



A veces es necesario que los estudiantes tomen medicamentos recetados y sin receta durante el día escolar. En Pequea Valley, nos gustaría administrar estos medicamentos de la manera más segura, eficaz y precisa según las pautas establecidas por el Departamento de Salud y la Ley de Prácticas de Enfermería de Pensilvania. Como padre/tutor, contamos con su ayuda para lograr esto. Siga los pasos a continuación si su niño necesita medicamentos en la escuela.

#1. Complete el formulario de permiso para administrar medicamentos que se encuentra a continuación. **Tenga en cuenta que se requieren las firmas del padre y del médico antes de poder administrar el medicamento.** Su médico puede enviar por fax el formulario de aprobación de la escuela si es más conveniente. Los números de fax son los siguientes: PVHS: 717-768-5523; PVIS: 717-768-5656; Paradise: 717-768-5654; Salisbury: 717-442-9741.

#2. Para proteger al estudiante y a los demás estudiantes, los estudiantes no pueden guardar ni transportar medicamentos. Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre/tutor y llevados a la sala de salud inmediatamente después de entrar al edificio.

#3. Los medicamentos deben ser traídos a la escuela en el envase etiquetado original que fue dispensado por el farmacéutico o el médico.

#4. Durante las excursiones, los medicamentos que pueden ser enviados son los medicamentos de emergencia (EpiPen y los inhaladores). Si se requieren otros medicamentos durante las excursiones, hable con la enfermera de la escuela de su edificio.

Consentimiento del padre/tutor:

Por este medio solicito y doy mi permiso para que mi niño, _____, reciba el siguiente medicamento, que fue ordenado por mi proveedor de atención médica, durante el día escolar. Entiendo que si se produce cualquier cambio en la información, debemos proporcionar una declaración actualizada del médico por escrito. Le doy permiso al distrito escolar para compartir esta información sobre la salud de mi niño para ayudar a mejorar la salud y la seguridad de mi niño. Según la política de la escuela, la escuela no es responsable de asegurar que el medicamento ha sido tomado, y exonero al distrito y a sus empleados de la responsabilidad en cuanto a los beneficios o consecuencias del medicamento recetado. Permito que la enfermera de la escuela y mi médico se comuniquen con respecto a esto.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Orden del médico para administrar un medicamento (para uso médico)

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del medicamento: _____ Vía y dosis: _____

Hora de administración: _____ Fecha de discontinuación: _____

Motivo del medicamento: _____

Consideraciones especiales y/o efectos secundarios: _____

Firma del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico en letra de molde: _____ Fax: _____