

**FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS - Documento 3416P**

Año Escolar: _____

Para todos los medicamentos recetados o de venta libre administrados en la escuela _____

Escuela: _____

Fax: 425-456 _____

Esta sección debe ser completada por el padre/tutor: (en letra d olde)

Estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado: _____

Medicación (s) solicitado: _____

Proveedor de salud: _____ Teléfono y Fax: _____

Por favor, marque sólo una casilla y firme abajo:

- Solicito que las personas autorizadas en la escuela **ayudar a mi estudiante** tomar los medicamentos descritos abajo.
- Solicito que a mi hijo se le permita **auto-transportar y/o autoadministrar este medicamento**. Mi estudiante y yo entendemos tender la responsabilidad de los medicamentos autoportadores en la escuela y reconoce que la escuela no realizará un seguimiento del cumplimiento, vencimiento, o cantidad. Acuerdo mantener inofensivo y indemnizar la escuela y los empleados y agentes del distrito escolar de Bellevue contra todas las reclamaciones, juicios o pasivos que surjan de la auto administración y el transporte de medicamentos por mi estudiante.
- Tengo 18 años y firmo este formulario en mi propio nombre. Acepto mantener indemne e indemnizar a la escuela y los empleados y agentes del distrito escolar de Bellevue contra todas las reclamaciones, juicios o pasivos que surjan de mi auto administración y transporte de medicación.

Entiendo que:

- Voy a realizar un seguimiento de las fechas de vencimiento de las medicaciones.
- Mi firma da permiso el intercambio de información entre ella enfermera de la escuela y el proveedor de salud referente este formulario de medicamento.
- Proporcionaré medicamentos en su recipiente original y recogeré los medicamentos de la escuela.

Firma Padre/tutor/estudiante

Fecha: _____ Teléfono: _____

This section to be completed by the HEALTH CARE PROVIDER (please print): (MD, DO, ND, DMD, DC, PA, ARNP or CNM)

	Medication #1	Medication #2
MEDICATION name:		
DOSE:		
ROUTE, Select one:		
Reason/Diagnosis (if epinephrine, please state specific allergens):		
Time of dose:		
Side effects:		
When to repeat?		
Is student capable of self-carry & safe administration? *	<input type="checkbox"/> Yes - student may self-carry and self-administer <input type="checkbox"/> No - student may not self-carry <input type="checkbox"/> No – student may not self-administer	<input type="checkbox"/> Yes - Student may self-carry and self-administer <input type="checkbox"/> No - student may not self-carry <input type="checkbox"/> No – student may not self-administer
*Checking "Yes" indicates that student has been thoroughly instructed in the purpose and appropriate method/frequency of use and/or safe carrying of medication. Student/parent/guardian understand the responsibilities of self-carrying at school.		
Authorization for:	<input type="checkbox"/> School year <input type="checkbox"/> Other dates:	<input type="checkbox"/> School year <input type="checkbox"/> Other dates:
I request that the above-named student be administered the above medication in accordance with the instructions indicated, as there exists a valid health reason which makes administration advisable during school hours.		
Licensed Health Care Provider's Signature:	Date:	Phone:
		Fax:

Esta sección será completada por el proveedor de atención médica (letra de molde): (MD, DO, ND, DMD, DC, PA, ARNP o CNM):

	Medicación #1	Medicación #2
NOMBRE Medicación:	Para su información: para ser completado	por el proveedor de salud.
Dosis:		
RUTA, Seleccione Una:		
Razón/diagnosis (si epinefrina, por favor específico alérgenos:		
Horario de dosis:		
Efectos:		
¿Cuándo repetir?		
¿El estudiante es capaz de auto llevar y administrar? *	<input type="checkbox"/> Sí - el estudiante puede auto transportar y auto administrar <input type="checkbox"/> No - el estudiante no puede auto transportar <input type="checkbox"/> No - el estudiante no puede auto administrarse	<input type="checkbox"/> Sí - el estudiante puede auto transportar y auto administrar <input type="checkbox"/> No - el estudiante no puede auto transportar <input type="checkbox"/> No - el estudiante no puede auto administrarse
* Marcando que "Sí" indica que el estudiante ha recibido minuciosas instrucciones en el propósito y la forma apropiada en los métodos / frecuencia de uso y/o transporte seguro de medicamentos. El estudiante/padre/tutor entiende las responsabilidades de auto transporte en la escuela.		
Autorización Para:	<input type="checkbox"/> Año escolar: <input type="checkbox"/> Otras fechas:	<input type="checkbox"/> Año escolar: <input type="checkbox"/> Otras fechas:
Hago la petición que al estudiante mencionado arriba le sea administrado las medicaciones de acuerdo con las Instrucciones Indicadas, debido a que existe una razón de salud que hace aconsejable su administración durante el horario de la escuela.		



FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS - Documento 3416P A

En la mayoría de los casos en que un estudiante necesita medicación (con receta o sin receta), debe administrarse antes y/o después del horario escolar en casa. Si hay un motivo de salud que requiera que el personal escolar administre medicamentos a estudiantes durante las horas de escuela, o durante las horas en que el estudiante está bajo la supervisión de los funcionarios de la escuela, los siguientes procedimientos se aplicarán de acuerdo con la RCW 28A. 210.320, RCW 28A. 210.260 y el acto de enfermería del estado de Washington.

Una solicitud y autorización previa por escrito (frente) del padre/tutor y **órdenes de medicación** del proveedor de salud que los prescribió, deben estar archivados para las siguientes categorías de medicamentos:

1. Cualquier medicamento sin prescripción de venta libre (excepto la crema solar)
2. todo medicamento con receta

La autorización por escrito será válida durante el actual año escolar, a menos que un período más corto sea indicado por proveedor de salud.

Responsabilidades de los padres/tutores:

- Complete la sección superior del formulario de autorización de medicación (rellenar todas las líneas).
- Que el proveedor de salud llene la sección inferior del formulario de autorización de medicamentos.
- Con el proveedor de salud, determinar si el estudiante puede llevar y/o administrar su propia medicación. En caso afirmativo, indíquelo en ambas secciones - padre y proveedor de salud.
- Asegúrese de que la forma es completada antes de devolverlo a la escuela
- Los medicamentos deben proporcionarse en un recipiente debidamente etiquetado →
- Los adultos Deben entregar y recoger los medicamentos en / de la escuela. Si hay circunstancias atenuantes, por favor consulten con la enfermera y el director de la escuela.
- Mantengan claro la fecha de caducidad de los medicamentos en la escuela y reabastecerse según sea necesario
- Si toma medicamentos a casa en los periodos de descansos, tenga en cuenta ese para los estudiantes con planes de salud individuales, los medicamentos **deben ser devuelto** a la escuela puntualmente en el primer día después del descanso.
- **Padres/tutores tomen nota:** La información de salud de su hijo, IHP y medicamentos es para su uso durante el día escolar y en los viajes de campo patrocinados por la escuela. El día extendido, cuidado de niños, clubs, antes y después de clases, tarde, y actividades del verano **no tienen** acceso a este plan individual de salud o los medicamentos bajo custodia del sala de salud (enfermería). Por favor haga contacto directamente con estas actividades / programas.

Medicamentos con receta deben estar en el recipiente original de la farmacia etiquetado con:

- Nombre del estudiante
- Nombre del medicamento
- Fuerza de la medicación
- Dosis
- Tiempo de administración

Medicamentos sin receta deben proporcionarse en el recipiente original con:

- Nombre del estudiante

Responsabilidades de la escuela:

- Las personas que administran medicamentos incluyen enfermeras escolares y cualquier empleado capacitado y supervisado por una enfermera de la escuela en el uso apropiado para la administración de medicamentos
- La administración de medicamentos se registrará en un registro individual de medicación
- Los medicamentos proporcionados por el padre/tutor serán rastreados/registrados y
- La escuela mantendrá los medicamentos en un lugar seguro en la sala de salud

Referencias legales:

Rcw 28A. 210.320 niños con afecciones de salud potencialmente mortales — medicamentos o órdenes de tratamiento

Rcw 28A. 210.260 público y escuelas privadas — administración de medicamentos — condiciones

Rcw 28A. 210.270 público y escuelas privadas — administración de medicamentos — inmunidad de responsabilidad — Discontinuación, procedimiento