

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

EL PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO DEBE COMPLETAR Y FIRMAR ESTA PARTE SI ES NECESARIO SUMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Nombre del medicamento _____ Dosis _____ Método de administración _____ Hora del día en que lo toma _____

Especificar el período de tiempo entre dosis: _____

Motivo por el cual tiene que tomar el medicamento durante el horario escolar: _____

Permiso para llevar: INHALADOR: SÍ NO EpiPen: SÍ NO

Posibles efectos secundarios del medicamento: _____

Procedimiento de emergencia en caso de efectos secundarios graves: _____

Solicito y autorizo que se le administre al estudiante mencionado anteriormente el medicamento indicado con las instrucciones correspondientes de hasta _____. Hay una razón médica válida que justifica la administración del medicamento durante el horario escolar o durante el tiempo que el estudiante esté bajo la supervisión de los funcionarios escolares. El personal calificado de la escuela puede administrar dicha administración.

Fecha de firma _____ Firma del profesional de la salud autorizado _____ Nombre (en imprenta) _____

(____) (____) Teléfono FAX Dirección Ciudad Código zip

EL PADRE/MADRE/TUTOR DEBE COMPLETAR Y FIRMAR ESTA PARTE

Declaro que soy el padre/madre, tutor legal u otra persona con el control legal del estudiante indicado anteriormente. Solicito y autorizo que la escuela administre el medicamento anteriormente indicado al estudiante, de conformidad con la receta o instrucciones del profesional de la salud autorizado.

El medicamento debe ser entregado en la escuela en su contenedor original y la autorización escrita debe coincidir exactamente con la información del contenedor.

Entiendo y estoy de acuerdo con que, debido a los horarios y otras responsabilidades, una dosis o más de una se pueden retrasar o no administrarse. Se otorga permiso para intercambiar información del medicamento con la enfermería.

Firma del padre/madre o tutor legal _____ Fecha de firma _____ (____) (____) Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Revisado por la enfermería de la escuela _____ Fecha _____