

EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

Autorización para el PRESCRIPTOR ESCOLAR y los PADRES Sobre los Medicamentos

Año Escolar: _____ - _____

Información del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____
 No saber de ninguna alergia al medicamento—Si hay alergia a algunos medicamentos, haga una lista: _____ Maestro(a): _____
 El Peso: --_ libras

AUTORIZACION DEL PRESCRIPTOR (Para ser relleno por un proveedor de atención médica licenciado)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Manera de administrar el medicamento(s): _____
 Frecuencia/veces que administra: _____ Fecha de iniciar el medicamento: __/__/__ Fecha de dejar de administrar el medicamento: __/__/__
 La razón por la cual tome el medicamento: _____

Los efectos secundarios potenciales/contraindicaciones/reacciones adversas
 Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

Es la medicación una sustancia controlada?	Si	No
¿Está permitido y recomendado el auto medicación?	Si	No
Si, "sí" por el presente afirmo que este estudiante ha recibido instrucciones adecuadas sobre la autoadministración de los medicamentos recetados.		
¿Recomienda Ud. que este medicamento sea mantenido por el alumno en su persona?	Si	No
Medicamento de emergencia requerido durante el transporte en autobús:	Si	No
Gel Glaseado SOLAMENTE para los alumnos diabéticos durante transporte en autobús	Si	No

Nombre escrita de letras de imprenta del proveedor de atención licenciado: _____
 Firma del proveedor de atención medica autorizado: _____ Fecha: _____
 Teléfono: () - _____ Fax: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN) o enfermera practica licenciada (LPN) administrar o delegar a personal escolar sin licencia el trabajo de ayudar a mi hijo a tomar la medicación mencionada anteriormente de acuerdo con las reglas practicas del código administrativo. Entiendo que serán necesarias declaraciones adicionales firmadas por los padres/prescriptores si se cambia la dosis del medicamento.

La Medicación Prescrita debe estar registrada con la enfermera de la escuela o asistentes de medicación entrenados. Los medicamentos recetados deben estar apropiadamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre del prescriptor, nombre de la medicación, la dosis, el horario de la dosis, forma de administración, y la fecha de vencimiento del medicamento cuando corresponda.

Medicamentos de Venta Libre deben estar registrados con la enfermera escolar o asistentes de medicación entrenados. Estos medicamentos deben estar en el envase original sin abrir y sellados. Esta es la política de la Agencia Local de Educación que se debe seguir para los medicamentos de venta libre:

Firma de los padres/tutor: _____ Fecha: // Teléfono: () _____

AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRARSE MEDICAMENTOS

(Se llenara SOLAMENTE si el estudiante está autorizado para hacer el cuidado personal por un proveedor de atención médica licenciado)

Autorizo y recomiendo la automedicación de mi hijo para la medicación mencionada anteriormente. También afirmo que él/ella ha sido instruido en la autoadministración correcta de la medicación prescrita por su médico actual. Yo indemnizare y mantendré sin responsabilidad a la escuela, a los agentes de la escuela y la junta directiva local de educación contra cualquier reclamo que pueda ocurrir relacionado con la autoadministración de medicamentos recetados de mi hijo.

Firma del Padre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Tel.() _____