



Escuelas Públicas de Gahanna-Jefferson

Uso de medicamentos

5330 F1

R.C. 3313.713

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA POR PARTE DEL PERSONAL ESCOLAR

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

- **La Sección I** debe completarse para todos los medicamentos. Se requiere un formulario por separado para cada medicamento.
- De acuerdo con la Política de la Junta 5330, "medicamentos" incluirá todos los medicamentos, incluidos los recetados por un profesional de la salud autorizado para recetar medicamentos y cualquier medicamento, preparación y/o remedio sin receta (de venta libre).
- **La Sección II** debe ser completada por el profesional de la salud del estudiante con licencia estatal y autorizado para recetar medicamentos ("prescriptor").
- **La Sección III** debe ser completada y firmada por el padre/tutor del estudiante (para medicamentos con y sin receta).
- Solo se administrarán medicamentos en su envase original, etiquetados con la fecha (si se trata de una receta), el nombre del estudiante y la dosis exacta.

I. SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Medicamento	
Dosis/Vía	
Hora(s) de administración	
Reacciones adversas graves que deben informarse al prescriptor	
Instrucciones especiales para la administración/administración de emergencia	

Posibles efectos secundarios	
Instrucciones especiales de conservación	
Fecha de inicio y finalización de esta solicitud	Inicio _____ Finalización _____

II. PRESCRIBER'S SECTION

This is to certify that the above named student is under my care and should receive the prescription medication as directed above, during the school day.

As a licensed health professional in the State of Ohio, and at the request of this student's parent/guardian, I direct that the above medication(s) be administered as indicated above.

Prescriber's printed name and title: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Address: : _____ Phone: _____

III. SECCIÓN DEL PADRE/TUTOR

Por la presente doy permiso para que mi hijo mencionado anteriormente reciba medicamentos recetados administrados por personal escolar designado de acuerdo con las órdenes escritas específicas de nuestro profesional de la salud autorizado.

Por la presente libero a la Junta de Educación y a todos los empleados de la escuela de toda responsabilidad por daños o lesiones que resulten directamente de esta autorización.

Soy responsable de la entrega de este medicamento a la clínica de la escuela y notificaré a la escuela de inmediato si se suspende la necesidad de este medicamento.

Acepto presentar una *Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta por parte del personal escolar* revisada si se realiza algún cambio con respecto a la medicación anterior, o si cambiamos de profesional de la salud

Si se requiere este medicamento durante las actividades nocturnas patrocinadas por el distrito, acepto proporcionar una dosis aparte al personal escolar capacitado que supervisa las actividades nocturnas de mi hijo. Acepto presentar un formulario de *Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta por parte del personal escolar* revisado para incluir instrucciones del médico que prescribe fuera del horario escolar habitual.

Doy mi consentimiento para la comunicación entre el prescriptor o su clínica, la enfermera de la escuela y el personal designado según sea necesario para el manejo de los medicamentos de mi hijo.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

