

**MARYLAND STATE  
SCHOOL MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION FORM**

Esta orden sólo es válida para el año escolar \_\_\_\_\_ incluyendo clases durante el verano.

Escuela: \_\_\_\_\_

**Esta forma debe ser totalmente completada para que la escuela pueda administrar el medicamento requerido.**

- \* El medicamento prescrito debe estar en envase etiquetado por el farmacéutico ó el prescriptor.
- \* Medicamentos sin receta deben de estar en el envase original y con la etiqueta intacta.
- \* El medicamento tiene que ser traído a la escuela por un adulto.
- \* La enfermera de la escuela (RN) llamará al prescriptor, permitido por HIPAA, si surge alguna pregunta con referencia al medicamento del estudiante.

**Autorización del Prescriptor**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico que requiere que se administre el medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta/modo de administración: \_\_\_\_\_

Hora/frecuencia que se debe administrar: \_\_\_\_\_

Indique si es sólo para cuando necesario/indicado, y liste los síntomas: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios:  Ninguno  especifique, liste efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Medicamento debe ser administrado desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Mes / Dia / Año Mes / Dia / Año

Nombre del Prescriptor/Título: \_\_\_\_\_

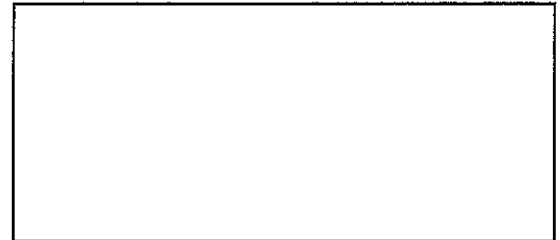
(Teclado o imprenta)

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma de el prescriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma original o sello con firma solamente)



(Utilice este cuadro para sello)

Orden verbal fue tomada por la enfermera de la escuela (Nombre): \_\_\_\_\_ para el medicamento nombrado (fecha): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PADRE O GUARDIÁN**

Yo/Nosotros pedimos que personal designado de la escuela administre el medicamento como ha sido indicado/recetado por el prescriptor. Yo/Nosotros certificamos que yo/nosotros tenemos autoridad legal para permitir tratamiento médico al estudiante nombrado, incluyendo la administración de medicamentos en la escuela. Yo/Nosotros entendemos que al final del Año escolar el medicamento debe ser recogido por un adulto. De no ser así el medicamento será descartado. Yo/nosotros le damos autorización a la enfermera de la escuela para que se comuniqué con el médico como así indica y autoriza el HIPAA.

Firma de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de la casa#: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Número del trabajo #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA APORTAR/AUTO ADMINISTRAR MEDICAMENTO DE EMERGENCIA**

Aportar o auto administrar medicamentos de emergencia puede ser autorizado por el proveedor médico y debe ser aprobado por la enfermera de la escuela en acuerdo con el reglamento de medicamentos del estado.

Firma de prescriptor que autoriza porta o autoadministrar medicamento de emergencia: \_\_\_\_\_

Firma y Fecha

Enfermera de escuela que aprueba portar o auto adminstrar medicamento de emergencia: \_\_\_\_\_

Firma y Fecha

Orden revisada por enfermera (RN): \_\_\_\_\_

Firma

Fecha