

Autorización del Padre/Tutor para la Administración/Procedimientos de Medicamentos
Distrito Escolar del Área de Verona

Nombre Completo del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Padre/Tutor:	Número de Teléfono:

Medicamento que No Requiere Receta Médica

Los medicamentos que no requieren receta se pueden tomar una vez que la enfermera escolar reciba consentimiento por escrito del padre/tutor. El medicamento debe estar en el envase o paquete original con el nombre del estudiante escrito en el envase y no estar vencido.

Medicamento	Dosis	Hora y Frecuencia	Fecha de Comienzo	Fecha que Finaliza	Motivo del Medicamento

Medicamento Recetado

Los medicamentos recetados sólo se pueden tomar una vez que la enfermera escolar reciba consentimiento por escrito del padre/tutor y las instrucciones escritas del proveedor que los receta. Los medicamentos deben estar en el frasco original etiquetado de la farmacia, incluir el nombre del estudiante, la dosis correcta, la descripción de la píldora, las instrucciones de administración y no estar vencidos. Si cambia la orden de un medicamento, tengo la responsabilidad de proporcionar un nuevo frasco etiquetado.

Diagnosis:					
Nombre del Medicamento	Manera de Tomarse/Dosis	Frecuencia	Duración	Automedicarse	¿Posibles efectos secundarios que se deben reportar?
			Del: Al:		
			Del: Al:		
			Del: Al:		
			Del: Al:		
Nombre del Proveedor (Se Requiere):			Número de Teléfono:		
Nombre y Dirección de la Clínica (Se Requiere):			Número de Fax:		
Firma del Proveedor (Se Requiere*):			Fecha:		

Se requiere firma en el lado posterior de este permiso.

*La enfermera de la escuela puede enviar por fax la solicitud de pedido de medicamentos recetados al proveedor para que la firme.

_____ Doy permiso para que el personal de la escuela le dé a mi hijo(a) los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo a las indicaciones.

Todas las sustancias controladas (por ejemplo, Ritalin, Adderall, metilfenidato, Ativan, Xanax) deben entregarse directamente a la enfermera de la escuela o a la enfermera asignada. Cualquier sustancia controlada restante al final del año escolar, o cuando se suspenda de otro modo, debe ser recogida directamente por el padre/tutor. Los medicamentos que no se recojan dentro del plazo especificado serán destruidos y desechados.

_____ Doy permiso para que mi hijo(a) (de cualquier edad) lleve consigo y use solo(a) su **inhalador**. Entiendo que el personal de la escuela no supervisa ni verifica cuando un estudiante usa su inhalador ellos solos. La aprobación para cargar consigo medicamentos queda a discreción de la enfermera de la escuela y los privilegios de cargar dichos medicamentos pueden ser revocados.

_____ Doy permiso para que mi hijo(a) de la secundaria/preparatoria lleve consigo y tome solo(a) los medicamentos anteriores. Entiendo que se debo proporcionar un permiso por escrito como padre/tutor a la enfermera de la escuela para que mi estudiante lleve y se tome todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos que no requieren receta médica. La aprobación para llevar medicamentos queda a discreción de la enfermera de la escuela y los privilegios de guardar sus propios medicamentos pueden ser revocados. **Los estudiantes de cualquier edad no pueden llevar ni tomarse solos sustancias controladas.**

Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Verona, sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus deberes en cualquiera y todos los reclamos que surjan de la administración de medicamentos como se describe anteriormente en la escuela. Por la presente doy permiso a la enfermera de la escuela para que se comunique con el proveedor que receta según sea necesario. Doy mi consentimiento para que esta información se comparta con el personal que sea necesario. Acepto comunicarme con la enfermera de la escuela si hay algún cambio con la solicitud anterior.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____