



**Padre o Guardián:**

Por la presente solicito que la medicina especificada abajo sea administrada a mi hijo(a). Entiendo que cumpliré con las reglas y procedimientos de la escuela acerca de la administración de medicinas. Las reglas se encuentran en la próxima página. Entiendo que consecuencias inesperadas incluyendo, pero no limitadas a enfermedad, reacción u otras complicaciones pueden ocurrir como resultado de la administración o el no administrar cualquier medicina. La primera vez que una medicina es administrada; debe ser administrada en el hogar para que el padre o guardián pueda observar cualquier efecto secundario. Al solicitar y consentir a la administración de medicina a su niño(a) usted asume el riesgo de que una reacción inesperada puede ocurrir y entiende que El Distrito Escolar Kennedale y sus empleados no serán responsables de la misma.

Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nacimiento _____	Grado _____
Nombre del Padre/Guardián _____	Teléfono _____	
Email: _____		
Fecha _____	Firma del Padre/Guardián _____	

Tanto el padre como el estudiante están consciente de las reglas de medicinas incluyendo: TODAS las medicinas se mantendrán en la clínica escolar. TODAS las medicinas se recibirán en el envase original. Medicinas en cualquier otro envase no serán aceptadas.

Diagnosis/Razón de tomar la medicina: _____		
Alergias: _____	[ ] NO [ ] SI Enumere _____	
Nombre de la medicina _____	Miligramos: _____	
Dosis # de tabletas _____	Hora de administración: _____	
Frecuencia: _____	Duración _____	
Comentarios _____		
Medicina Enviada _____	Cantidad Enviada _____	Inicial del Padre _____

¿Está autorizado el estudiante a tener el inhalador o la EPI-PEN en su persona? **(Medicina de Rescate)** [ ] NO [ ] YES

Firma del Doctor se requiere para; TODA medicina recetada por el doctor y medicinas sin receta médica para los grados Pre-K a 8. (Solo la firma del padre para los grados 9no al 12mo)

Nombre del Médico en letra de molde: _____	
Firma del Médico: _____	Fecha: _____
Teléfono: _____	Fax: _____

CAMPUS	Fax Number	CLINIC PHONE NUMBER
High School	817-563-3718	817-563-8120
Junior High	817-483-3655	817-563-8220
Delaney Elementary	817-483-3653	817-563-8420
Patterson Elementary	817-483-3638	817-563-8620
James A. Arther Early Childhood	817-483-3628	817-563-8320

<b>FOR NURSE'S USE ONLY</b>			
IF _____ 504 or _____ SPED Notify Diagnostician.			
Date Orders Rec'd _____	Date/Time Med Rec'd _____	Medication Rec'd _____	Quantity Rec'd _____
Lot # _____	Expiration Date _____	Nurse's Name/Initials _____	

**TODAS LAS MEDICINAS:**

1. Los padres suplirán todas las medicinas: EL PERSONAL ESCOLAR NO PROVEERÁ MEDICINA PARA NINGÚN ESTUDIANTE.
2. Las medicinas deben de estar en el envase original y tener una etiqueta corriente.
3. Medicinas en bolsas de pastico o combinaciones de medicinas en la misma botella no se aceptaran
4. La farmacia puede suplir dos botellas si se le pide, una para la escuela y una para el hogar.
5. Medicinas para uso “según se requiere” también seguirán las mismas reglas.
6. Cada medicina estará en una forma separada.
7. Las medicinas deben ser recogidas de la escuela por un adulto. Las medicinas no serán transportadas al hogar por el estudiante. Medicinas que no son recogidas a tiempo al fin del año serán descartadas y no se mantendrán durante el verano.
8. Se requiere un nuevo Permiso Para la Administración de Medicinas cada año escolar.
9. No se espera que la enfermera escolar diagnostique una condición y escoja la medicina para darle al estudiante.

**MEDICINAS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

1. Medicinas que se toman “una vez al día” o dos veces al día se deben administrar en el hogar antes de la escuela y después de la escuela. Medicinas que son “tres veces al día” se pueden tomar antes de la escuela después de la escuela y a la hora de dormir y no es necesario que se tomen en la escuela.
2. El médico o el dentista debe de anotar la dosis y la razón para administrar la medicina.
3. Las medicinas de prescripción médica serán mantenidas en la clínica y la enfermera o personal indicado por el principal las administrará.
4. La forma de Administración de Medicinas debe ser completada y firmada por el padre y el médico.

**MEDICINAS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA:**

**A. Escuelas Elementales e Intermedia**

1. Las medicinas se mantendrán en la clínica para ser administradas por la enfermera o personal indicado por el principal.
2. El Permiso Para la Administración de Medicinas debe ser completada y firmada por **el padre y el médico.**

**B. Junior High Campus**

1. Las medicinas se mantendrán en la clínica para ser administradas por la enfermera o personal indicado por el principal.
2. El Permiso Para la Administración de Medicinas debe ser completada y firmada por **el padre y el médico.**

**C. High School Campus**

1. Las medicinas se mantendrán en la clínica para ser administradas por la enfermera o personal indicado por el principal.
2. El Permiso Para la Administración de Medicinas debe ser completada y firmada por **el padre solamente.**

**FECHA DE EXPIRACION:**

1. Asegúrese que la medicina no está expirada porque medicinas expiradas no serán administradas.
2. Revise la Fecha de expiración en los inhaladores y EPI-PENS y supla uno que no expire durante el año escolar.