



PERMISO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS EN LA ESCUELA Y ORDEN FIRMADA POR EL PRESCRIPTOR AUTORIZADO

Servicios de Salud

La persona que firma abajo, **padre/tutor legal** de _____, cuya fecha de nacimiento es ___/___/___, por la presente solicita que el personal empleado por Adams 12 Five Star Schools administre o supervise la administración de medicamentos o un procedimiento según lo indicado por un prescriptor autorizado. **Esta solicitud es efectiva para el año escolar actual.**

Como condición de su acuerdo para administrar cualquier medicamento, Adams 12 Five Star Schools exige que el medicamento sea recetado por un médico autorizado, ya sea MD o DO, dentista, asistente médico (PA), enfermero registrado de práctica avanzada (NP), u otro prescriptor autorizado; y que será proporcionado por el padre/tutor del estudiante en un recipiente dispensado por una farmacia o en un recipiente original de venta sin receta que esté etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y la hora en que se tiene que administrar el medicamento. Se entiende que el medicamento se administra únicamente a petición y como adaptación para el padre/tutor que firma abajo. Por la presente, el padre/tutor que firma abajo acepta eximir a Adams 12 Five Star Schools y su personal de toda y cada reclamación que tengan ahora o que puedan surgir en el futuro debido a la administración o la falta de administración del medicamento al estudiante. Al firmar este permiso, autorizo al personal empleado de Adams 12 Five Star Schools a comunicarse con el prescriptor autorizado, si es necesario, para aclarar cualquier orden escrita. El medicamento será administrado por el personal de Adams 12 Five Star Schools de acuerdo con la orden escrita/plan de tratamiento del prescriptor autorizado, el permiso de los padres y según lo especificado en la Política 5420 del Distrito.

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del **PADRE/MADRE**: _____ Fecha: _____

Atención prescriptores: si la presente es para un INHALADOR DE RESCATE O EPI-PEN, complete el formulario "Plan de atención para asma y órdenes de medicamentos de Colorado" o el formulario "Plan de atención de emergencia para alergias y anafilaxia y órdenes de medicamentos de Colorado".

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___	Fecha de comienzo: _____
Nombre del medicamento: _____	Fecha de terminación: _____
Dosis del medicamento:	<input type="radio"/> O
1. _____ MG Tabletas/masticables/cápsulas/líquidos/ampollas	<input type="checkbox"/> Final del año escolar
<input type="radio"/> O	(Necesita una autorización nueva al comienzo de cada año escolar)
2. Inhalador: ___ inhalaciones (diferente al inhalador de rescate)	Propósito:
Vía de administración del medicamento:	Posibles efectos secundarios:
<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Tubo G	Comentarios adicionales:
Procedimiento: <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Oximetría de pulso <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Detalles del procedimiento: _____	
Hora de administración: _____	
Se puede repetir cada: _____	
Instrucciones especiales:	

NOMBRE del PRESCRIPTOR autorizado, en letra de molde: _____

Firma del prescriptor autorizado: _____ Fecha: _____

Dirección de la oficina: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____

Firma del enfermero de la escuela: _____ Fecha: _____