

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH**  
*Departamento de Servicios de Salud*

**Formulario para solicitar la administración de medicinas**

La ley de Texas permite a una escuela pública administrar medicinas prescritas por un médico/persona con licencia para recetar, a un niño/a en nombre del padre o guardián legal bajo ciertas circunstancias limitadas y con una autorización apropiada. La única medicina que se puede dar en la escuela es aquella que es necesaria para permitir al estudiante permanecer en la escuela. De ser possible, todas las medicinas se deben de dar fuera del horario escolar. Si la medicina se debe de dar tres veces al día, entonces se puede hacer antes y después de clases y a la hora de ir a dormir. El padre o guardián legal debe de proporcionar todos los medicamentos y equipo médico. De ser necesario, las medicinas se pueden administrar en la escuela bajo las siguientes condiciones:

1. Las medicinas se deben de encontrar en el frasco original y etiquetado apropiadamente. La farmacia puede suplir dos (2) frascos para este propósito. No se van a suministrar medicinas que vengan en bolsitas o sin el frasco etiquetado.
2. Las medicinas no se van a dispensar si no existe una solicitud firmada por al menos uno de los padres o guardián legal y el médico/persona con licencia para recetar. Esta solicitud se debe de hacer con el formulario apropiado que tiene la escuela o con un formulario que provea el médico.
3. Las medicinas son administradas por personal asignado por el director y entrenado por la enfermera.
4. Todas las medicinas se deben de guardar en la oficina de la enfermera en un gabinete cerrado bajo llave.
5. Los padres deben de mandar la cantidad necesaria de medicina para una semana o un mes. La medicina sobrante se entregará a los padres Los frascos vacíos se devolverán a los estudiantes al finalizar el mes o cuando se termine la medicina.
6. No se podrán administrar medicinas herbales, suplementos dietéticos ni otras formas de nutrición que no son aprobadas por la FDA.

Si tiene preguntas, comuníquese con la enfermera de su escuela.

La enfermera: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH**

*Departamento de Servicios de Salud*

**Formulario para solicitar la administración de medicinas**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

**Esta hoja la debe de llenar el medico/persona con licencia para recetar:**

Medication Allergies: \_\_\_\_\_

MEDICATION(S)	STRENGTH	DOSAGE	ROUTE	TIME(S)	COMMENTS

Physician/Licensed Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician/Licensed Prescriber's Printed Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Para llenarse por el padre/guardián:**

Por medio de la presente represent y atestiguo que yo soy el padre o guardián legal del estudiante arriba mencionado. Por medio de la presente solicito que la(s) medicina(s) especificada(s) arriba se administre(n) al estudiante arriba mencionado comenzando a partir del día: \_\_\_\_\_ y terminando en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_.

Esta autorización seguirá en efecto mientras que el médico sign autorizando la prescripción de la medicina. En nombre del estudiante arriba mencionado, yo mismo(a) y nuestros representantes personales, familia, herederos, asignados y sucesores, también estamos de acuerdo y liberamos de responsabilidad y reclamos por pérdida, daño o lesiones al Distrito Escolar Independiente de Fort Worth y a cualquier maestro, empleado, voluntario, agente u otra persona por lo que surja directa o indirectamente de cualquier acto u omisión relacionado a la administración o ejecución de esta petición. Yo otorgo a la enfermera escolar permiso de consultar con el médico/persona con licencia para recetar, del estudiante arriba mencionado, respecto a cualquier pregunta que surja relacionada a los medicamentos arriba mencionados o condiciones médicas que son tratadas con estas medicinas.

Firms del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL Y PROTEGIDA:** Este documento contiene o solicita "información de salud protegida" que se encuentra dentro del Acta de 1996 "Portabilidad y responsabilidad del seguro de salud" ("HIPAA"). La ley federal y estatal de Texas y las políticas del Distrito prohíben y requieren el uso de garantías en contra del uso incorrecto, acceso o divulgación incorrecta de la información de salud protegida, pueda exponer a los violadores a responsabilidad civil y criminal de acuerdo a las leyes estatales y federales, a ser disciplinado por el Distrito, o a ambos.

Form 738 R 7/14 HS