



MEDICAMENTOS PERMISO

Año Escolar **2023-2024**

Nombre de la escuela _____

Para uso escolar:

Rutina

Prn

Fecha de inicio _____

medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tenido antes, no se debe dar en la escuela. Los medicamentos recetados que debe darse en la escuela debe ir acompañada de esta forma, completada con la firma del médico que prescribe, y proporcionó a la escuela en el envase original etiquetado proporcionada por el farmacéutico que llenó la receta. Medicamentos de "muestra" se deben proporcionar en un envase que identifica adecuadamente la medicación y deben estar acompañados por una nota firmada y fechada por el médico que lo prescribe y incluye el nombre del estudiante, instrucciones para la administración adecuada, y el nombre, dirección y número telefónico del proveedor de cuidado médico que prescribe. Como sea necesario medicamentos deben tener parámetros para el uso.

Nombre del niño	Fecha de Nacimiento	Grado ____	Maestro _____
-----------------	---------------------	------------	---------------

Nombre del medicamento	Dosis:	Ruta:
------------------------	--------	-------

Diagnos / Motivo de medicamentos:	ICD 10 Code	Medicamentos El tiempo es debido:	Frecuencia del Medicamento:
-----------------------------------	-------------	-----------------------------------	-----------------------------

Parámetros para medicamentos prn (por ejemplo, para el dolor de llaves, calambres menstruales, dolor de cabeza, etc)	Requisitos especiales de (por favor especifique)
--	--

¿El estudiante tiene alergias graves? No / Sí -Por favor escriba _____	¿Es este medicamento una sustancia controlada? Sí No
--	---

Efectos Secundarios Médicos	número de días medicamento será administrado en la escuela: <input type="checkbox"/> hasta el final del año escolar <input type="checkbox"/> ____ días <input type="checkbox"/> ____ semanas
-----------------------------	---

Prescripción Salud Proveedores Firma Fecha: _____	Proveedores de Salud Dirección: Teléfono: _____ Fax: _____
--	--

La siguiente sección será completada por el padre o tutor:

Yo doy permiso para que mi hijo, _____, tener la medicación según lo prescrito anteriormente. Doy permiso para que la enfermera o administrador escolar se ponga en contacto con el proveedor de atención médica antes mencionado o el farmacéutico que llenó la receta para discutir este medicamento y la salud de mi hijo. Doy permiso para que el proveedor de cuidado de la salud antes mencionado, el farmacéutico, y / o sus empleados designados para proporcionar información acerca de este medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera o administrador escolar. También doy permiso para que esta "Permiso para Medicamento" de aplicarse si puedo transferir a mi hijo a otra escuela en el mismo distrito escolar durante el año escolar en curso. Entiendo que la escuela puede requerir que estoy de acuerdo con las normas del distrito escolar acerca de los medicamentos antes de que este medicamento se le administrará en la escuela. Yo entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera. Doy permiso para que un ayudante de salud u otra persona designada pueda ayudar a mi hijo con los medicamentos, en ausencia de la enfermera registrada (RN).

Firma del _____ Nombre _____ Teléfono durante el día: _____