

Nome do Estudante _____ Data de Nascimento: _____ Série/Ano: _____ Ano Letivo _____
 Escola: _____ Nome dos Pais ou Responsável: _____

Aplicável para eventos de: ATLETISMO ACAMPAMENTO/ESCOLA AO AR LIVRE PASSEIOS ESCOLA EVENTOS PATROCINADOS PELA ESCOLA

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo pai/responsável e pelo profissional de saúde do aluno, com autorização para prescrever medicamentos. Este formulário é tanto para medicamentos que necessita receita quanto para medicamentos livres de receita.

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)
 (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/ Frequency	Side Effects	*Self Carry		*Self Administer	
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N
						Y	N	Y	N

***Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.**

I request and authorize that the above-named student receive the above-identified medications in accordance with the instructions indicated beginning ___/___/___ not to exceed the current school year and Summer School or otherwise specified ___/___/___.

Clinic Stamp

LHCP's Signature: _____ Date: _____

LHCP's Name: _____ Phone Number: (____) _____

LHCP's Address: _____ Fax Number: (____) _____

Esta parte deve ser preenchida pelo pai/responsável:

O medicamento será fornecido por mim em seu recipiente original, rotulado pela farmácia com o nome do medicamento, quantidade a ser tomada e horário do dia para ser tomado. O nome do Profissional de Saúde Licenciado está no rótulo. Se ainda sobrar permanecer após o curso do tratamento, irei recolher o medicamento da escola do contrário tenho consciência de que ele será destruído.

Marque caso seja aplicável:

Administrar o medicamento a minha criança nos dias de saída antecipada. Hora: _____

Sim Não

Administrar o medicamento a minha criança nos dias de meio período. Hora: _____

Sim Não

É necessário medicamento para sua criança em uma possível Viagem Noturna? Sim Não

Se SIM, Liste todos os medicamentos que são normalmente tomados fora do horário escolar abaixo:

(Ex: Ibuprofeno, Medicamentos para TDAH, Melatonina, Vitaminas, etc.)

Assinatura do Pai/Responsável: _____ **Data:** _____

Assinatura do Estudante (autoadministração): _____ **Data:** _____

Assinatura da Enfermeira Escolar: _____ **Nome legível:** _____

Data: _____

VIRE PARA COMPLETAR O FORMULÁRIO.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA ESCOLA

A medicação deve ser administrada na escola apenas quando necessário. A enfermaria da escola é provida de funcionários somente durante o horário escolar e não permanece aberta durante a duração de clubes pós-escolares, práticas/jogos atléticos, concertos, bailes ou outros eventos patrocinados pela escola. Se o aluno precisar receber medicação oral ou tópica prescrita, colírios, gotas auriculares, medicamentos em spray nasal pré-misturados ou medicação de emergência para alergias durante o horário escolar ou quando o aluno estiver sob supervisão da equipe do distrito e para eventos escolares oficiais, o diretor designará e a enfermeira escolar treinará e delegará a equipe escolar para administrar medicamentos e fornecer um plano para acessar medicamentos. A medicação a ser administrada na escola deve ter uma ordem escrita assinada por um Profissional de Saúde Licenciado (LHCP-Licensed Healthcare Professional) trabalhando dentro do escopo de sua autoridade prescritiva e ter a assinatura do pai/responsável. Os pais/responsáveis são responsáveis por garantir que a medicação e os suprimentos de tratamento estejam disponíveis para suas crianças. A medicação deve estar no recipiente original, devidamente rotulado. Isso inclui qualquer medicamento, mesmo de venda livre de receita. Os pais/responsáveis que desejarem que sua criança carregue e administre medicamentos de forma independente devem fornecer autorização de medicação assinadas pelo seu LHCP explicitamente indicando este plano. Observação: os alunos não têm permissão para carregar substâncias controladas. Não é recomendado que os alunos do ensino fundamental I carreguem/autoadministrem medicamentos. Os alunos que carregam/autoadministram medicamentos não dispensam os pais/responsáveis da atualização anual de saúde, dos formulários de autorização de medicação e do plano de saúde a cada ano escolar. Sempre que possível, os pais/responsáveis e o LHCP são incentivados a projetar um cronograma de medicação para administrar a medicação se o aluno estiver participando de atividades patrocinadas pela escola fora do horário escolar normal. O Distrito Escolar de Edmonds não aceita responsabilidade por reações adversas quando a medicação é dispensada de acordo com a ordem do LHCP. O Distrito Escolar de Edmonds não compartilha informações de saúde privadas com entidades externas sem consentimento explícito por escrito. Além disso, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 e RCW 28A.210.330 permitem que os pais de alunos com epilepsia ou diabetes selecionem um "adulto designado pelos pais" para fornecer cuidados de enfermagem dirigidos pelos pais na escola. Antes de participar de excursões, atividades esportivas, clubes, etc., os pais/responsáveis de um aluno com condições de saúde devem consultar a enfermeira escolar para desenvolver considerações de cuidados para o ambiente fora do prédio escolar. O plano de saúde não se estende e não se aplica a atividades não patrocinadas pela escola. Se um aluno participa de programas de cuidados prolongados antes/depois da escola, ou participa de atividades não patrocinadas pela escola, os pais/responsáveis são responsáveis por **notificar a liderança do programa da entidade sobre as necessidades de saúde e medicação de sua criança.**

VIRE PARA COMPLETAR O FORMULÁRIO

Esta parte deve ser preenchida pelo pai/responsável:

Eu, o PAI/RESPONSÁVEL, ENTENDO QUE:

Quando notificado pelo pessoal da escola de que o medicamento expirou, ou não é mais necessário como curso de tratamento, ou ao chegar ao final do ano letivo, eu sou responsável por coletar o medicamento na escola ou do contrário tenho consciência de que ele será destruído. O Distrito Escolar de Edmonds não assume responsabilidade pelos medicamentos autoadministrados e autoportados. No caso de surgir um problema de segurança, a enfermeira da escola tem o direito de notificar o pai/responsável/aluno e interromper o privilégio de autoadministração. O plano de saúde do aluno será modificado anualmente para refletir as necessidades de saúde atuais. Eu fornecerei as informações de saúde, os formulários de autorização de medicamento, o medicamento não expirado em um recipiente devidamente rotulado e os suprimentos de tratamento.

Opcional: Ao marcar esta caixa, dou meu consentimento para que medicamentos não controlados sejam devolvidos para casa com a minha criança.

O aluno participa de:

Atletismo

Música

Clubes pós-escolares

Outras Atividades Patrocinadas pela Escola _____

Minha assinatura abaixo indica que li, entendi e concordo com a política de medicamentos.

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____

Assinatura do Estudante (Autoadministração): _____

Data: _____