

Estimado padre o tutor:

Deseamos informarle de las políticas que se han puesto en marcha para garantizar la salud y la seguridad de aquellos estudiantes que necesitan medicamentos durante la jornada escolar.

Nuestro distrito escolar requiere que los siguientes formularios sean archivados en el registro de salud de su hijo o hija antes de poder proporcionar cualquier medicamento en la escuela:

1. Consentimiento firmado por el padre o tutor para administrar el medicamento. Complete por favor el formulario de consentimiento adjunto y entrégueselo a la enfermera escolar.
2. Orden de medicación firmada. El formulario de solicitud de administración de medicamentos por escrito debe llevarse al prescriptor autorizado de su hijo o hija (el médico, la enfermera practicante, etc.) para ser completado antes de devolverlo a la enfermera de la escuela. Esta orden debe renovarse según sea necesario al comienzo de cada año académico.

Usted o un adulto responsable que usted designe debe entregar los medicamentos a la escuela en un recipiente debidamente etiquetado, bien por parte de una farmacia o por el fabricante. Pídale a su farmacia que proporcione con tenedores separados para la escuela y para el hogar. No se debe entregar a la escuela un suministro de medicamentos por más de treinta días.

Cuando su hijo o hija necesite que se le administre un medicamento durante el día escolar, actúe rápidamente en consonancia con estas políticas de manera que podamos comenzar a administrar el medicamento lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llame al (978) 454-5411 Ext. 4411, 4422, 4433 o 4455. Los formularios se pueden enviar por fax al (978) 441-5336.

Las enfermeras Escolares

Epi-pen caduca: _____ Inhalador de albuterol caduca: _____

250 Pawtucket Boulevard
Tyngsboro, Massachusetts 01879-2199
TEL: (978) 454 5411 FAX: (978) 441-5344
glttech.org

Sirviendo a las comunidades de Lowell, Dracut, Tyngsboro, y Dunstable

MEDICATION ORDER FORM

(to be completed by a licensed prescriber)

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ Grade: _____
(street) (city/town)

Name of Licensed Prescriber _____ Title: _____

Business Phone: _____ Emergency Phone: _____

Medication: _____

Route of administration: _____ Dosage: _____

Frequency _____ Time(s) of administration _____
(please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours).

Specific directions or information for administration: _____

Date of order: _____ Discontinuation Date: _____

Diagnosis*: _____

Any other medical condition(s)* _____

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed: _____
2. Other medications being taken by the student: _____

3. Date of the next scheduled visit or when advised to return to prescriber: _____
4. Consent for self administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate). Yes _____ No _____

Signature of Licensed Prescriber

*if not in violation of confidentiality.

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Autorización de padres/tutores para la administración de medicamentos recetados

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor (escriba en letra de molde): _____

Dirección: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto(s) de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Mi hijo o hija está recibiendo actualmente los siguientes medicamentos (a completar si no violan la confidencialidad): _____

Mi hijo o hija padece las siguientes alergias a alimentos y medicamentos: _____

Autorizo que la enfermera escolar o el personal de la escuela designado por la enfermera de la escuela administren el medicamento recetado por: _____

Prescriptor con licencia

a _____

Nombre del estudiante

Doy permiso para que mi hijo o hija se autoadministre el medicamento, si la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado Sí _____ No _____

Autorizo que la enfermera escolar delegue la administración de medicamentos al personal escolar sin licencia, capacitado y supervisado por la enfermería en caso de que la enfermera de la escuela no pueda hacerlo (por ejemplo, durante excursiones) Sí _____ No _____

Autorizo a la enfermera escolar compartir información relevante sobre la administración de medicamentos recetados si así lo determina apropiado para la salud y seguridad de mi hijo o hija.

Entiendo que puedo recuperar el medicamento en la escuela en cualquier momento. Sin embargo, dicho medicamento será destruido si no se recoge dentro de una semana después de la fecha de caducidad de la orden o una semana después del cierre de la escuela.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____