



Formulario recibido el día _____

Actualizado en abril de 2024

Solicitud del padre/madre/médico para la administración de medicamentos por parte del personal escolar

Escuela: _____ Maestro/Grado escolar: _____

Nombre del estudiante: _____

Nº de identificación del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicamento: _____ Dosificación: _____ Fecha de caducidad: _____

Vía de administración: por boca inhalado tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (haga un círculo: IM SQ IV) RECTAL
 GT/IT

Hora de administración: _____

Fechas de administración: _____ Hasta la fecha _____ todo el año escolar

Condición para la cual se requiere medicamento: _____

¿Ha tomado su hijo/a alguna vez este medicamento antes? **SÍ NO** *Todas las primeras dosis de medicamento deben administrarse en casa.*

Alergias a los medicamentos: No se conocen alergias Alérgico/a a: _____

Instrucciones especiales o efectos secundarios conocidos del medicamento:

Por favor, indique cómo desea que se le devuelva el medicamento a casa:

Enviar a casa en la mochila de mi hijo/a*

**Las sustancias controladas (como Ritalin, sales de anfetamina, etc.) y los Epi-pens deben ser transportados por un padre/tutor y no será entregado a los estudiantes.*

Padres/tutores legales recogerán el medicamento de la clínica

No devuelva el medicamento, descarte las dosis restantes

**Cualquier medicamento que no se recoja en el último día de escuela será desechado.*

Mi firma a continuación indica lo siguiente 1) Solicito que el personal de PflSD administre el medicamento especificado anteriormente a mi hijo/a, y estoy dando permiso para que el personal de PflSD se comunice con el médico para obtener información adicional, si es necesario, y 2) He leído la política de medicamentos en línea ubicada en la página de Servicios de Salud de PflSD y estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono principal del padre/madre: (____) ____ - _____ Correo electrónico: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

**Se requiere la firma de un médico para administrar medicamentos.*

* Firma del médico: _____ Fecha: _____

Códigos de los motivos:

COM= Tiempo de inactividad de la computadora

SUB= Enfermera/o sustituta/o

STU= Estudiante de enfermería

UAP= (Autorizado) Personal de asistencia

Medicamentos devueltos a: Padre/madre/estudiante _____ Fecha _____

Firma de padres/estudiantes

Off-line documentation

| Date | Time | Reason | Nurse Signature |
|------|------|--------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FOR OFFICE USE ONLY!

Entered in Skyward

Teacher Notified ___ / ___

Medication Count When Receiving From Parent:

| Date | # Pills | Counter's Signature | Witness Initials | Date | # Pills | Counter's Signature | Witness Initials |
|------|---------|---------------------|------------------|------|---------|---------------------|------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Weekly Prescription Medication Count:

| | | | | | | | |
|-----------------|-------|-----------|-------------------|------------------|-------|-----------|-------------------|
| August | Count | Signature | Witness Signature | September | Count | Signature | Witness Signature |
| Week 1 | | | | Week 1 | | | |
| Week 2 | | | | Week 2 | | | |
| Week 3 | | | | Week 3 | | | |
| Week 4 | | | | Week 4 | | | |
| Week 5 | | | | Week 5 | | | |
| October | Count | Signature | Witness Signature | November | Count | Signature | Witness Signature |
| Week 1 | | | | Week 1 | | | |
| Week 2 | | | | Week 2 | | | |
| Week 3 | | | | Week 3 | | | |
| Week 4 | | | | Week 4 | | | |
| Week 5 | | | | Week 5 | | | |
| December | Count | Signature | Witness Signature | January | Count | Signature | Witness Signature |
| Week 1 | | | | Week 1 | | | |
| Week 2 | | | | Week 2 | | | |
| Week 3 | | | | Week 3 | | | |
| Week 4 | | | | Week 4 | | | |
| Week 5 | | | | Week 5 | | | |
| February | Count | Signature | Witness Signature | March | Count | Signature | Witness Signature |
| Week 1 | | | | Week 1 | | | |
| Week 2 | | | | Week 2 | | | |
| Week 3 | | | | Week 3 | | | |
| Week 4 | | | | Week 4 | | | |
| Week 5 | | | | Week 5 | | | |
| April | Count | Signature | Witness Signature | May | Count | Signature | Witness Signature |
| Week 1 | | | | Week 1 | | | |
| Week 2 | | | | Week 2 | | | |
| Week 3 | | | | Week 3 | | | |
| Week 4 | | | | Week 4 | | | |
| Week 5 | | | | Week 5 | | | |