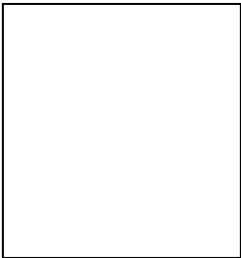


Año escolar: _____ - _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Este formulario debe completarse completamente para que las escuelas administren la medicación requerida. Se debe completar un nuevo formulario de administración de medicamentos al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento, y cada vez que haya un cambio en la dosis o el tiempo de administración de un medicamento.

- Los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por el farmacéutico o el prescriptor.
- Los medicamentos sin receta deben estar en el envase original con la etiqueta intacta.
- Un adulto debe llevar el medicamento a la escuela, no puede exceder un suministro de 20 días.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA DE _____

INSTRUCCIONES DEL PROVEEDOR MÉDICO: **Debe ser completado por el proveedor médico, es decir, MD / DO / NP / DDS**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (solo un medicamento por formulario)	DOSIFICACIÓN	RUTA	TIEMPO / FRECUENCIA
		<input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> GOTA DE OJOS <input type="checkbox"/> TOPICAL <input type="checkbox"/> GOTAS PARA EL OÍDO	

MOTIVO DE LA MEDICACIÓN: _____

SI PRN, PARA QUÉ SÍNTOMAS: _____

INSTRUCCIONES ADICIONALES: (Posibles reacciones, etc.) _____

- Autotransporte: (solo en la escuela secundaria) Solicito que al estudiante mencionado anteriormente se le permita tener posesión personal del medicamento anterior y se le permita autoadministrarse este medicamento dentro de la política de RSD y las instrucciones de prescripción. El estudiante solo puede llevar consigo una dosis de medicamento de un solo día.

Solicito y autorizo que al estudiante mencionado anteriormente se le administre el medicamento identificado anteriormente de acuerdo con las instrucciones indicadas anteriormente. Esta orden de medicamentos será efectiva para el año escolar en curso o para el período que comienza el _____ día de _____, 20____ a través del _____ día de _____, 20____ (no exceder el año actual de la escuela). Una condición de salud hace que la administración del medicamento sea aconsejable durante el horario escolar o durante el tiempo que el estudiante esté bajo la supervisión de los funcionarios de la escuela.

FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR (ESCRIBA O IMPRIMA) _____ TELÉFONO _____ FAX _____

♦ **Esta forma no está destinada a inhaladores de rescate, epinefrina o insulina.** Si el estudiante tiene un diagnóstico potencialmente mortal (es decir, asma, anafilaxia, diabetes, epilepsia), complete el formulario médico RSD específico para la afección (es decir, *Formulario Médico – Asthma*). Los formularios médicos de RSD se pueden descargar en <http://www.rsd.edu/departments/student-health-forms.html>

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL

Solicito al personal designado de la escuela que administre el medicamento según lo prescrito por el prescriptor anterior y de acuerdo con la política de medicamentos RSD. Certifico que tengo autoridad legal para dar mi consentimiento al tratamiento médico para el estudiante mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos en la escuela. Entiendo que al final del año escolar, un adulto debe recoger la mediación, de lo contrario será descartada. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica según lo permitido por HIPAA.

FIRMA DE LOS PADRES: _____ FECHA: _____

Información de contacto de los padres/guardianes:

Nombre: _____ Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Orden revisada por la escuela RN: _____

Signature

Date

Aprobación principal para el autotransporte/autoadministración de medicamentos: _____

Firma

Fecha