

**ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE**

**SOLICITUD PARA ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE**  
 Conforme a la Sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA LOS PADRES**

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como el facultativo que receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Los datos de la etiqueta deben coincidir con los indicados en las instrucciones del facultativo que emitió la receta. Si es un medicamento sin receta, debe conservarse en el envase original.
3. El padre, la madre o el tutor, u otro adulto responsable a petición de estos, debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de modificación, deberá presentarse un justificante actualizado firmado por el facultativo que recete el medicamento. Cada ciclo escolar se necesitará un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. \*CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se ponga en contacto directamente con el facultativo que receta el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el "Formulario médico de emergencia".

Firma del padre o la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: \_\_\_\_\_  
 Diurno \_\_\_\_\_ Vespertino \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA EL MÉDICO**

Confirmo que este medicamento debe tomarlo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante

**PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN ADMINISTRARSE A DIARIO** (cuando sea posible, por favor, intente programar la administración del medicamento fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

**PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE SEGÚN SEA NECESARIO**

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse al facultativo que receta el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

**X**  
 Firma del facultativo que receta el medicamento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del facultativo que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del facultativo que receta el medicamento: \_\_\_\_\_

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** \_\_\_\_\_