

Departamento de estado de ALABAMA del educación escuela medicamento
PRESCRIPTOR padres autorización curso: ___ - ___
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ **School:** _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ **Edad:** ___ **grado:** profesor ___: _____

No conocido si la droga alergias---lista de alergias de medicamentos: ___ **Peso:** ___ pounds

Autorización del PRESCRIPTOR (debe ser completado por el proveedor de atención médica con licencia)

Nombre del medicamento: ___ **dosificación:** ___ **Route:** ___

Frecuencia / veces que ha de darse: ___ **Fecha de Inicio:** ___ / ___ / ___ **parada fecha:** ___ / ___ / ___

La razón de tomar medicamento: ___

Efectos posibles secundarios/contraindicaciones/adversos: ___

Orden de tratamiento en caso de una reacción adversa: ___

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿ Es el medicamento una sustancia controlada? Sí No

¿ Es uno mismo-medicación permitida y recomendada? Sí No

En caso afirmativo, yo afirmo este estudiante ha sido instruido

En autoadministración correcta del medicamento prescribe.

¿ Recomendamos mantener esta medicina "en persona" por estudiante? Sí No

Impreso el nombre del proveedor de atención médica con licencia: ___ **Phone:** () ___ - ___ **Fax:** ___ - ___

Firma del médico autorizado: ___ **Fecha:** ___

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Yo autorizo a la enfermera, la enfermera registrada (RN) o licencia enfermería práctica (LPN) para administrar o delegar en personal sin licencia de la escuela la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anterior acuerdo con el código administrativo reglas prácticas. Entiendo que padres/prescriptor adicional firmadas declaraciones será necesarias si se cambia la dosis de la medicación. También autorizo a la enfermera de la escuela para hablar con su prescriptor o farmacéutico debe una pregunta subir con la medicación.

Prescripción de medicamentos debe estar registrado con la enfermera de la escuela. Prescripción de medicamentos debe ser debidamente etiquetada con nombre del estudiante, nombre del prescriptor, nombre del medicamento, dosis, intervalos de tiempo, vía de administración y la fecha de vencimiento del medicamento cuando sea apropiado.

Medicamento de venta libre debe estar registrado con la enfermera de la escuela o entrenado Asistente de medicamentos, medicamentos de venta libre en el envase original, cerrado y sellado. Política de la Agencia de educación local para medicamentos de venta libre a seguir:

Del padre / firma tutor: ___ **Date:** ___ / ___ / ___ **Teléfono:** () ___ - ___

ELF-administración autorización

(Para ser completado solo si el estudiante es autorizado para completar el autocuidado por el proveedor de atención médica con licencia).

Yo autorizo y recomendar la automedicación por mi hijo para el medicamento anterior. También afirmo que él o ella ha sido instruido en la correcta auto-administración de la medicación prescrita por su médico tratante. Voy indemnizar y mantener indemne la escuela, los agentes de la escuela y la Junta de educación local contra cualquier reclamación que pueda surgir referente a la administración propia de mi hijo del medicamento prescrito.

Firma del padre: ___ **Fecha:** ___ / ___ / ___ **teléfono:** () ___ - ___

**Departamento de estado de ALABAMA del educación escuela medicamento
PRESCRIPTOR padres autorización curso: ___ - ___**