

Distrito Escolar de Lake Stevens
Autorización para la Administración de Medicamentos



_____	_____	Sexo:	
Nombre del alumno	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
_____	_____	_____	
Escuela	Maestro	Grado	

El padre/tutor completa esta sección:

- Solicito que a mi hijo se le permita tomar el medicamento como se describe a continuación.
- Solicito que el personal escolar autorizado ayude a mi hijo a tomar los medicamentos que se describen a continuación.
- Entiendo que el personal de la escuela intentará administrar el medicamento de manera oportuna.
- Proporcionaré el medicamento en el envase original debidamente etiquetado.
- Doy mi permiso para el intercambio de información entre el personal de la escuela y el proveedor de atención médica.
- Entiendo que mi firma indica que entiendo que el distrito escolar y el personal de la escuela no incurrirán en ninguna responsabilidad por cualquier lesión cuando el medicamento se administre de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica y de acuerdo con la Política y el Procedimiento del Distrito 5475.2.

_____	_____	_____	_____
Fecha	Firma del padre o tutor	Teléfono de día	Teléfono de emergencia

El proveedor de atención médica completa esta sección (en letra de imprenta):

He determinado que el medicamento mencionado a continuación es necesario durante el día escolar.

Diagnóstico o motivo de la medicación: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Tableta/Cápsula Líquida Inhalador Nebulizador Otro: _____

Si el medicamento se administra DIARIAMENTE, ¿A qué hora? _____

Si el medicamento se va a administrar CUANDO SE NECESITE, describa las indicaciones: _____

¿Qué tan pronto se puede repetir? _____

Sí No ¿El niño puede llevar la medicación indicada anteriormente?

Sí No ¿Se le permite al niño autoadministrarse los medicamentos indicados anteriormente?

En caso **afirmativo**, he capacitado a este estudiante en el propósito y el método apropiado y la frecuencia de uso.

Duración del tiempo recomendado para este tratamiento: Año escolar en curso Otro: _____

Efectos secundarios significativos: _____

Fecha _____ Firma del proveedor de atención médica _____ Teléfono # _____

Imprimir nombre _____ Número de fax _____

Dirección _____

Por favor note: El medicamento debe estar en el envase original etiquetado con el nombre del estudiante, la dosis, la hora de administración y la fecha de vencimiento. El padre/guardián del estudiante debe entregar a la escuela para la documentación.

Reglas de medicación escolar

Siempre que sea posible, recomendamos que las dosis de medicamentos se programen fuera del horario escolar.

Para aquellos estudiantes que necesitan medicamentos en la escuela, lo siguiente es requerido por la Ley del Estado de Washington (RCW 28A.210.260 y 270) y debe completarse y archivarse **ANTES** de que se pueda administrar cualquier medicamento.

Medicamentos/productos de venta libre y sin receta

- Formulario de autorización para la administración de medicamentos orales **completado por ambos padres / tutores Y un profesional de la salud con licencia con autoridad prescriptiva.**
- DEBE estar en el recipiente original etiquetado con el nombre del estudiante.

Medicamentos recetados

- Formulario de autorización para la administración de medicamentos orales **completado por ambos padres / tutores Y un profesional de la salud con licencia con autoridad prescriptiva.**
- Los medicamentos deben estar en un recipiente debidamente etiquetado de la farmacia dispensadora. Una farmacia puede proporcionar un recipiente etiquetado para la escuela a pedido.
 - Nombre del estudiante
 - Nombre, concentración y dosis del medicamento
 - Tiempo y modo de administración
- No proporcione más de un suministro de 30 días.

Tenga en cuenta:

- Las solicitudes para la administración de medicamentos son válidas solo para el medicamento enumerado y las fechas indicadas. Las solicitudes de administración de medicamentos deben ser reautorizadas cada año escolar.
- Medicamentos administrados por vías que no sean orales, por ejemplo: Ungüentos, inhaladores nasales, supositorios o inyecciones que no sean de emergencia, no puede ser administrado por personal de la escuela que no sea por enfermeras licenciadas.
- El autoinyector de epinefrina es el único inyectable predosificado que el personal de la escuela puede estar capacitado para administrar a un estudiante que es susceptible a una situación predeterminada que pone en peligro su vida.
- **Todos los medicamentos se mantendrán en la oficina de la escuela/clínica de salud a menos que el proveedor de atención médica indique lo contrario. Los medicamentos almacenados en esta área pueden no estar disponibles para el estudiante durante horas no escolares.**
- Es la responsabilidad de los padres/guardianes asegurar que los medicamentos necesarios de emergencia (rescate) estén disponibles para sus estudiantes después de las horas escolares y mientras viajan hacia/desde y durante los eventos después de la escuela.

Gracias por su cooperación.

de fax de enfermeros (a) escolares: _____