

SERVICIOS DE SALUBRIDAD ESTUDIANTIL DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE ONSLOW
Permiso para medicamento recetado que se tiene que dar durante las horas escolares

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/PODERADO LEGAL:

Fecha: _____ **Escuela:** _____ **Maestro/Grado:** _____

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo doy permiso para que el personal de la escuela le administre a mi hijo(a) este medicamento de acuerdo de las instrucciones del medico. La enfermera de la escuela tiene mi permiso para llamar al doctor si surge alguna pregunta o preocupación teniendo que ver con el medicamento.

Yo entiendo que el medicamento será entregada al personal de la escuela por un padre/apoderado legal y que **el estudiante no debe transportar medicamentos.****

Yo entiendo que este medicamento recetado estará en el **envase original con la etiqueta de la farmacia** con información que lo identifique (ejemplo, nombre del niño, diagnóstico, y el tiempo para la administración)

Si esto es un medicamento **que no requiere receta del doctor, una nota del doctor** debe acompañar el medicamento.

Yo no mantendré culpable a la Junta Escolar y sus agentes y empleados por ningún daño al niño que pueda resultar al toma del medicamento recetada.

Padre/Apoderado Legal (letra de molde) _____ Firma _____

Fecha _____ teléfono domiciliar _____ celular _____ trabajo _____

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE HA RECETADO LA MEDICINA:

TO BE COMPLETED BY PRESCRIBING PHYSICIAN:

To help this student maintain school performance, it is necessary that the medication below be given during school hours.

Medication _____ Strength _____ Dosage _____ Route: _____

Time(s) medication to be given at school: a.m. _____ p.m. _____

As Needed/PRN _____ *Circumstance: _____

*(If medication is ordered as needed, please indicate specific circumstances when medication should be given. Non-medical personnel may be administering the medication.)

Beginning date: _____ Ending date: _____

Reason for medication: _____ Possible side effects: _____

Known medication allergies _____ Contraindications for Administration: _____

EMERGENCY MEDICATIONS:

For ****emergency** medications, student **may/may not (circle one)** self-medicate.

****If this is an emergency medicine, I certify that the student has been instructed by me in its proper use and needs to carry it at all times.** Yes _____ No _____ N/A _____

For students with asthma: ** The student has an Asthma Action Plan. Yes _____ No _____

**The student uses/has a Peak Flow Meter. Yes _____ No _____

Physician's Name (Stamp) _____ Phone# _____

Physician's Signature _____ Date _____

**ESTE FORMULARIO DEBE SER RENOVADO AL COMIENZO DE CADA AÑO ESCOLAR
Y CUANDO HAYA CAMBIOS EN EL MEDICAMENTO.**

Estimado Padre:

Nuestra escuela tiene una regla escrita que asegura la administración de medicamentos seguramente a los estudiantes durante el día escolar. Si su hijo(a) necesita tener medicamento de cualquier tipo durante las horas escolares, incluyendo medicamento que no requiere receta, tienen las siguientes opciones.

1. Usted puede venir a la escuela y darle a su hijo(a) el medicamento a la hora apropiada.
2. Usted puede obtener una copia del formulario de medicamento de la enfermera en la escuela o la secretaria.
 - Tome el formulario al doctor de su hijo(a) y pide que el/ella llene el formulario enumerando los medicamentos necesarios, la dosis, y los número de veces que debe ser administrado al día.
 - Este formulario debe ser completado por el medico para ambos medicamentos recetados o medicamentos sin receta.
 - Este formulario debe ser firmado por el medico y por usted, el padre o apoderado legal.
 - Medicamento recetado deben ser traído a la escuela en un envase con la etiqueta de la farmacia que tenga las instrucciones de cómo y cuando el medicamento debe ser dado.
 - Medicamento que no requiere receta debe ser recibido en el envase original y será administrado de acuerdo de las instrucciones escritos por el medico.
3. Usted puede hablar con su medico un horario alternativo para la administración del medicamento (por ejemplo: fuera de las horas escolares).

El personal de la escuela no administrará ningún medicamento a un estudiante sin que hayan recibido un formulario del medicamento correctamente llenado y firmado por ambos el medico y un padre/apoderado legal, y cual haya sido recibido en un envase con la apropiada etiqueta. Para proteger la seguridad de su hijo(a) y siendo justo con la persona dando el medicamento, no habrá excepciones ningunos a esta regla.

Niños pueden llevar consigo inhaladores de emergencia y otro medicamento de emergencia con el permiso del medico y el padre/apoderado legal. Por favor asegure que su hijo(a) este familiarizado con la administración correcta y dosis de los medicamentos de emergencia que está usando.

Cualquier cambio de dosis, tiempos dado, o métodos para la administración del medicamento recetado debe ser acompañado por un nuevo formulario de permiso firmado por el medico y un padre/apoderado legal.

Si usted tiene alguna pregunta relacionado a asuntos de la administración del medicamento en las escuelas, favor de ponerse en contacto con la enfermera de la escuela.

Gracias por su cooperación.