especificado anteriormente a mi hijo. El medicamento se suministra por mí y está en su envase original y el contenedor está correctamente etiquetado. También estoy dando mi permiso al personal YISD en contacto con el médico para obtener información adicional, si es necesario.
PADRE/TUTOR _____
TELÉFONO: _____ FECH: _____