Departamento de Educación del Estado de Alabama **Revisión 09/11/07**

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/DEL QUE RECETA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____Fecha de nacimiento_____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____ Año escolar _____

Anote todas las alergias/reacciones a medicamentos que sabe que tiene

_____

Altura (pulgadas) _____ Peso (libras) _____

AUTORIZACIÓN DEL QUE RECETA

Nombre del medicamento _____ Razón para tomarlo _____

Dosis _____ Modo de empleo _____ Frecuencia/veces que se administra _____

Iniciar el medicamento _____ Dejar de administrar el medicamento _____
Fecha **Fecha**

Instrucciones especiales:

¿Requiere refrigeración este medicamento? Sí ☐ No ☐

¿Es una sustancia controlada este medicamento? Sí ☐ No ☐

¿Se permite y se recomienda que este estudiante se autoadministre el medicamento? Sí ☐ No ☐

Si sí, ¿recomienda que el estudiante mantenga consigo este medicamento? Sí ☐ No ☐

Posibles efectos secundarios/contradicciones/reacciones adversas _____

Orden de tratamiento en caso de una reacción adversa: _____
(Adjunte una hoja adicional o use el reverso de este formulario si es necesario)

Por medio de la presente afirmo que se le han dado instrucciones a este estudiante sobre cómo autoadministrarse el(los) medicamento(s) recetado(s).

_____	_____	_____	_____
Firma del que receta	**Fecha**	**Teléfono**	**Fax**

AUTORIZACIÓN DEL PADRE

Autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) o a la enfermera práctica con licencia (LPN) a delegar al personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anteriormente mencionado. Entiendo que se necesitarán declaraciones adicionales firmadas del padre/del que receta si la dosis del medicamento cambia. También autorizo a la enfermera escolar a hablar con el que receta o con el farmacéutico si surge alguna pregunta sobre el medicamento.

El medicamento debe registrarse con el director, con la persona que él designe, o con la enfermera de la escuela. Debe estar en el recipiente original, todavía cerrado y sellado, y debe estar etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del que receta, el nombre del medicamento, la dosis, la potencia, los intervalos, el modo de administración y la fecha de caducación del medicamento, cuando corresponda.

_____	_____	_____	_____
Firma del padre	**Fecha**	**Teléfono**	**Celular**

AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRARSE MEDICAMENTOS

Autorizo y recomiendo que mi hijo(a) se autoadministre el medicamento anteriormente mencionado. *También afirmo que se le han dado instrucciones sobre la manera apropiada de autoadministrarse el medicamento que le recetó el médico que lo(la) atendió. Indemnizaré y no haré responsables a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta educativa local por cualquier reclamación que pueda surgir relacionada con el hecho de que mi hijo/a se autoadministre el(los) medicamento(s) recetado(s).*

_____	_____	_____	_____
Firma del padre	**Fecha**	**Teléfono**	**Celular**